

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

**COMPORTAMENTOS CONTRACETIVOS DE MULHERES IMIGRANTES:
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS
EM CONTEXTO DE DIVERSIDADE CULTURAL**

Lídia Maria Mota Correia Lopes

Doutoramento em Relações Interculturais

2018

UNIVERSIDADE ABERTA



UNIVERSIDADE
AbERTA
www.uab.pt

**COMPORTAMENTOS CONTRACETIVOS DE MULHERES IMIGRANTES:
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS
EM CONTEXTO DE DIVERSIDADE CULTURAL**

Lídia Maria Mota Correia Lopes

Doutoramento em Relações Interculturais

Orientadora Científica: Professora Doutora Maria Natália Ramos

2018

Resumo

A gravidez não desejada representa um problema de saúde pública a nível mundial, traduzindo-se em graves sequelas para a saúde da mulher, do feto e da criança, tornando-se emergente compreender os vários fatores que podem influenciar a efetiva prática contracetiva.

Perante a diversidade cultural e étnica da sociedade portuguesa, com destaque para a população imigrante feminina, considerou-se importante identificar e compreender os conhecimentos, as atitudes e as práticas face aos métodos contracetivos das mulheres de origem africana e brasileira residentes em Portugal, na região de Lisboa.

Desenvolveu-se um estudo descritivo, exploratório e transversal, com o recurso a metodologia mista. Foi utilizado o processo de amostragem não probabilística por conveniência; o universo de trabalho é constituído por 75 participantes, mulheres em idade fértil, a viver em Portugal há pelo menos um ano, oriundas do Brasil, Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e S. Tomé e Príncipe. A recolha de dados foi efetuada por entrevista semi-estruturada e os dados analisados no software SPSS 24.0 (dados quantitativos) e com o recurso à técnica de análise de conteúdo temática (dados qualitativos).

Os resultados destacam que as participantes têm conhecimento da existência de um número médio de métodos contracetivos, mas apresentaram, no geral, um nível baixo de conhecimento sobre as suas características. Maioritariamente, apresentaram uma atitude positiva face à contraceção e ao benefício do seu uso, mas a adesão à contraceção revelou-se mínima, sendo a prática contracetiva baseada no uso de métodos que exigem um uso correto e consistente para a sua eficácia e que dependem da participação masculina.

É necessário que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias de comunicação e educação para a saúde adequadas, promovendo a aquisição de conhecimentos por parte da mulher/casal e uma escolha livre e informada do método contracetivo, com ênfase nos grupos mais vulneráveis, considerando a variabilidade e particularidades individual, grupal e cultural.

Palavras-chave: Contraceção; conhecimento, atitude e prática; mulheres imigrantes; diversidade cultural; cuidados de saúde interculturais.

Abstract

Unwanted pregnancy represents a major public health problem worldwide, which translates itself into serious complications for women's health, the foetus and the child, then becoming emergent to understand the different factors which may influence the effectiveness of the contraceptive practice.

Faced with the cultural and ethnic diversity of the Portuguese society, with an emphasis on the feminine immigrant population, it has been considered important to identify and understand the knowledge, attitudes and practices when it comes to the contraceptive methods of women of African and Brazilian origin residing in Portugal, around Lisbon.

A descriptive, exploratory and transversal study has been developed, with the resource to mixed methodology. A non-probability convenience sampling process has been carried out; the sample used is constituted by 75 participants, women in the reproductive age, living in Portugal for at least one year, coming from Brazil, Cape Verde, Angola, Guinea-Bissau and São Tomé and Príncipe. The gathering of data was carried out during a semi-structured interview and the data analysed in the SPSS 24.0 software (quantitative data) with the resource to the thematic content data analysis technique (qualitative data).

The results highlight that the participants know of the existence of an average number of contraceptive methods, but generally present a low level of knowledge about their characteristics. Most have a positive attitude towards contraception and its benefits, but the choice to use contraception has revealed itself minimal, being the current practice based on methods which require proper and consistent use so they are efficient, and which rely on male participation.

It is necessary for healthcare professionals to develop adequate communication and educational health strategies, promoting the knowledge acquisition by the woman/couple, and a free informed choice of the contraceptive method, with emphasis in the most vulnerable groups, bearing in mind the individual, group and cultural variability and particularities.

Keywords: contraceptive; knowledge, attitude and practice; immigrant women; cultural diversity; intercultural healthcare.

Ao António
in memoriam

Agradecimentos

A presente tese traduz um percurso caracterizado, inevitavelmente, por avanços e recuos, por conquistas e frustrações, por dúvidas e certezas próprias de um processo de investigação. Este trabalho não teria sido possível sem colaboração, o apoio e o incentivo de muitas pessoas a quem expresso a minha gratidão.

Apesar da importância de todos na concretização deste estudo, desejo agradecer de forma individualizada àqueles que marcaram de forma profunda o seu desenvolvimento:

À Professora Natália Ramos pela orientação e sugestões dadas e pela motivação transmitida para a realização de mais esta etapa académica.

À Professora Helena Prezado, ao Professor João Longo, ao Dr. Joaquim Neves e ao Dr. Braima Injai pelas informações privilegiadas, essenciais na fase inicial deste trabalho.

À Ana Lavaredas, profissional na área da Saúde da Mulher e amiga, pelos longos debates sobre o tema em estudo, ajudando a abrir novas janelas de reflexão, permitindo-nos procurar e encontrar o melhor caminho para atingir o nosso objetivo.

Às diversas instituições que nos receberam e nos ajudaram no contacto com as possíveis participantes: Associação Guineense de Solidariedade Social; Centro Maria Alzira Lemos; START Social; Gabinete Itinerante de Apoio ao Imigrante no Zambujal; Gabinete de Apoio ao Imigrante em Sacavém; Casa do Brasil; Associação Mulher Migrante Angolana; Associação de Moradores do Bairro CAR do Zambujal; Gabinete de Integração Profissional, Amadora; Ajuda de Mãe, Centro Comunitário de Apelação; Igreja Evangélica Serra das Minas.

Àqueles que se empenharam de forma extraordinária na seleção das participantes e realização das entrevistas: Natividade Alves, Raúl Cunha, José Rufo, Zita Neves, Ana Correia, Sãozinha Henriques, Aguinela Samba, Sandra Delgado, Júlio Padre.

A todas as Mulheres, participantes neste estudo, pela colaboração e partilha e pela sabedoria humana que tão bem souberam transmitir.

À minha Família pelo encorajamento e pelos momentos que deixámos de estar juntos - Augusta e Abílio, pais; Eduardo, marido; Pedro, filho; Madalena, neta. À Eduarda, sogra, que tendo sentido também a minha ausência, colaborou na revisão do texto.

A todos o meu o meu Bem-Haja!

Este documento respeita o
Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa
publicado no Aviso nº 255, do Diário da República,
1ª série, de 17 de setembro de 2010

Índice Geral

ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE QUADROS	XIII
ÍNDICE DE TABELAS	XV
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS	XVI
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
CAPÍTULO I - PRINCIPAIS FUNDAMENTOS EM CONTRACEÇÃO	8
1. A CONTRACEÇÃO COMO DIMENSÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	9
1.1. A importância da prática contracetiva	10
2. ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS DA CONTRACEÇÃO	13
2.1. Contraceção em Portugal	13
2.2. Contraceção nos países de origem das participantes	18
3. TIPOS DE MÉTODOS CONTRACETIVOS	25
3.1. Os primeiros métodos contracetivos	25
3.2. Métodos contracetivos e suas características	26
4. QUESTÕES DE GÉNERO NA CONTRACEÇÃO	37
4.1. Conceito de sexo <i>versus</i> género	37
4.2. A contraceção segundo o género	38
5. CONHECIMENTOS TRADICIONAIS SOBRE CONTRACEÇÃO	42
5.1. Mitos e crenças	42
6. A TOMADA DE DECISÃO EM CONTRACEÇÃO	50
6.1. Atributos dos métodos contracetivos como determinantes da adesão	51
6.2. Modelos preditores do uso da contraceção	54
6.3. Suporte social e atitude em contexto contracetivo	62
7. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM CONTRACEÇÃO	65
CAPÍTULO II - SAÚDE EM CONTEXTO DE DIVERSIDADE CULTURAL	71
8. MULHER MIGRANTE E SAÚDE	72
9. A IMIGRAÇÃO FEMININA EM PORTUGAL	74
10. COMPETÊNCIA CULTURAL EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL	78
10.1. A importância da cultura na saúde	80
10.2. A Promoção da Saúde em contexto contracetivo e multicultural	86

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	91
CAPÍTULO III - OPÇÕES METODOLÓGICAS	92
1. PERSPETIVAS METODOLÓGICAS	93
2. PARTICIPANTES E CONTEXTO DO ESTUDO	96
3. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS UTILIZADOS	102
4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	107
5. QUESTÕES ÉTICAS	109
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	111
6. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	112
7. CONTRACEÇÃO E CONHECIMENTO	131
8. CONTRACEÇÃO E ATITUDE	180
9. CONTRACEÇÃO E PRÁTICA	203
CONCLUSÃO	221
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
ANEXOS	249
ANEXO I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	250
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO	252
ANEXO III – EXPLICAÇÃO DO ESTUDO ENTREGUE ÀS PARTICIPANTES	254
ANEXO IV – DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES PELO NÚMERO DE ENTREVISTA SEGUNDO A NACIONALIDADE	257
ANEXO V – VALORES DESCRITIVOS EM RELAÇÃO ÀS AFIRMAÇÕES APRESENTADAS EM TABELA DE LIKERT	259

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição estimada (%) por método contraceptivo utilizado (MC), na população de mulheres imigrantes e de portuguesas não migrantes, com idades entre 15 e 55 anos (IV INS).....	15
Figura 2 - Distribuição estimada (valor ponderado) das mulheres imigrantes e de portuguesas não migrantes que referiram a utilização de contraceção demergência, com idades entre 15 e 55 anos (IV INS).....	15
Figura 3 - Distribuição estimada (%) da prática contraceptiva na população de mulheres imigrantes, com idades entre 15 e 55 anos, segundo o número de anos de residência em Portugal (IV INS) ...	16
Figura 4 – Tipo de MC usado pelas mulheres imigrantes segundo o tempo de permanência em Portugal.....	16
Figura 5 - Relação de feminilidade segundo a nacionalidade das participantes, Portugal, 2016....	76
Figura 6 - População estrangeira residente no distrito de Lisboa segundo a nacionalidade e sexo	77
Figura 7 - Distribuição das participantes segundo o grupo etário.....	113
Figura 8 - Distribuição das participantes segundo o país de nascimento e a nacionalidade	114
Figura 9 - Distribuição das participantes segundo o nível de escolaridade completo e a nacionalidade	114
Figura 10 - Distribuição das participantes segundo o estado civil.....	115
Figura 11 - Distribuição das participantes segundo a religião e a sua prática.....	115
Figura 12 - Distribuição das participantes segundo a atividade económica	116
Figura 13 – Relação da situação profissional das participantes com a profissão anterior e atualmente exercida	116
Figura 14 - Distribuição das participantes segundo a sua nacionalidade e a profissão anterior e atualmente exercida.....	117
Figura 15 - Distribuição das participantes desempregadas segundo o meio de subsistência.....	117
Figura 16 - Distribuição das participantes segundo o tipo de pessoas com quem vivem	118
Figura 17 - Distribuição das participantes segundo o tempo de permanência em Portugal vs nacionalidade	119
Figura 18 - Distribuição das participantes segundo os motivos da vinda para Portugal.....	119
Figura 19 - Distribuição das participantes cujo motivo da vinda para Portugal foi o estudo e o reagrupamento familiar segundo a nacionalidade.....	120
Figura 20 - Distribuição das participantes segundo o desejo de voltar ao país de origem.....	120
Figura 21 - Distribuição das participantes segundo a idade da menarca	121
Figura 22 - Distribuição das participantes segundo a regularidade do ciclo menstrual.....	121
Figura 23 - Distribuição das participantes segundo o conhecimento da DUM.....	122
Figura 24 - Distribuição das participantes segundo a idade quando da primeira relação sexual ..	122
Figura 25 - Distribuição das participantes segundo o número de parceiros sexuais.....	123
Figura 26 - Distribuição das participantes segundo a existência de parceiro sexual	123
Figura 27 - Distribuição das participantes segundo a existência de Infeção Sexualmente Transmissível	124
Figura 28 - Distribuição das participantes segundo a ocorrência de gravidez e o número de gravidezes.....	125
Figura 29 - Idade (grupo etário) das participantes à data do nascimento do primeiro filho	126

Figura 30 - Filhos planeados vs filhos não planeados no grupo das participantes que já tiveram filhos	126
Figura 31 - Interrupção da gravidez.....	127
Figura 32 - Distribuição das participantes segundo a vigilância em consulta de planeamento familiar/ginecologia	127
Figura 33 – Distribuição das participantes segundo a realização da última consulta de planeamento familiar/ginecologia	129
Figura 34 - Distribuição das participantes segundo o hábito de falar com o médico/enfermeiro sobre contraceção.....	129
Figura 35 - Distribuição das participantes segundo o conhecimento das fases do ciclo menstrual	132
Figura 36 - Duração média do ciclo menstrual segundo as participantes	134
Figura 37 - Distribuição das participantes segundo a necessidade de induzir a questão “Sabe que existem métodos contraceptivos que permitem que a mulher/casal engravide só quando quiser?”.	139
Figura 38 - Número de métodos contraceptivos conhecidos segundo a nacionalidade das participantes	139
Figura 39 - Métodos contraceptivos conhecidos segundo a nacionalidade das participantes.....	140
Figura 41 - Métodos contraceptivos conhecidos segundo o grupo etário das participantes	142
Figura 42 - Relação entre mencionar o MC e o conhecimento das suas características	143
Figura 43 - Relação entre o desconhecimento do DIU e a vigilâncias em CPF ou ginecologia e a comunicação com os profissionais de saúde.....	150
Figura 44 - Distribuição das participantes segundo a nacionalidade vs o conhecimento sobre como funciona o seu método contraceptivo.....	174
Figura 45 - Distribuição das participantes segundo a nacionalidade vs o conhecimento sobre os efeitos secundários do MC usado no momento da entrevista	174
Figura 46 - Distribuição das participantes segundo a nacionalidade vs o conhecimento sobre o funcionamento e os efeitos secundários do MC usado no momento da entrevista	175
Figura 47 – Conhecimento sobre o mecanismo de ação e os efeitos secundários do MC usado no momento da entrevista	179
Figura 48 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Ter relações sexuais sem usar qualquer método contraceptivo pode levar a uma gravidez</i> segundo a nacionalidade (N 74)	181
Figura 49 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Fazer contraceção faz parte de uma sexualidade responsável</i> segundo a nacionalidade (N 71).....	182
Figura 50 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Quando não desejo engravidar utilizo contraceção de uma forma correta</i> segundo a nacionalidade (N 73)	182
Figura 51 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Uma mulher é sempre responsável por uma gravidez</i> segundo a nacionalidade (N 72).....	183
Figura 52 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Fazer contraceção é fácil</i> segundo a nacionalidade (N 71).....	184
Figura 53 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Hoje em dia só engravida quem quer</i>	186
Figura 54 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>É preferível ter uma gravidez não desejada do que usar/tomar contraceptivos</i> segundo a nacionalidade (N 71).....	187

Figura 55 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Todas as mulheres têm o direito de decidir fazer contraceção</i> segundo a nacionalidade (N 72).....	189
Figura 56 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Todas as mulheres têm o direito de escolher o contraceptivo que querem usar</i> segundo a nacionalidade (N 71).....	190
Figura 57 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>A responsabilidade de fazer contraceção é exclusivamente da mulher</i> segundo a nacionalidade (N 70).....	192
Figura 58 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>É importante falar com o companheiro sobre o uso de contraceptivos</i> segundo a nacionalidade (N 72)	193
Figura 59 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>O aborto é um método de evitar a gravidez</i> segundo a nacionalidade (N 75)	195
Figura 60 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Fazer um aborto é uma boa forma de terminar uma gravidez não desejada</i> segundo a nacionalidade (N 74)	196
Figura 61 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>Os preservativos são um bom método para evitar a gravidez não desejada</i> segundo a nacionalidade (N 74)	199
Figura 62 - Distribuição das participantes relativa à afirmação <i>É fácil sugerir ao meu companheiro para usarmos o preservativo</i> segundo a nacionalidade (N 70).....	200
Figura 63 - Distribuição das participantes segundo a utilização de contraceção no momento da entrevista	203
Figura 64 - Utilização de contraceção no momento da entrevista segundo a nacionalidade das participantes	203
Figura 65 - Motivo para não fazer contraceção segundo a nacionalidade das participantes.....	204
Figura 66 - Método contraceptivo (total) usado no momento da entrevista	205
Figura 67 – Método Contraceptivo usado segundo a nacionalidade das participantes	206
Figura 68 - Utilização de contraceção segundo o número de filhos	206
Figura 69 – Relação entre o número de gravidezes não planeadas e a prática contraceptiva no momento da entrevista	207
Figura 70 - Tempo de uso do MC segundo a nacionalidade das participantes	207
Figura 71 – Aconselhamento no uso de contraceção	208
Figura 72 - Satisfação relativamente ao uso do MC segundo a nacionalidade das participantes .	208
Figura 73 - Esquecimento da toma da pílula segundo a frequência e a nacionalidade das participantes	211
Figura 74 - Uso atual e anterior de contraceção segundo a nacionalidade das participantes.....	213
Figura 75 - Contraceção atual e anterior segundo o método contraceptivo	214

Índice de Quadros

Quadro 1 - Anticoncepcionais hormonais	27
Quadro 2 - Dispositivos intrauterinos.....	30
Quadro 3 - Métodos cirúrgicos	31
Quadro 4 - Métodos de barreira.....	31
Quadro 5 - Métodos naturais	35
Quadro 6 - Crenças sobre a contraceção e os métodos contraceptivos de acordo com o género	45
Quadro 7 - Desmitificando alguns mitos relacionados com os métodos contraceptivos.....	46
Quadro 8 - Categorias e atributos que influenciam a escolha de anticoncepcionais	53
Quadro 9 - Síntese do guião da entrevista semi-estruturada.....	103
Quadro 10 - Conceções associadas às fases do ciclo menstrual	134
Quadro 11 - Caracterização das participantes que desconhecem a duração média do ciclo menstrual	135
Quadro 12 – Valores descritivos sobre o número de contraceptivos conhecidos.....	139
Quadro 13 - Caracterização das participantes que desconhecem as características da pílula.....	144
Quadro 14 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre a pílula.....	145
Quadro 15 – Caracterização das participantes que desconhecem as características do dispositivo intrauterino.....	147
Quadro 16 –Caracterização das participantes que desconhecem a existência de dois tipos de dispositivo intrauterino	149
Quadro 17 – Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre o DIU/SIU.....	150
Quadro 18 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre o implante contraceptivo.....	153
Quadro 19 - Caracterização das participantes que não têm conhecimento sobre a injeção contraceptiva	155
Quadro 20 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre a injeção contraceptiva.....	156
Quadro 21 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre o anel vaginal	157
Quadro 22 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre o adesivo contraceptivo.....	159
Quadro 23 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre a laqueação tubária.....	160
Quadro 24 - Comparação das características entre as participantes que referiram o preservativo feminino e o conhecimento acerca do método.....	162
Quadro 25 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre o preservativo feminino	163
Quadro 26 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre o preservativo masculino	165
Quadro 27 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas ao conhecimento sobre o coito interrompido.....	169

Quadro 28 - Caracterização das participantes que têm conhecimento sobre o coito interrompido	170
Quadro 29 - Comparação das características entre as participantes que têm/não têm conhecimento acerca do método com base no calendário	171
Quadro 30 - Efeitos secundários associados à toma da pílula	176
Quadro 31 - Efeitos secundários associados à utilização do implante contraceutivo	177
Quadro 32 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas à opinião sobre o aborto não ser um método de evitar e/ou de terminar uma gravidez indesejada	197
Quadro 33 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) relativas à opinião sobre o preservativo ser um bom método de evitar uma gravidez indesejada e a facilidade em sugerir o seu uso ao companheiro	201
Quadro 34 - Razões para a insatisfação com o método contraceutivo atual	209
Quadro 35 - Motivos para deixar de utilizar o último método contraceutivo	214
Quadro 36 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) das razões para a utilização da contraceção de emergência	216
Quadro 37 - Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (UE) das razões para a não utilização da contraceção de emergência	217

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição das participantes segundo o local de aplicação do instrumento de colheita de dados	101
Tabela 2 - Distribuição das participantes segundo o concelho de residência.....	112
Tabela 3 - Processo migratório das participantes	118

Lista de Abreviaturas, Siglas, Acrónimos e Símbolos

ACO	Anticoncepcional Oral
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CE	Contraceção de Emergência
CIPD	Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento
CPF	Consulta de Planeamento Familiar
DGS	Direção Geral de Saúde
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositivo Intrauterino
Dp	Desvio padrão
DUM	Data da última menstruação
ed.	Edição
ENIEG	Estratégia Nacional para a Igualdade e Equidade de Género
EpS	Educação para a Saúde
et al.	Entre outros
<i>f</i>	Frequência absoluta simples
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IDSR	Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPG	Instituto Nacional para a Promoção da Igualdade e Equidade de Género
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
MC	Método Contracetivo
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
N	Dimensão da amostra
OMS	Organização Mundial de Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PMI/PF	Programa Materno Infantil e de Planeamento Familiar
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteira
SIU	Sistema Intrauterino
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UC	Unidades de Contexto
UE	Unidade de Enumeração
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
vs	Versus
WHO	World Health Organization
%	Percentagem

INTRODUÇÃO

Uma investigação parte sempre da identificação prévia de um determinado problema que emerge de uma realidade que se pretende conhecer melhor.

O compromisso em estudar os conhecimentos, atitudes e práticas contraceptivas das mulheres em contexto de diversidade cultural decorre da nossa experiência enquanto profissional de enfermagem, ao longo de anos e em diversos contextos na área da saúde da mulher e, ainda, das inquietações que nos têm surgido durante o exercício da profissão.

A primeira inquietação prende-se com a subsistência da gravidez não desejada, com graves sequelas para a saúde da mulher, do feto e da criança, o que se traduz num sério problema de saúde pública.

Na realidade, apesar das considerações políticas e legais que regulamentam as atividades de Planeamento Familiar, da acessibilidade e gratuidade das consultas e de alguns métodos contraceptivos e, ainda, do aparente conhecimento que a mulher/casal tem sobre contraceção, subsiste a questão da gravidez não desejada, situação que contribui para a gravidez precoce e de risco, para uma elevada percentagem de gravidezes com vigilância inadequada e para a recorrência ao aborto, incluindo o aborto ilegal, num número importante de mulheres, sobretudo mulheres imigrantes e de minorias étnico-culturais (DGS, 2006; Machado *et al.*, 2006; Ramos, 2004, 2012a, b, c, 2015).

A segunda inquietação remete para os aspetos relacionados com o aumento da migração feminina, nomeadamente com as implicações e consequências que a condição de migrante pode ter na acessibilidade aos cuidados de saúde, concretamente às consultas de planeamento familiar e especificamente na prática contraceptiva.

As mulheres em geral e as migrantes em particular estão mais expostas a fatores de risco e vulnerabilidades, devido a fatores relacionados com as desigualdades de género, as situações de pobreza e exclusão, o reduzido acesso à informação e à educação e, ainda, a menor literacia em saúde.

Paralelamente, teve-se em conta que, apesar de terem sido produzidos alguns estudos nacionais no âmbito da prática contracetiva com incidência em mulheres autóctones, observa-se algumas lacunas no que se refere à população migrante feminina.

Considera-se, assim, que a aplicação do estudo alargado às mulheres imigrantes poderá permitir analisar vulnerabilidades e retirar algumas conclusões quanto às diferenças individuais, socioculturais e étnicas que possam interferir nos determinantes dos comportamentos na área da sexualidade e da reprodução, contribuindo para o planeamento de intervenções adaptadas às necessidades específicas dos indivíduos, grupos e comunidades.

Entende-se, assim, estarem reunidas as principais razões que motivaram o estudo da situação da mulher migrante face à prática contracetiva.

A contraceção revela-se como pedra basilar na prevenção da gravidez indesejada, porém a decisão de efetuar contraceção e de forma eficaz e a escolha do método contracetivo resulta de uma multidimensionalidade de fatores, que determinam o comportamento social da mulher e envolvem a vivência da própria sexualidade, o projeto de vida e de maternidade, as relações de conjugalidade, as desigualdades de género e as relações assimétricas de poder, as normas da sociedade e os valores, crenças e atitudes relativas à fertilidade, à reprodução e à saúde. O processo de tomada de decisão do método contracetivo envolve, ainda, aspetos ligados às características dos próprios métodos e diferem conforme a personalidade da mulher e o contexto individual, familiar, cultural e social em que vive (Almeida, 2004; Ramos, 2004, 2012 a, b; O'Reilly, 2009; Sereno, Leal & Maroco, 2009; Rocha, Dias & Gama, 2010; Simmonds & Likis, 2011; Neves, 2013).

Nesta conjectura, importa ter em conta que algumas mulheres utilizam contraceção, mas sem qualquer vigilância clínica, o que pode contribuir para a deficiente utilização e ineficácia do método usado. Efetivamente é reconhecida a relação direta entre uma boa orientação e informação em planeamento familiar e a escolha adequada do método, a satisfação com o uso e o uso consistente do mesmo, a melhor aceitação dos efeitos colaterais e a continuidade no serviço de saúde.

Sendo o aconselhamento em contraceção uma prática de promoção da saúde sexual e reprodutiva deve envolver as mulheres nas suas decisões contracetivas, de acordo com as

suas expectativas, necessidades reais, concepções, crenças e valores, atendendo à sua individualidade, dignidade, vulnerabilidade e cultura, sem esquecer a importância do conhecimento que detêm sobre o assunto, tornando o cuidado de saúde individualizado.

Para que os cuidados possam ser culturalmente competentes é essencial que os profissionais nas suas atividades de educação para a saúde na vertente da saúde sexual e reprodutiva, identifiquem e compreendam a diversidade de aspetos que podem influenciar o comportamento contraceutivo, com vista a planearem as suas intervenções adaptadas às necessidades dos indivíduos.

Assim, tem sido destacada pelos investigadores a importância do acesso aos serviços de planeamento familiar e dos métodos contraceutivos, ao aconselhamento dos profissionais de saúde e ao nível de conhecimentos sobre contraceção por parte das mulheres. Contudo, os estudos não identificam na sua maioria as atitudes e práticas face à contraceção e nem evidenciam a relação entre os diversos aspetos subjacentes.

Contrariando um pouco esta perspectiva, os estudos que abordam o conhecimento, a atitude e a prática (estudos CAP) sobre um determinado assunto permitem compreender como estas dimensões podem estar interligadas. Assim, o conhecimento de uma comunidade refere-se à compreensão de um determinado assunto; a atitude contempla os sentimentos em relação ao tema, bem como as ideias preconcebidas que possam ter em relação a ele; a prática remete para as formas pelas quais os indivíduos demonstram o conhecimento e atitude através das suas ações (Kaliyaperumal, 2004; Alves & Lopes, 2008; Gontijo, 2014).

No caso da contraceção, poder-se-á questionar se um maior conhecimento sobre o tema tem importância na escolha e uso consistente dos contraceutivos, ou se mulheres com atitudes positivas em relação à prática contraceutiva podem revelar algumas lacunas no conhecimento sobre os métodos contraceutivos (nomeadamente em como lidar com os efeitos colaterais ou com situações inesperadas como a ocorrência de vômitos ou diarreia) e um comportamento desadequado.

Nesta perspectiva, diversos estudos mostram que, apesar do conhecimento ser um elemento necessário para o uso da contraceção, nem sempre existe associação entre os níveis de conhecimento, as taxas de utilização de contraceutivos e a sua prática efetiva, relacionando-o com outros fatores importantes, nomeadamente os aspetos demográficos, psicológicos,

socioeconómicos, culturais e religiosos e a história obstétrica (Belo & Silva, 2004; Alves & Lopes, 2008; Gontijo, 2014).

Considerou-se, deste modo, ter justificado a nossa opção em realizar um estudo CAP, pretendendo conhecer o processo de desenvolvimento da consciência face a essa matéria, tendo em vista a definição de estratégias mais apropriadas às necessidades específicas da população estudada (Kaliyaperumal, 2004; Alves & Lopes, 2008; Gontijo, 2014).

Assim, as questões de investigação que orientaram este estudo contemplam as três dimensões em análise:

- *Quais os conhecimentos das mulheres de origem africana (angolana, cabo-verdiana, guineense, santomense) e brasileira, residentes em Portugal, região de Lisboa, relativamente à fisiologia reprodutiva e à contraceção?*
- *Quais as crenças, valores, atitudes e experiências das mulheres de origem africana (angolana, cabo-verdiana, guineense, santomense) e brasileira, residentes em Portugal, região de Lisboa, relativas à contraceção e aos diferentes métodos contraceptivos?*
- *Qual a prática contraceptiva das mulheres de origem africana (angolana, cabo-verdiana, guineense, santomense) e brasileira, residentes em Portugal, região de Lisboa?*

Após registar o domínio da investigação e se terem levantado questões essenciais para a condução do estudo, definiram-se como objetivos da investigação:

- *descrever o perfil das participantes quanto às características sociodemográficas e migratórias;*
- *descrever os conhecimentos, as atitudes e as práticas das participantes em relação à contraceção e aos métodos contraceptivos;*
- *compreender a relação existente entre o conhecimento e a atitude relativamente à contraceção e aos métodos contraceptivos e a prática contraceptiva das participantes;*
- *identificar transversalidades aos diferentes grupos étnico-culturais analisados.*

As palavras chave desenvolvidas ao longo do trabalho - contraceção; conhecimento, atitude e prática; mulheres imigrantes; diversidade cultural; cuidados de saúde interculturais - refletem os conteúdos nele abordados.

Desenvolveu-se um estudo descritivo, exploratório e transversal, com o recurso a metodologia mista. Foi utilizado o processo de amostragem não probabilística por conveniência; o universo de trabalho é constituído por 75 participantes, mulheres em idade fértil, a viver em Portugal há pelo menos um ano, oriundas do Brasil, Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e S. Tomé e Príncipe. A recolha de dados foi efetuada por entrevista semi-estruturada e os dados analisados no software SPSS 24.0 (dados quantitativos) e com o recurso à técnica de análise de conteúdo temática (dados qualitativos).

A tese é composta por quatro capítulos, distribuídos por duas partes distintas, onde se sistematizam os diversos assuntos. A *Parte I*, designada por *Enquadramento Teórico*, é constituída por dois capítulos e integra a análise concetual da temática em estudo. A *Parte II*, denominada de *Estudo Empírico*, contempla a apresentação dos procedimentos metodológicos usados e a análise e discussão dos resultados, correspondendo aos dois últimos capítulos da presente tese de investigação.

Na conclusão - momento de reflexão de todo o percurso do presente estudo - salientam-se os principais resultados obtidos por referência às questões de investigação, identificam-se algumas das limitações do estudo, tecem-se considerações sobre o interesse e a validade dos resultados, sugerem-se algumas estratégias com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados e apontam-se pistas para investigações futuras. Para finalizar, apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - PRINCIPAIS FUNDAMENTOS EM CONTRACEÇÃO

1. A CONTRACEÇÃO COMO DIMENSÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os direitos reprodutivos e sexuais fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos que, desde a Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, são considerados universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (Patriota, 1994; Corrêa, Alves & Jannuzz, 2006; Guarnieri, 2010).

Contudo, a expressão “saúde reprodutiva” apenas foi adotada pela Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, tendo sido definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social no âmbito do sistema reprodutivo, as suas funções e os seus processos e não apenas uma mera ausência de doença ou enfermidade (*idem*).

O Programa de Ação da CIPD promoveu a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero, reforçando a importância do empoderamento das mulheres no acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar (*idem*).

Posteriormente, a Conferência de Beijing (IV Conferência Mundial sobre Mulheres) realizada em Pequim em 1995, reforça os direitos reprodutivos conquistados no Cairo, consagra internacionalmente os direitos sexuais da mulher e levanta a questão do aborto, rejeitando-o como método de planejamento familiar, conseguindo reconhecê-lo como um problema internacional de saúde pública a ser encarado pelos governos e organizações governamentais e não governamentais (*idem*).

Assim, os documentos internacionais da CIPD e de Pequim consagraram não apenas a concepção do termo saúde reprodutiva, mas também as noções de direitos reprodutivos e sexuais e saúde sexual. O principal fundamento dos direitos reprodutivos é entendido como a autonomia dos indivíduos decidirem sobre a procriação, negando qualquer controle coercivo sobre a gravidez ou o aborto e o uso de contraceptivos. A expressão saúde sexual contempla uma abordagem positiva da sexualidade humana e dos relacionamentos pessoais, para além do aconselhamento e cuidados relacionados com a procriação e doenças sexualmente transmissíveis (*idem*).

Deste modo, a saúde sexual e reprodutiva promove o direito de homens e mulheres conhecerem, gostarem e cuidarem do corpo e dos órgãos sexuais, terem uma vida sexual

satisfatória e segura, decidirem quantos filhos querem ter e quando, terem uma gravidez e parto nas melhores condições, terem acesso a cuidados de saúde reprodutiva de qualidade, incluindo consultas de planeamento familiar com privacidade, confidencialidade e respeito, ampla informação sobre métodos de controlo da fertilidade e escolha informada e livre dos métodos contraceptivos (Patriota, 1994; Almeida, 2004; Corrêa, Alves & Jannuzz, 2006; Guarnieri, 2010; Rocha, Dias & Gama, 2010; WHO, 2016).

Por sua vez, os programas de planeamento familiar devem ter como objetivo capacitar os indivíduos/casais a alcançar seus objetivos reprodutivos, evitar a gravidez indesejada, reduzir a incidência de gravidezes de alto risco e as taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil. Torna-se, assim, essencial que se reconheça a necessidade da inclusão dos homens, especialmente no que se refere a comportamentos e valores que intervêm nos processos relacionais de saúde reprodutiva e sexualidade e se disponibilize informação adequada e toda uma série de métodos eficientes e seguros, garantindo decisões conscientes e livres (*idem*).

A contraceção constitui, assim, uma importante dimensão da saúde sexual e reprodutiva, sendo o “instrumento tecnológico” que permite a separação entre as necessidades afetivas e sexuais de uma gravidez indesejada (Almeida, 2004; Sereno, Leal & Maroco, 2009; Rocha, Dias & Gama, 2010; Neves, 2013).

1.1. A importância da prática contraceptiva

Alguns dados recentes, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, revelam a importância que a prática contraceptiva tem a nível mundial, dos quais salientamos:

- O número de mortes prematuras imputáveis a problemas de saúde sexual e reprodutiva continua a aumentar;
- Existem cerca de 214 milhões de mulheres em idade reprodutiva, em países em desenvolvimento, que desejam evitar a gravidez, mas não usam um método anticoncepcional moderno;

-
- Todos os anos, ocorrem cerca de 89 milhões de gravidezes não desejadas, em que 66 milhões resultam da falta de acesso à contraceção e, aproximadamente, quase 9 milhões do uso de métodos tradicionais, com maior incidência nos países de menores rendimentos;
 - Das gestações não desejadas resultam 30 milhões de nascimentos não planeados e 48 milhões de abortos induzidos, dos quais 19 milhões ocorrem sem intervenção de profissionais de saúde, ocasionando 68 mil mortes maternas (Donaldson & Rutter, 2017; WHO, 2017).

No que refere à prevalência da contraceção, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) refere que, globalmente, o uso da contraceção moderna aumentou ligeiramente, passando de 54,0% em 1990 para 57,4% em 2015, contudo:

- Apesar de o uso de anticoncepcionais ter aumentado em muitas partes do mundo, especialmente na Ásia e América Latina, a necessidade não satisfeita de contraceção moderna permanece muito alta na África subsaariana;
- Regionalmente, a proporção de mulheres entre os 15 e os 49 anos que usam um método anticoncepcional moderno não sofreu alterações significativas entre 2008 e 2015 na África, na Ásia e América Latina;
- O uso de contraceção pelos homens apresenta baixas taxas de prevalência.

São apontados como fatores facilitadores para as desigualdades regionais acima apontadas:

- escolha limitada de métodos;
- acesso limitado à contraceção, particularmente entre os jovens, segmentos mais pobres de populações ou pessoas não casadas;
- medo ou experiência de efeitos colaterais;
- oposição cultural ou religiosa;
- má qualidade dos serviços disponíveis;
- barreiras baseadas em gênero (WHO, 2017).

Face ao fraco desenvolvimento da prática contracetiva em algumas zonas geográficas e às razões apontadas para isso, a Organização Mundial de Saúde continua a alertar para os benefícios do planeamento familiar, referindo que:

- Permite que as pessoas façam escolhas informadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva, promovendo a capacitação dos indivíduos nesta área;
- Garante que as pessoas atinjam o número desejado de crianças e determinem o espaçamento das gravidezes;
- Facilita o acesso aos métodos anticoncepcionais preferenciais para mulheres e casais, prevenindo a gravidez indesejada e reduzindo o recurso ao aborto;
- Contribui para a redução das maiores taxas de mortalidade infantil no mundo;
- Promove a redução da gravidez na adolescência e o impacto nas taxas de mortalidade neonatal e morbidade materna, para além de favorecer as implicações socioeconómicas a longo prazo dos indivíduos, famílias e comunidades;
- Permite diminuir o crescimento da população insustentável em algumas áreas geográficas e os impactos negativos sobre a economia, o meio ambiente e os esforços de desenvolvimento nacional e regional (WHO, 2017).

Por outro lado, a prática contracetiva deve, ainda, ser analisada numa perspetiva para além da sua tradicional dimensão de (não) uso e acesso aos métodos contracetivos, mas numa visão psico-socio-antropológica. É que, paralelamente ao desejo de evitar a gravidez, a contraceção permite a dissociação da reprodução da sexualidade, proporcionando a sua vivência de uma forma plena (Rocha, Dias & Gama, 2010; Neves, 2013; Águas, Bombas & Silva, 2016; Cabral, 2017).

Em conclusão, podemos afirmar que a prática contracetiva reflete uma componente de qualquer programa de desenvolvimento sustentável e, também, um direito à saúde em geral e à saúde reprodutiva em particular, permitindo a vivência e relacionamento sexual de forma satisfatória e segura, a liberdade dos indivíduos controlarem a sua fecundidade e a decisão de como o podem fazer.

2. ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS DA CONTRACEÇÃO

São vários os aspetos contraceptivos que têm implicação epidemiológica, nomeadamente a definição de contraceção ideal, a eficácia contraceptiva, os critérios de elegibilidade dos anticoncepcionais, a relação entre contraceção e infeções sexualmente transmissíveis e os aspetos ético-legais da prática em contraceção (Neves, 2013).

Assim, a epidemiologia dos anticoncepcionais deve ser considerada uma vertente fundamental na saúde sexual e reprodutiva, sendo que a carência de informação nesta área aumenta o risco de ocorrer utilização inapropriada da contraceção ou mesmo a sua ausência, gravidez não planeada, recorrência ao aborto (inclusivamente ao aborto ilegal) e aquisição de infeções sexualmente transmissíveis (*idem*).

2.1. Contraceção em Portugal

Em Portugal, a utilização da contraceção eficaz em mulheres em idade reprodutiva tem aumentado desde 1974, verificando-se um crescimento mais acentuado nos últimos anos, decorrente da mudança no tipo de métodos contraceptivos disponíveis ao longo do tempo (*idem*).

Neste subcapítulo, apresentamos alguns registos estatísticos resultantes dos Inquéritos Nacional de Saúde 2005/2006 (IV INS) e 2014 (V INS) que correspondem aos dados oficiais mais recentes sobre a contraceção a nível nacional.

Os referidos inquéritos apresentam os resultados que reportam à população feminina residente em Portugal (à época da entrevista), com idade compreendida entre os 15 e os 55 anos e em condição passível de gravidez (excluindo assim as grávidas e mulheres em menopausa). Relativamente ao tipo de contraceptivo, os dados tiveram em conta os métodos usados pelas mulheres ou pelos maridos/companheiros, no momento da entrevista.

No que se refere à taxa de utilização de contraceptivos, os resultados do IV INS (INE-Portugal & INSA, 2009) revelam que cerca de 85,0% da população feminina em idade fértil usava um método anticoncepcional, registando-se a maior proporção de utilizadoras no grupo etário

entre os 20 e os 34 anos (91,0%) e observando-se uma redução crescente nos grupos etários subsequentes.

No que respeita aos métodos utilizados, verificou-se que:

- 65,0% das mulheres usava contraceção hormonal oral, com taxa de utilização elevada até aos 34 anos e uma redução considerável a partir dessa idade;
- 13,2% usava o preservativo com níveis mais elevados entre os 15 e os 19 anos (20,9%) e os 50 e os 55 anos (19,2%), sendo relativamente homogéneo nos restantes grupos etários;
- 8,6% usava o dispositivo intrauterino com maior utilização entre os 40 e os 49 anos (14,7%);
- cerca de metade dos jovens referiu ter iniciado atividade sexual em média aos 15 anos, contudo mais de 25,0% não usou contraceção (INE-Portugal & INSA, 2009).

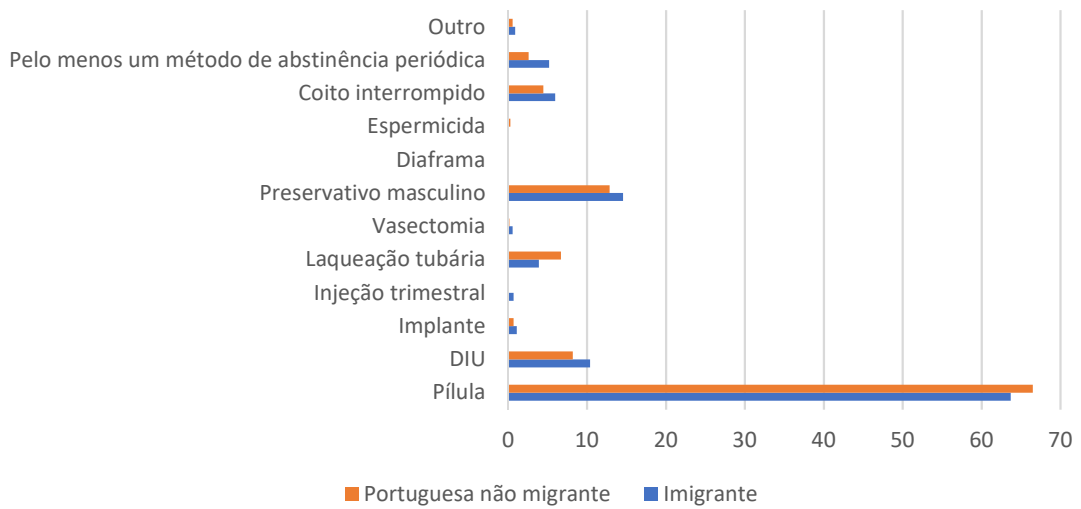
No que concerne à vigilância de saúde, 23% das mulheres não fazem qualquer acompanhamento clínico, o que se pode traduzir no uso de um método inadequado às suas necessidades e expectativas num determinado momento da sua vida reprodutiva.

Dias, *et al.* (2008) analisam os dados do IV Inquérito Nacional de Saúde, sob o ponto de vista da população imigrante feminina (residente em Portugal) pelo que se apresentam seguidamente os resultados que comparam a prática contracetiva e o tipo de método usado pelas mulheres imigrantes com a das mulheres portuguesas não imigrantes.

Pela análise das Figuras 1 e 2 verifica-se que:

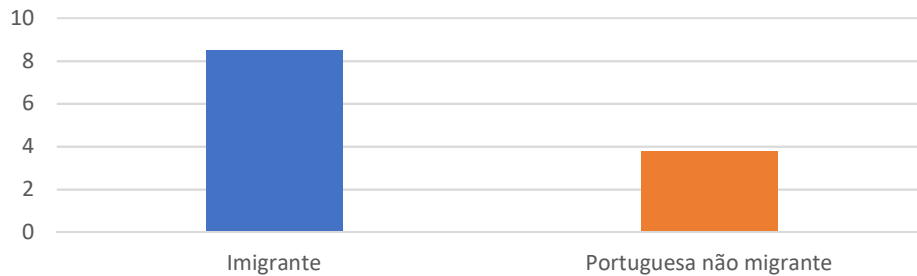
- A prática contracetiva é semelhante nas duas populações;
- Os três métodos mais usados (pílula, DIU e preservativo, por ordem decrescente de representatividade) têm valores aproximados, embora o DIU e o preservativo apresentem maior valor na população das mulheres imigrantes;
- Regista-se maior utilização de métodos naturais e da contraceção hormonal de emergência por parte das mulheres imigrantes.

Figura 1 - Distribuição estimada (%) por método contraceptivo utilizado (MC), na população de mulheres imigrantes e de portuguesas não migrantes, com idades entre 15 e 55 anos (IV INS)



Fonte: Dias, *et al.* (2008)

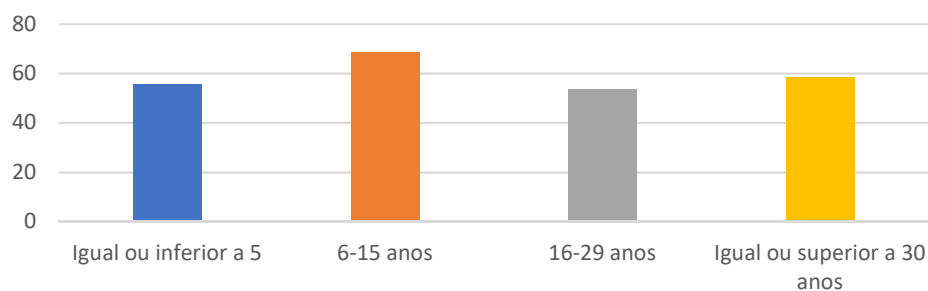
Figura 2 - Distribuição estimada (valor ponderado) das mulheres imigrantes e de portuguesas não migrantes que referiram a utilização de contraceção de emergência, com idades entre 15 e 55 anos (IV INS)



Fonte: Dias, *et al.* (2008)

Dias, *et al.* (2008) referem, ainda, que a prática contraceptiva e o tipo de métodos utilizados pelas mulheres imigrantes sofrem várias oscilações ao longo da permanência no país, atingindo o maior valor no período de 6 a 15 anos (Figuras 3 e 4).

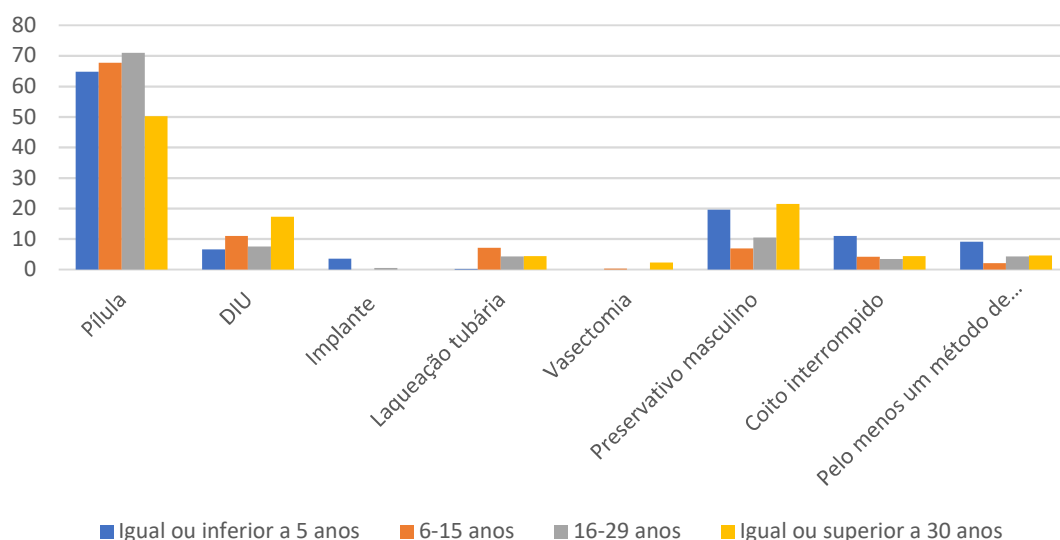
Figura 3 - Distribuição estimada (%) da prática contraceptiva na população de mulheres imigrantes, com idades entre 15 e 55 anos, segundo o número de anos de residência em Portugal (IV INS)



Fonte: Dias, *et al.* (2008)

Quanto ao tipo de método contraceptivo usado, observa-se uma maior prevalência dos métodos naturais e de barreira até aos primeiros cinco anos de permanência em Portugal que, posteriormente, parecem ser substituídos por métodos mais eficazes como a pílula, o DIU e a laqueação tubária (Figura 4). Julgamos que o aumento do uso do preservativo a partir dos trinta anos de residência no país (superando o valor atingido nos primeiros cinco anos) se pode dever a aspetos relacionados com as próprias mulheres, como a idade reprodutiva e a atividade sexual menos regular e não tanto com o fator temporal de integração no país.

Figura 4 – Tipo de MC usado pelas mulheres imigrantes segundo o tempo de permanência em Portugal



Fonte: Dias, *et al.* (2008)

A maior utilização da contraceção hormonal de emergência por parte das mulheres imigrantes diminui com o tempo de permanência em Portugal, embora permaneça sempre superior ao número verificado no grupo das mulheres portuguesas não migrantes.

Pensamos que esta situação pode revelar um uso mais inconsistente e inadequado dos métodos contraceptivos no momento de chegada ao país de acolhimento, por falta de conhecimento sobre o assunto ou dificuldade de acessibilidade de cuidados de saúde, situação que se reverte, habitualmente, com o tempo de permanência no país.

Os mesmos autores revelam que a maioria das mulheres que utilizava um método contraceptivo fazia vigilância clínica relativamente ao uso dos anticoncecionais num Centro de Saúde, com valores semelhantes entre as duas populações em análise: mulheres imigrantes - 44,7%; portuguesas - 45,7% (Dias, *et al.*, 2008).

Por sua vez, os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014 (V INS) revelam que:

- 54,7% das mulheres afirmou ter utilizado um método contraceptivo nos 30 dias anteriores à entrevista;
- 77,7% das mulheres na faixa etária dos 30 aos 34 anos fazia contraceção;
- a prevalência contraceptiva era mais elevada nas mulheres com habilitações de nível secundário (59,9%) ou superior (65,7%);
- a pílula era o principal método de contraceção (69,7%), mais utilizado pelas mulheres com menos de 30 anos (superior a 80,0%) e nas que tinham completado o ensino secundário (75,0%) (INE-Portugal, 2016).

Comparando alguns resultados em ambos os Inquéritos, em 2014 verifica-se um decréscimo do número de mulheres a fazer um método contraceptivo, mantendo-se algum destaque do anticoncecional oral, embora com uma ligeira subida. Contudo, os resultados epidemiológicos no domínio contraceptivo, disponíveis nos Inquéritos Nacional de Saúde 2005/2006 e 2014 não permitem uma comparação efetiva entre os dois períodos, pois os elementos fornecidos não são inteiramente similares.

Paralelamente aos Inquéritos Nacionais de Saúde, têm sido realizados vários estudos sobre a utilização de métodos contraceptivos, com diferentes populações e metodologias, o que dificulta a análise e comparabilidade de conceitos e de resultados (Neves, 2013; INE-

Portugal, 2017). Assim, optou-se apenas pela enumeração dos principais dados estatísticos oficiais que nos permitam contextualizar o presente estudo no âmbito do panorama contracetivo em Portugal.

2.2. Contraceção nos países de origem das participantes

Neste subcapítulo, apresentam-se alguns dados epidemiológicos sobre a saúde sexual e reprodutiva nos países de origem das participantes - Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Brasil - tendo como principal foco a vertente contracetiva.

Tal como anteriormente, observou-se uma variedade de registos, com dimensões desiguais e o recurso a diferentes fontes, pelo que se procurou obter elementos oficiais e recentes que nos permitam conhecer a realidade contracetiva nos cinco países das participantes em estudo.

Brasil

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, no entanto até à década de 1970 a saúde da mulher era considerada apenas na sua dimensão reprodutiva, sendo os programas implementados voltados exclusivamente para a assistência à gestação e ao parto. Apenas em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, elaborado em colaboração com representantes de grupos feministas, políticos e academia científica, incorporou uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital (Brasil, 1984, 2002b, 2002c, 2004b *apud* Brasil, 2013).

No entanto, só em 1996 é regulamentada a lei sobre o planeamento familiar, proibindo qualquer prática de controlo demográfico, garantido um conjunto de ações de regulação da fecundidade e, para tal, oferecendo “todos os métodos e técnicas de concepção e contraceção cientificamente aceites e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.” (Brasil, 1996 *apud* Brasil, 2013: 20).

Na primeira década do século XXI, foram criadas sucessivas políticas e programas na área da Saúde da Mulher, enfatizando a melhoria dos cuidados obstétricos, do planeamento familiar - com especial atenção para a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) – e do cuidado ao aborto inseguro (Brasil, 2004b; 2008b *apud* Brasil, 2013).

Os resultados sobre a atividade sexual e a anticoncepção que surgem da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006 revelam que:

- A maioria das mulheres sexualmente ativas já havia usado algum método contraceptivo;
- 66,0% das jovens dos 15 aos 19 anos que já tinham iniciado atividade sexual usaram contraceção em algum momento, sendo que o preservativo (33,0%), a pílula (27,0%) e os injetáveis (5,0%) foram os mais utilizados;
- 67,8% de mulheres sexualmente ativas usavam um método contraceptivo, das quais a maioria (65,2%) usava métodos modernos;
- A esterilização feminina (29,0%), a pílula (21,0%) e o preservativo masculino (6,0%) eram os métodos mais usados;
- 20,0% das mulheres já usaram a injeção contraceptiva;
- A pílula do dia seguinte foi usada por 23,2% no grupo das “não unidas” sexualmente ativas (Brasil, 2009, 2013).

Apesar de os dados recentes sugerirem uma redução das falhas no controle do processo reprodutivo, quer pelo maior e melhor uso de métodos contraceptivos, quer pelo menor recurso à interrupção voluntária da gravidez (redução esta menos acentuada entre as mulheres mais vulneráveis do ponto de vista econômico e social) vários estudos têm apontado para a indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde e pela desigual e insuficiente capacitação dos profissionais para o exercício na área do planeamento familiar (Osis *et al.*, 2006; Pierre & Clapis, 2010; Lago, 2015).

Angola

Segundo a Proposta de Estratégia de Planeamento Familiar 2014-2019 para Angola (INE-Angola, 2014) o país enfrenta vários desafios para alcançar a segurança contraceptiva,

nomeadamente no que se refere à incapacidade de previsão de necessidades e de planeamento da distribuição de contraceptivos.

O mesmo documento revela, ainda, a importância dos serviços disponibilizarem uma maior diversidade de métodos contraceptivos modernos para poderem corresponder, o mais possível, às preferências pessoais e carências de um máximo de utentes. Reforça, também, a necessidade de acrescentar à lista os métodos definitivos (laqueação de trompas e vasectomia) e de alargar a oferta de métodos de ação prolongada como os dispositivos intrauterinos e os implantes (*idem*).

Em 2015, Angola realizou o primeiro Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS I) conjuntamente com o quarto Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS IV), cujos principais resultados sobre a atividade sexual e a anticoncepção são os seguintes:

- 22,0% das mulheres com idades dos 15 aos 24 anos tiveram relações sexuais antes dos 15 anos;
- Das adolescentes entre os 15 e 19 anos, 18,0% são casadas ou vivem em união de facto e 35,0% já iniciou a vida reprodutiva;
- A iniciação da vida reprodutiva na adolescência é maior nas adolescentes sem qualquer nível de escolaridade (58,0%) do que nas com nível secundário ou superior (25,0%);
- 79,0% das mulheres entre os 15 e 49 anos conhecem pelo menos um método contraceptivo, sendo o preservativo masculino o mais conhecido (73,0%);
- Entre as mulheres dos 15 aos 49 anos, a percentagem de utilização de algum método de contraceção é de 19,9% no espaço urbano e de 2,3% no espaço rural;
- Os métodos contraceptivos modernos mais usados pelas mulheres casadas são a injeção (5,0%), a pílula (4,0%) e o preservativo masculino (3,0%);
- 27,0% das mulheres não casadas sexualmente ativas usam um método contraceptivo moderno, sendo que o preservativo masculino (20%) e a pílula (4%) são os mais usados (INE-Angola, *et al.*, 2017).

O Relatório Analítico de Género de Angola, de 2017, adverte para a importância da escolaridade da mulher, na medida em que a procura dos serviços de planeamento familiar

e o recurso à contraceção aumenta com o nível de ensino – 2,7% nas mulheres sem qualquer nível de ensino, 8,1% para as mulheres com o ensino primário e 29,0% nas situações de formação secundária/superior (Lobão, 2017).

São Tomé e Príncipe

Face às desigualdades de género persistentes em vários domínios da sociedade, o Governo de São Tomé e Príncipe com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) implementou em 2007 a Estratégia Nacional para a Igualdade e Equidade de Género (ENIEG), constituindo a melhoria do estado de saúde e da saúde da reprodução do(a)s adolescentes e das mulheres um dos domínios prioritários de intervenção, cuja avaliação em 2012 revelou que, de forma global, os resultados esperados foram parcialmente atingidos (INE-São Tomé e Príncipe, 2014).

Por sua vez, os resultados do Inquérito aos Indicadores Múltiplos, realizado em 2014, no âmbito da contraceção, mostram que:

- 46,0% das mulheres casadas nas áreas urbanas e 38,0% nas áreas rurais utilizavam um método contracetivo;
- 30,0% das jovens dos 15 aos 19 anos casadas ou em união usavam um método de contraceção;
- O método mais usado pelas mulheres casadas é a pílula (15,0%) seguido dos injetáveis (12,0%) e do preservativo masculino (5,0%). Qualquer um dos outros métodos representa, por si só, menos de 3,0%;
- A utilização de qualquer método contracetivo aumenta de 25,0% em mulheres sem nível de escolaridade até 59,0% naquelas com ensino superior;
- As mulheres sem nenhuma educação formal dão preferência aos injetáveis (17,0%), as com ensino secundário preferem a pílula (15,0%), enquanto que ambos os métodos são igualmente prevacentes naquelas com ensino superior;
- O preservativo masculino aumenta de popularidade com o nível de educação da mulher (e, presumivelmente, aumenta também com a do parceiro) (INE - São Tomé e Príncipe, 2016).

Cabo Verde

Desde 1975 que Cabo Verde implementou uma política de planeamento familiar, sendo que em 1977 foi criado o Programa Materno Infantil e de Planeamento Familiar (PMI/PF) com a difusão em larga escala dos métodos contraceptivos, nomeadamente a pílula e o preservativo, bem como o acompanhamento durante a gravidez e a lactação. Ainda na década de 90, surge a reforma a nível do sistema de ensino que, com a escolarização básica obrigatória, aumentou a literacia feminina (INE-Cabo Verde, 2016).

Os dados do II Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva realizado em 2005 revelam que:

- O conhecimento dos métodos contraceptivos é quase universal tanto para as mulheres (99,7%) como para os homens (99,8%);
- Em média as mulheres conhecem 9 métodos;
- Os métodos mais conhecidos pelas mulheres são o preservativo masculino, a pílula e a injeção contraceptiva, com percentagens entre 90,0% e 100,0%;
- Os métodos modernos menos conhecidos são a contraceção de emergência e o diafragma;
- Os métodos tradicionais são conhecidos por 70,0% das mulheres, sendo o coito interrompido o mais relatado;
- Cerca de 74,0% das mulheres já utilizou pelo menos uma vez um método contraceptivo;
- A prevalência contraceptiva era de 16,0% em 1988, 37,0% em 1998 e 44,0%, em 2005;
- Entre as mulheres casadas ou que vivem em união, o uso de métodos modernos é de 57,0% e de 72,0% nas mulheres solteiras sexualmente ativas;
- Nas mulheres casadas ou que vivem em união, a preferência contraceptiva recai sobre a pílula (21,0%), seguida da esterilização feminina (15%) e da injeção contraceptiva (11%);
- A prevalência da laqueação tubária é maior entre as mulheres com 3-4 filhos (60%);
- O recurso ao preservativo masculino entre as mulheres casadas ou que vivem em união é de 6,0% e pelas mulheres sexualmente ativas, mas que não vivem em união, é de 30,0%;

-
- A contraceção é mais para limitar os nascimentos (o número ideal médio de filhos ronda os 2 filhos por família) do que para espaçá-los (26,0% e 18,0% respetivamente) (INE - Cabo Verde, 2008).

No que concerne à escolaridade, os dados indicam que a taxa de prevalência contracetiva entre as mulheres sem nível de instrução é de cerca de 40,0%, atingindo os 65,0% entre as que possuem o nível pós-secundário. O preservativo masculino é sobretudo utilizado entre as mulheres com nível secundário (16%) ou pós-secundário (23%), enquanto que a esterilização feminina tem uma prevalência mais acentuada entre as mulheres sem nível de instrução (19%) ou com nível básico (12%) (*idem*).

Por sua vez, os dados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2010, referentes aos nascimentos em 2009, revelam que:

- A fecundidade nas adolescentes é elevada, particularmente nas jovens antes dos 15 anos - 11,9% no meio urbano e 12,9% no meio rural;
- A propensão à procriação diminui com o nível de instrução - as mulheres com nível secundário, bacharel ou superior têm menos tendência à fecundidade relativamente às mulheres com nível inferior;
- O estatuto face à atividade económica parece diferenciar a fecundidade: as mulheres desempregadas ou as inativas economicamente são mais propensas à fecundidade comparativamente às ativas (INE-Cabo Verde, 2016).

Villela, Brito e Lima (2017) revelam que, apesar de Cabo Verde ter experimentado desde a sua independência um rápido crescimento económico e social (com ganhos significativos em escolarização, redução dos óbitos maternos e da mortalidade infantil) a persistência da gravidez entre jovens, as gestações não planeadas, o aborto clandestino e a infeção pelo VIH indicam algumas lacunas na implementação do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. No entender destes autores, a vertente da saúde sexual e reprodutiva deve ser integrada nas estratégias e programas nacionais de desenvolvimento, reiterando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, de forma a garantir o acesso universal aos direitos sexuais e reprodutivos (*idem*).

Guiné-Bissau

O quinto Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS V) da Guiné-Bissau realizado em 2014 revela que:

- A percentagem de mulheres casadas ou em união a usar um método de contraceção é de 10,0% nas mulheres sem instrução, de 19,0% entre as que têm o ensino primário e de 36,0% nas que têm o ensino secundário e mais;
- O contracetivo mais comum para as mulheres casadas ou em união, com ou sem ensino primário, é o implante (7,0%); nas que têm o ensino secundário ou superior, os métodos mais utilizados são o DIU (8,0%) e o preservativo masculino (7,0%);
- O uso de contraceção aumenta com o número de filhos vivos. Varia de 11,0% entre as mulheres que não têm filhos para 16% entre as mulheres com 4 filhos ou mais (INE-Guiné-Bissau, 2016).

Como se pode constatar na análise sobre a contraceção em Portugal e nos países de origem das participantes, verificam-se diferenças na promoção da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres no que respeita ao desenvolvimento de estratégias políticas e sociais; na efetivação de programas na vertente do planeamento familiar e na prática contracetiva efetiva.

3. TIPOS DE MÉTODOS CONTRACETIVOS

Os métodos contraceptivos, também denominados de anticoncepcionais, são métodos usados por mulheres/casais sexualmente ativos para a prevenção da concepção.

A contraceção é relatada como uma prática que remonta a 2000 anos, adquirindo diferentes contornos em conformidade com as crenças, valores e tradições culturais em cada momento da história e de acordo com cada povo (Helman, 2009; Neves, 2013) pelo que se relatam alguns marcos históricos reveladores da contraceção como uma prática longínqua e em evolução.

Para concluir o presente subcapítulo indicam-se as características principais dos anticoncepcionais da atualidade.

3.1. Os primeiros métodos contraceptivos

Estão documentados relatos da antiguidade que indicam a utilização de goma arábica para oclusão vaginal ou de tampões vaginais feitos de excremento de crocodilo, linho e folhas comprimidas; o uso de extratos de plantas naturais com efeitos contraceptivos e de instrumentos colocados no colo do útero; o uso de extratos de uma planta considerada variação da madressilva durante 36 dias visando a esterilidade masculina (Helman, 2009; Neves, 2013; Sitruk-Ware, Nath & Mishell, 2013).

Acredita-se que o preservativo remonte aos tempos da Roma antiga, sendo utilizadas as vísceras de animais para proteção das doenças sexualmente transmissíveis. Os envoltórios ou preservativos de linho foram descritos em 1564 pelo anatomista italiano Falópio. A borracha vulcanizada foi inventada em 1844, impulsionando a fabricação de preservativos mais aceitáveis e baratos, surgindo posteriormente o poliuretano e o látex. Por sua vez, o desenvolvimento do poliuretano facilitou o lançamento do primeiro preservativo feminino em 1992 (*idem*).

O diafragma cervical moderno surgiu no século XIX com Friedrich Adolf Wilde, feito em cera através do molde do colo uterino de cada mulher e, mais tarde, aperfeiçoado passando a ser constituído por uma borracha fina com um aro endurecido.

O primeiro dispositivo intrauterino (DIU) terá sido usado há mais de 2500 anos, em que era inserido objetos no útero com a ajuda de um tubo de chumbo. Apenas no século XIX e início do século XX os dispositivos intrauterinos e a técnica de colocação foram sendo aperfeiçoados.

Somente após a metade do século XX, quando os cientistas compreenderam melhor o funcionamento do ciclo menstrual e das hormonas que o controlavam, surgiu a contraceção hormonal, essencialmente associada à contraceção oral, reconhecida universalmente como a pílula. A partir de então, a contraceção hormonal tem sofrido sucessivos avanços científicos na sua constituição e nas novas vias de administração - transdérmica, intravaginal, subcutânea, intramuscular e intrauterina (*idem*).

3.2. Métodos contraceptivos e suas características

Os métodos contraceptivos podem ser classificados em hormonais, dispositivos intrauterinos, contraceção definitiva ou esterilização, barreira e naturais, sendo que cada um destes tipos de contraceptivos divide-se em outros (OMS & CPC, 2007; WHO, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018).

Não existe um método contraceptivo (MC) ideal para todas as mulheres e homens de diferentes idades e em todas as situações. Cada individuo deve decidir, nas diferentes fases da sua vida fértil qual o MC mais adequado às suas necessidades, à sua saúde, à sua idade e ao seu projeto de vida (Neves, 2013).

Seguidamente, procede-se à explicação sumária das principais características dos vários métodos contraceptivos, nomeadamente no que se refere à sua descrição, aos mecanismos de ação, às vantagens/desvantagens e à eficácia. De notar que a referência à eficácia de cada método pressupõe que ele seja usado/aplicado/administrado de forma correta e consistente.

Anticoncepcionais hormonais

Os anticoncepcionais hormonais constituem métodos contraceptivos que contêm hormonas sintéticas, semelhantes às que são produzidas pelos ovários das mulheres (estrogénio e progesterona) diferenciando-se pela composição - dosagem e tipo de hormonas, e pelas vias de administração - oral, subcutânea, intramuscular, vaginal e transdérmica, sendo a oral a mais utilizada (Quadro 1) (OMS & CPC, 2007; WHO, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018).

QUADRO 1 - ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIIS

Anticoncepcional oral (pílula)		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>É constituída por hormonas semelhantes às produzidas pelos ovários.</p> <p>Diferencia-se pela dosagem e tipos de hormonas que a constituem (estrogénio e progestagénio) podendo ser combinada (contém as 2 hormonas).</p> <p>Atua controlando o ciclo menstrual e inibindo a ovulação.</p> <p>Pode dificultar a passagem dos espermatozoides para o útero, porque altera o PH do muco cervical, tornando-o mais espesso.</p> <p>A pílula combinada apresenta elevado grau de eficácia: > 99,0% se usada de forma efetiva; 92,0% como se usa habitualmente.</p> <p>A eficácia da pílula progestativa situa-se entre 90,0% e 97,0%.</p>	<p>Contraceção assegurada durante 28 dias.</p> <p>Regula o ciclo menstrual.</p> <p>Pode diminuir as dores menstruais.</p> <p>Utilização dependente da mulher.</p> <p>Diminui o risco de cancro do endométrio e ovárico.</p> <p>Método temporário e reversível.</p>	<p>Toma diária, sempre à mesma hora.</p> <p>O esquecimento da toma é um dos fatores que mais contribui para a falha do método.</p> <p>Em caso de esquecimento de um só comprimido, se o atraso for inferior a 24 horas tomar logo que possível e continuar a tomar normalmente. No caso de 2 ou mais comprimidos, continuar a tomar, mas associar um método de barreira durante esse ciclo.</p> <p>Em caso de vômito ou diarreia, até 4 horas após a toma do comprimido, tomar outro para repor a dose hormonal.</p> <p>Apenas a pílula com progestativo pode ser usada durante a amamentação.</p> <p>Pode ter efeitos secundários (alterações do padrão menstrual, náuseas e vômitos, cefaleias, alterações do peso corporal e do humor).</p> <p>Deve ser tomada sob vigilância médica.</p> <p>Não previne as IST.</p>
Implante contraceptivo		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Método progestativo de longa duração (3 anos).</p> <p>Pequeno bastonete de silicone flexível, com 4cm de comprimento e 2mm de diâmetro.</p> <p>A inserção é feita subcutânea, na zona interna do braço, sob anestesia local.</p> <p>Liberta de forma continua uma pequena quantidade de hormona (progestagénio) para a corrente sanguínea.</p> <p>Inibe a ovulação e torna mais espesso o muco cervical, dificultando a progressão dos espermatozoides.</p>	<p>Efícaz durante 3 anos, ao fim dos quais pode ser substituído por outro.</p> <p>Pode ser usado durante a amamentação.</p> <p>Utilização independente da mulher.</p> <p>Por ser progestativo pode ser recomendado a mulheres com mais de 35 anos e/ou fumadoras.</p> <p>Não tem risco de interações medicamentosas.</p> <p>Não perde eficácia em caso de vômitos ou diarreia.</p> <p>Método temporário e reversível.</p>	<p>Pode provocar irregularidades menstruais, inclusivamente amenorreia.</p> <p>Após a sua remoção pode levar algum tempo até que os ciclos regularizem.</p> <p>Não previne as IST.</p>

A sua aplicação e remoção devem ser feitos por profissionais de saúde treinados. Eficácia superior a 99,0%.		
Injeção contraceptiva progestativa		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Método progestativo. Existem doses para dois e três meses. Atua de forma idêntica à pílula e ao implante. Administração intramuscular profunda, feita por um profissional de saúde. Elevado grau de eficácia: > 99,0% se usada de forma efetiva; 97,0% como se usa habitualmente.	Proteção de dois a três meses. Utilização independente da mulher. Pode ser usado por mulheres com intolerância ou limitação ao uso de estrogénios. Pode ser usado durante a amamentação, mas apenas 3 semanas após o parto. Não tem risco de interações medicamentosas. Não perde eficácia em caso de vômitos ou diarreia. Método temporário e reversível.	O seu efeito não é reversível no período a que se destina (2 ou 3 meses). Pode provocar irregularidades menstruais, inclusivamente hemorragias contínuas ou amenorreia. Pode causar cefaleias, perda de cabelo, aumento de peso. A fertilidade volta ao nível anterior ao fim de 1 a 4 meses após a última administração da injeção. Não previne as IST.
Injeção contraceptiva combinada		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Constituída por estrogénio e progestagénio. Administrada mensalmente, por via intramuscular. Atua de forma idêntica à pílula e ao implante. Elevado grau de eficácia: > 99,0% se usada de forma efetiva; 97,0% como se usa habitualmente.	Proteção de um mês. Utilização independente da mulher. Não perde eficácia em caso de vômitos ou diarreia. Método temporário e reversível.	Pode provocar irregularidades menstruais. Não previne as IST.
Anel vaginal		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Em forma de anel de silicone, transparente e flexível, com 5mm de diâmetro. Liberta de forma contínua uma pequena quantidade de hormonas (estrogénio e progestagénio) para a corrente sanguínea. Atua de forma idêntica aos outros contraceptivos hormonais. É introduzido na vagina pela mulher, onde deve permanecer durante 3 semanas (21 dias). Depois de 1 semana de intervalo deve ser introduzido novo anel. Tem uma ação e eficácia comparada aos anticoncecionais orais combinados.	Proteção de 28 dias. Fácil de usar, com fraco potencial de esquecimento. Pouca dependência da mulher. Regula o ciclo menstrual. Pode diminuir as dores menstruais. Não perde eficácia em caso de vômitos ou diarreia. Método temporário e reversível.	Pode sair e perder a eficácia (não pode estar fora da vagina mais de 3 horas). Tem os mesmos efeitos secundários que a pílula. Não previne as IST.
Adesivo contraceptivo		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Adesivo fino, discreto, confortável e fácil de usar. Liberta uma dose diária de hormonas (estrogénio e progestagénio) através da pele para a corrente sanguínea. Atua de forma idêntica aos outros contraceptivos hormonais. É aplicado semanalmente durante 3 semanas, seguidas de 1 semana sem	Proteção de 28 dias. Fácil uso, com fraco potencial de esquecimento. Regula o ciclo menstrual, tornando as hemorragias mais curtas. Pode diminuir as dores menstruais. Método temporário e reversível.	Pode descolar pondo em causa a eficácia. Não pode ser usado durante a amamentação. Tem os mesmos efeitos secundários que a pílula. Não previne as IST.

aplicação. Deve ser reaplicado um novo adesivo a cada 4 semanas. Pode ser aplicado na parte de fora do braço, nas costas, no abdômen ou na nádega. Eficácia próxima dos 99,0%.		
Contraceção de emergência hormonal		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Método de recurso, pós-coito, que pode ser utilizado depois de uma relação sexual não protegida ou quando há falha no método usado. Contém apenas progestagénio. A sua ação depende da fase do ciclo em que é usada: inibir ou adiar a ovulação; impedir a fertilização; impedir a nidadação. Não é abortiva. Não existem contraindicações quando usada em situações pontuais. A eficácia é tanto maior quanto mais cedo for feita dentro das 72 horas ou até ao 5º dia (dependendo da forma usada). Não substitui o uso de contraceção regular. Não produz proteção para as relações sexuais subsequentes.	De fácil aquisição e uso. Toma única de 1 comprimido. É a única forma de evitar uma gravidez depois de uma relação sexual desprotegida ou em caso de falha de outro método (3 em 4 gravidezes). Mesmo as mulheres que têm contraindicação para o uso habitual da pílula podem utilizar este método. Não interfere no método habitualmente usado. O retorno à fertilidade é imediato.	Não é tão eficaz quanto o uso de contraceção consistente e regular. Pode provocar náuseas e vômitos (se vômitos até 2 a 3 horas após, repetir a toma). Não previne as IST.

Fonte: OMS & CPC, 2007; WHO, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018

Dispositivos intrauterinos

No que concerne aos dispositivos intrauterinos (DIU) existem dois tipos que se diferenciam, sobretudo, pela sua constituição. Trata-se do Dispositivo Intrauterino, que habitualmente contém Cobre (DIU-Cu) mas que pode conter igualmente prata (ou ambos em simultâneo) e do Sistema Intrauterino com libertação hormonal vulgarmente denominado de SIU ou de DIU hormonal (Quadro 2).

QUADRO 2- DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Dispositivo Intrauterino (DIU)		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Pequeno objeto de plástico, em forma de T, muito flexível que, colocado na cavidade uterina, atua como corpo estranho, desencadeando uma reação inflamatória local.</p> <p>A reação ao cobre provoca espessamento do muco, diminuindo a mobilidade dos espermatozoides e a sua sobrevivência e dificultando a implantação.</p> <p>A aplicação e remoção deve ser feita por profissionais de saúde treinados.</p> <p>Pode ser a opção no desejo ou a necessidade de evitar anticoncepcionais hormonais.</p> <p>Pode ser usado como contraceção de emergência.</p> <p>A eficácia aumenta com o tempo de utilização aproximando-se da laqueação de trompas.</p>	<p>Independente da ação da mulher.</p> <p>Contraceção eficaz de longa duração (até 10 anos) e reversível.</p> <p>Exige apenas controlo clínico anual.</p> <p>Não altera a fertilidade</p> <p>Pode ser usado durante a amamentação.</p> <p>Pode ser retirado a qualquer momento, permitindo a gravidez de imediato.</p> <p>A sua eficácia não é alterada com outros medicamentos.</p>	<p>Aumenta o fluxo menstrual em mais de 50,0% e a dismenorreia.</p> <p>Risco de expulsão de 6,7%, mais comum no 1º ano.</p> <p>Não previne as IST.</p>
Sistema Intrauterino com libertação hormonal (SIU)		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Para além do seu efeito principal equivalente ao DIU, a libertação hormonal (levonorgestrel) inibe a ovulação em cerca de 25,0%.</p> <p>O efeito hormonal é essencialmente local, sendo a absorção sistémica mínima.</p> <p>Diminui a implantação devido à decidualização do endométrio.</p> <p>A eficácia aumenta com o tempo de utilização, sendo praticamente idêntica à laqueação de trompas.</p>	<p>Contraceção eficaz de longa duração (3 e 5 anos) e reversível.</p> <p>Exige apenas controlo clínico anual.</p> <p>Pode ser usado durante a amamentação.</p> <p>Pode diminuir as dores menstruais.</p> <p>Pode ser retirado a qualquer momento, permitindo a gravidez de imediato.</p> <p>A sua eficácia não é alterada com outros medicamentos.</p>	<p>Pode causar alterações do ciclo menstrual, sendo mais frequente a diminuição do fluxo menstrual ou amenorreia.</p> <p>Pode provocar efeitos próprios do progestagénio: tensão mamária, irritabilidade, cefaleias, aumento de peso, <i>spotting</i>, acne.</p> <p>Risco de expulsão de 5,8%, mais comum no 1º ano.</p> <p>Não previne as IST.</p>

Fonte: OMS & CPC, 2007; WHO, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018

Contraceção definitiva ou esterilização

A esterilização feminina e masculina são métodos cirúrgicos que asseguram uma contraceção permanente e definitiva (Quadro 3). Deve ser realizada quando a mulher/casal tem como opção não ter (mais) filhos ou quando existe contra-indicação clínica para a gravidez, sendo indispensável uma decisão livre e esclarecida do casal.

QUADRO 3 - MÉTODOS CIRÚRGICOS

Esterilização feminina		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Pode ser feita por laqueação das trompas de Falópio (corte) ou oclusão tubar (anel) realizada por laparotomia ou laparoscopia, no primeiro caso, ou por histeroscopia, no segundo (nesta sem anestesia geral e incisão cirúrgica). O procedimento bloqueia o trajeto das trompas impedindo a fecundação do óvulo pelos espermatozoides. Eficácia superior a 99,0%.	Anticoncepção permanente. Sem efeito na função hormonal e no ciclo menstrual. Não interfere na amamentação. Não interfere com a libido, com os órgãos sexuais ou o desempenho sexual.	Podem ocorrer complicações cirúrgicas e/ou anestésicas. Não previne as IST.
Esterilização masculina (Vasectomia)		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Consiste na laqueação dos canais deferentes, impedindo a presença de espermatozoides no esperma. Continua a existir ejaculação. Eficácia superior a 99,0%, depois de avaliação do esperma após 3 meses da cirurgia.	Anticoncepção permanente. Não provoca disfunção sexual e não afeta a libido. Procedimento rápido, com anestesia local.	Podem ocorrer complicações cirúrgicas. Necessidade de outro método contraceptivo nas primeiras 20 ejaculações ou nos primeiros 3 meses após o procedimento (para deixar de existir espermatozoides no esperma). Não previne as IST.

Fonte: OMS & CPC, 2007; WHO, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018

Métodos de barreira

Os métodos de barreira podem ser mecânicos (preservativo feminino e masculino e diafragma) ou químicos (espermicida) (Quadro4).

QUADRO 4 - MÉTODOS DE BARREIRA

Preservativo Feminino		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Tem a forma de tubo, com um anel flexível em cada extremidade. O anel do lado fechado deve ser colocado na vagina, empurrando-o para trás do osso púbico. Assegurar que o anel externo e parte do preservativo ficam fora da vagina e sobre a vulva. Atua como barreira impedindo que os espermatozoides entre na vagina e atinjam o óvulo.	É um método cuja utilização depende da mulher. Ausência de efeitos secundários ou contraindicações. Pode ser colocado na vagina até 8 horas antes da relação sexual. É mais resistente que o preservativo masculino de látex. Permite um controlo de eficácia imediato. Contraceção a curto prazo.	Dificuldade de aprendizagem da técnica correta da inserção. Pelo facto de implicar manipulação genital, torna-se num método pouco confortável para algumas mulheres. O anel interior pode causar desconforto durante o coito. Pode ocasionar alergia ao poliuretano. Não pode ser usado em simultâneo com o preservativo masculino.

Deve ser utilizado uma única vez. Usado corretamente e de forma consistente tem uma eficácia de 90,0%; comumente atinge 79,0%.	Protege das IST.	Nem sempre é de fácil acesso. Mais dispendioso que o preservativo masculino.
Preservativo Masculino		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Pode ser constituído por látex ou poliuretano e outros plásticos: O primeiro é o mais utilizado, possui vários tamanhos, espessuras, cores e formas;</p> <p>O segundo tem maior taxa de rutura ou deslocação e, por isso, menor proteção às IST.</p> <p>Capacidade contraceptiva igual nos dois tipos.</p> <p>Atua como barreira impedindo que os espermatozoides entrem na vagina e atinjam o óvulo.</p> <p>Deve ser colocado no pénis ereto antes de qualquer contato genital e retirado logo após a ejaculação.</p> <p>Deve ser utilizado uma única vez. Usado corretamente e de forma consistente tem uma eficácia de 98,0%; comumente atinge 85,0%.</p>	<p>Ausência de efeitos colaterais e sistémicos.</p> <p>Facilidade de uso.</p> <p>Fomenta a participação masculina na contraceção e na prevenção de IST.</p> <p>Ideal para dupla proteção (associação a outro contraceptivo).</p> <p>Pode contribuir para prevenção da ejaculação precoce.</p> <p>Fácil aquisição.</p> <p>Permite um controlo de eficácia imediato.</p> <p>Contraceção a curto prazo.</p> <p>Protege das IST.</p>	<p>Pode ocasionar alergia ao lubrificante e/ou látex (pouco frequente).</p> <p>O uso associado ao espermicida pode aumentar a incidência de infeções.</p> <p>Ocorrência de rutura durante o coito ou deslocação e retenção na vagina.</p>
Diafragma		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Dispositivo côncavo de látex ou silicone, com borda flexível, o que facilita a introdução no interior da vagina.</p> <p>Reveste a base do colo uterino, impedindo a passagem dos espermatozoides.</p> <p>O tamanho do diafragma deve ser determinado em exame ginecológico.</p> <p>Deve ser mantido no lugar pelo menos 6 horas depois do coito, mas não mais do que 24 horas.</p> <p>Pode ser reutilizado diversas vezes, devendo ser lavado com sabão neutro, seco e guardado em recipiente próprio.</p> <p>Deve ser usado com um creme espermicida, aplicado 15 a 20 minutos antes da relação sexual.</p> <p>Eficácia baixa, podendo atingir um índice de falha de 20,0%.</p>	<p>É controlado pela mulher</p> <p>Não possui efeitos hormonais.</p> <p>Fácil utilização, depois de aprendido o procedimento.</p> <p>Pode ser colocado até 6 horas antes da relação sexual.</p> <p>Não interfere com o ato sexual.</p> <p>Tem uma duração média de 2 anos.</p> <p>Diminui o risco de doença inflamatória pélvica (DIP).</p>	<p>Não pode ser usado por mulheres que tenham problemas no colo do útero ou sensíveis ao látex.</p> <p>Aumenta o risco para infeção urinária e corrimento vaginal.</p> <p>Necessário reavaliar o tamanho do diafragma quando ocorrem alterações acentuadas de peso corporal, aborto do 2º trimestre, parto, cirurgia pélvica.</p> <p>Exige o uso correto em toda relação sexual para se obter máxima eficácia.</p> <p>Não previne as IST.</p>
Espermicida		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Composto por substâncias que diminuem a capacidade de fecundação dos espermatozoides.</p> <p>Pode apresentar-se sob a forma de creme, gel, espuma, comprimidos vaginais, esponja, cone ou membrana.</p> <p>Deve ser introduzido profundamente na vagina.</p>	<p>Ausência de efeitos colaterais e sistémicos.</p> <p>Utilização fácil.</p> <p>Pode aumentar a lubrificação vaginal.</p>	<p>Pode provocar reações alérgicas ou irritativas na mulher ou no homem.</p> <p>Interfere com o coito.</p> <p>Alguns espermicidas devem ser colocados 10 minutos antes da relação sexual.</p> <p>Associado a um maior risco de infeção urinária.</p> <p>Baixa eficácia.</p>

Deve ser usado em associação com outro método contraceptivo. Taxa prevista de falhas no 1º ano entre 6,0% a 26,0%.		Não previne as IST.
---	--	---------------------

Fonte: OMS & CPC, 2007; WHO, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018

Métodos naturais

Os métodos naturais são baseados na perceção da fertilidade, exigindo a abstinência periódica das relações sexuais, pelo que pressupõem a regularidade do ciclo menstrual, a aceitação das características de cada método e o autocontrolo dos parceiros sexuais, pois o uso correto e consistente exige a colaboração de ambos (OMS & CPC, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018).

Todos os métodos naturais implicam que a mulher aprenda a identificar o período fértil, pelo que é exigido uma observação cuidada das alterações fisiológicas do corpo, bem como o registo de qualquer situação que possa comprometer o desenvolvimento habitual do ciclo menstrual, como no caso de alguma medicação ou na ocorrência de infeções. O número de dias de abstinência sexual varia de acordo com a duração do ciclo da mulher (OMS & CPC, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018).

Antes de se passar à exposição dos vários tipos de métodos de barreira, procedemos a uma breve descrição de alguns aspetos da fisiologia reprodutiva que são significativos para a sua eficácia.

Fases do ciclo menstrual

A contraceção natural baseia-se nos princípios do ciclo menstrual, tendo em conta as suas diversas fases, utilizando-se para o efeito estratégias diferentes com o objetivo de impedir o contacto com as duas células germinativas (Neves, 2013).

De uma forma simplificada pode-se afirmar que o ciclo menstrual decorre de um conjunto de simultâneas e complexas ocorrências no endométrio, no hipotálamo, na hipófise e nos ovários. As diferentes fases do ciclo menstrual e respetivas alterações fisiológicas são

reguladas pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovário, conduzindo à preparação dos ovários e do útero para a gravidez (Lowdermilk & Perry, 2006; Neves, 2013).

Duração média do ciclo menstrual

A duração média do ciclo menstrual muda ao longo do ciclo fértil feminino atingindo o pico máximo entre os 25 e os 30 anos (momento a partir do qual os ciclos começam a ser mais curtos), porém o intervalo de tempo varia, na maioria das mulheres, entre os 21 e os 35 dias (Neves, 2013).

Período fértil

O intervalo temporal em que pode ocorrer uma gravidez, em caso de uma relação desprotegida, é conhecido como período fértil. O período mais seguro para se ter relações desprotegidas ocorre entre o momento em que o óvulo degenera tornando-se inviável (cerca de 24 a 36 horas depois da ovulação) e o início do próximo período menstrual, o que significa um intervalo de segurança de 10 a 12 dias nas mulheres com ciclo ovulatório cerca de 28 dias. Para que uma relação sexual ocorrida um ou dois dias antes da menstruação leve a uma gravidez seria necessária a ocorrência simultânea de várias situações improváveis, como uma ovulação muitíssimo precoce e um espermatozoide de altíssima qualidade, que gerasse espermatozoides viáveis por pelo menos sete dias (OMS & CPC, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; WHO, 2018).

É importante que as mulheres que não querem engravidar saibam determinar o seu período fértil, para que em situações de relações sexuais desprotegidas possam perceber se o ato sexual ocorreu em um período de elevado risco de gravidez ou para escolher os dias mais seguros, se quiser ter relações sexuais sem proteção (*idem*).

Para se calcular o período fértil deve-se ter em consideração que a mulher tem uma ovulação por mês, 14 dias antes da menstruação seguinte, o óvulo é viável cerca de 2 dias após a ovulação e o espermatozoide pode ser fecundante durante 3 a 5 dias após a ejaculação. Considerando a duração dos ciclos menstruais (pelo menos 6 ciclos) calcula-se o período fértil subtraindo 10 dias ao número de dias do ciclo mais longo e 20 dias ao número de dias

do ciclo mais curto. Contudo, a maioria das mulheres não sabe quando ovulou e não consegue ter a certeza do dia exato em que a próxima menstruação ocorrerá, o que se torna num obstáculo para a prevenção da gravidez indesejada, no caso de relações sexuais não protegidas ou em situação de incidente com o método contraceptivo usado (*idem*).

Passamos a descrever os vários tipos de métodos naturais (Quadro 5).

QUADRO 5 - MÉTODOS NATURAIS

Método com base no calendário (Ogino-Knauss)		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Consiste em determinar o período fértil e limitar a realização do ato sexual ao ciclo menstrual feminino, durante o qual o risco de concepção é menor.</p> <p>Eficácia habitual cerca de 75,0%, podendo aproximar-se de 91,0% se realizado de forma correta e efetiva.</p>	<p>Ausência de efeitos colaterais e sistêmicos.</p>	<p>Deve ser usado com precaução em caso de alguma terapêutica (ansiolíticos, antidepressivos, anti-inflamatórios não esteroides, determinados antibióticos).</p> <p>Abstinência sexual desde o dia 8 a 19 de cada ciclo.</p> <p>O uso correto e efetivo exige a colaboração do casal.</p> <p>Baixa eficácia com uma prática típica comum.</p> <p>Não previne as IST.</p>
Método da temperatura basal		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Tem como base o aumento da temperatura basal (pelo menos 0,5°C) após a ovulação.</p> <p>A mulher deve registar a sua temperatura corporal todos os dias de manhã, antes de se levantar (após 6 horas de sono).</p> <p>A relação sexual desprotegida é aconselhada após os 3 dias inteiros com elevação da temperatura.</p> <p>Eficácia habitual cerca de 75,0%, podendo aproximar-se de 99,0% se realizado de forma correta e efetiva.</p>	<p>Ausência de efeitos colaterais e sistêmicos.</p>	<p>Deve ser usado com precaução em situações que podem fazer alterar a temperatura corporal, depois de um aborto e na pré menopausa.</p> <p>Abstinência sexual desde o primeiro dia da menstruação até 3 dias após a temperatura da mulher ter subido acima da sua temperatura regular.</p> <p>O uso correto e efetivo exige a colaboração do casal.</p> <p>Baixa eficácia com uma prática típica comum.</p> <p>Não previne as IST.</p>
Método do muco cervical		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
<p>Impede a gravidez se não existir coito durante os dias férteis, pelo que é necessário determinar o período fértil segundo as características do muco cervical:</p> <p>No período peri-ovulação é mais claro, abundante e com maior elasticidade;</p> <p>No período fértil corresponde ao 1º dia em que o muco se torna filante e transparente, prolongando-se pelo menos 3 dias após a filância máxima;</p> <p>Após a ovulação o muco é mais viscoso, opaco e menos abundante.</p> <p>Eficácia habitual cerca de 86,0%, podendo aproximar-se de 96,0% se realizado de forma correta e efetiva.</p>	<p>Ausência de efeitos colaterais e sistêmicos.</p>	<p>Abstinência sexual durante os dias do muco filante até 2 dias após sem qualquer secreção.</p> <p>O uso correto e efetivo exige a colaboração do casal.</p> <p>Baixa eficácia com uma prática típica comum.</p> <p>Não previne as IST.</p>

Método sintotérmico		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Consiste em determinar os dias férteis relacionando os métodos da temperatura basal, do muco vaginal e da consistência do colo uterino (abaulamento). Eficácia habitual cerca de 86,0%, podendo aproximar-se de 96,0% se realizado de forma correta e efetiva.	Ausência de efeitos colaterais e sistêmicos.	Requer longos períodos de abstinência sexual. O uso correto e efetivo exige a colaboração do casal. Não previne as IST.
Método do dia standard		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Define o período fértil do 8º ao 19º dia. Só usado no caso de mulheres com ciclos de 26 até 32 dias. Eficácia habitual cerca de 75,0%, podendo aproximar-se de 99,0% se realizado de forma correta e efetiva.	Ausência de efeitos colaterais e sistêmicos.	Requer longos períodos de abstinência sexual. O uso correto e efetivo exige a colaboração do casal. Não previne as IST.
Amenorreia lactacional		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Método temporal baseado no efeito natural da amamentação sobre a fecundidade. Usado no pós-parto por mulheres que estão em amenorreia, a fazer amamentação exclusiva (com intervalo entre mamadas inferior a 6 horas) com crianças com menos de 6 meses de idade. Eficácia habitual cerca de 98,0%, chegando a 99,0% se realizado de forma correta e efetiva.	Ausência de efeitos colaterais e sistêmicos.	Não previne as IST.
Coito interrompido (“coitus interruptus”)		
Descrição	Vantagens	Desvantagens
Não se considera propriamente um método contraceptivo. Consiste em o homem retirar o pénis da vagina antes de ejacular, certificando-se que o sémen não entra em contacto com os genitais externos femininos. Eficácia habitual cerca de 73,0%, podendo aproximar-se de 96,0% se realizado de forma correta e consistente.	Ausência de efeitos colaterais e sistêmicos. Pode ser utilizado em qualquer altura do ciclo.	É um dos métodos menos eficazes, porque pode haver saída de espermatozoides antes da ejaculação e porque, por vezes, é difícil determinar corretamente quando se deve retirar o pénis. Requer autocontrolo do homem. Não previne as IST.

Fonte: OMS & CPC, 2007; WHO, 2007; Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013; Simões, 2016; WHO, 2018

4. QUESTÕES DE GÉNERO NA CONTRACEÇÃO

Antes de se abordar as questões de género na contraceção consideramos ser importante clarificar alguns conceitos em torno de “sexo” e de “género”.

4.1. Conceito de sexo *versus* género

Para Kime Nafziger (2000 *apud* Prazeres, 2008: 24) “[...] as diferenças de sexo representam as diferenças entre homens e mulheres, as quais incluem o que difere dos pontos de vista genético, hormonal, reprodutivo e físico; [...] as diferenças de género descrevem a variabilidade entre homens e mulheres que é atribuível às influências ambientais, como a sociedade, a cultura e a história”.

Desta forma, o género é construído social e culturalmente a partir das diferenças percebidas entre os sexos e de comportamentos coletivamente determinados, concebidos e reproduzidos no interior das sociedades, constituindo-se como a primeira forma de dar significado às relações de poder (Ramos, 2004, 2010, 2012b, c, 2015; Couto & Schraiber, 2005; Louis, 2005; Prazeres, 2008; WHO, 2009, 2010; Sato & Hoga, 2011; Penna, 2014).

Esta definição revela as diferentes dimensões de comparação entre homens e mulheres, reforçando a ideia de dualismo comportamental e psicológico intrínseco aos dois sexos, associando por um lado o sexo à dimensão biológica (sexo masculino e feminino) e, por outro, o género à dimensão psicossocial e cultural (*idem*). A conceção de o género ser socialmente construído encontra-se bem expresso por Butler (2017: 62) quando afirma que a “distinção entre sexo e género sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e géneros culturalmente construídos”.

Embora sexo e género não signifiquem a mesma coisa, encontram-se interligados como determinantes de saúde, condicionando

“a exposição a factores de risco; o acesso à informação e o entendimento sobre a prevenção, o controlo e a vivência das doenças; a experiência subjectiva da doença e o significado social da mesma; as atitudes pessoais em relação à preservação da própria saúde e à dos outros elementos da família; os padrões de utilização dos serviços e a percepção sobre a qualidade dos cuidados; o processo de

prestação de cuidados; a efectividade e a qualidade de resposta às necessidades específicas dos utilizadores, de ambos os sexos” (Women’s Health Association of Victoria, 2001 *apud* Prazeres 2008: 103).

Considerando que o género regula o comportamento das mulheres e dos homens, face à forma como vivenciam e controlam a saúde e experienciam a doença, bem como as atitudes pessoais em relação à preservação da própria saúde e a utilização dos serviços de saúde, iremos seguidamente fazer uma breve análise do significado da prática contraceptiva segundo o género. Pretende-se, desta forma, compreender qual o comportamento e a atitude das mulheres e homens face à contraceção e ao uso de métodos contraceptivos.

4.2. A contraceção segundo o género

Apesar das Conferências internacionais incluírem o homem como participante ativo na saúde sexual e reprodutiva, concretamente com o alerta da Conferência de Beijing para a importância da divisão da responsabilidade pela anticoncepção entre ambos os sexos, o aparecimento e desenvolvimento dos anticoncepcionais hormonais na década de 1960 e o acesso crescente das mulheres aos métodos contraceptivos, tem colocado o ónus da contraceção na responsabilidade da mulher, tanto na sua utilização como no insucesso da mesma (Toneli, 2004; Almeida & Vilar, 2008; Cabral, 2017).

Também MacLaren (1990, *apud* Almeida & Vilar, 2008: 35) atribui o fraco envolvimento dos homens na contraceção ao aparecimento da pílula que, apesar de trazer um enorme progresso científico, passou a ser usada massivamente fazendo com que os homens ficassem “naturalmente contentes por se verem livres de uma vez por todas de qualquer responsabilidade pelo controlo dos nascimentos.”

Desta forma, os estudos sobre contraceção têm-se caracterizado por um enfoque quase exclusivo sobre as mulheres, “[...] como se gravidez e contraceção não implicassem também os homens” revelando as “[...] assimetrias de género na esfera da reprodução” (Cabral, 2017: 1095).

Porém, são por vezes as próprias mulheres que assumem a contraceção como atividade de sua responsabilidade, reservando para o companheiro uma função secundária, como indicam Carvalho, Pirotta e Schor (2001). Segundo o seu estudo, realizado na Região Sul do Município de São Paulo, as mulheres, usando maioritariamente métodos femininos de alta eficácia (pílula, injeção e DIU) interpretaram a participação masculina na contraceção como uma atividade de apoio do parceiro na aquisição e toma da pílula, no uso eventual de um método masculino, quando a mulher necessita suspender temporariamente o uso do seu contraceativo ou, ainda, pela opinião sobre o número de filhos desejados.

Neste mesmo sentido, o estudo de Minella (2005) realizado em várias regiões do Brasil, revela que são poucas as mulheres que admitem ter algum apoio por parte dos parceiros, no que respeita ao diálogo e tomada de algumas decisões em conjunto sobre contraceção. Ao invés, a maioria considera a participação masculina nesta área praticamente inexistente, justificando esta atitude com a falta de tempo, de interesse e de informação sobre o tema e com o facto de ser considerado como assunto de mulheres.

Por sua vez, o estudo de Duarte (1998 *apud* Minella, 2005) realizado numa Universidade do Rio de Janeiro revelou que a participação masculina na área da reprodução e contraceção era muito significativa, sendo que cerca de metade (54,0%) dos métodos contraceativos usados exigiam a participação do homem. Considera-se que o facto de a amostra ser constituída por indivíduos com escolaridade média/elevada pode explicar a discrepância destes resultados relativamente às diversas investigações que colocam o ónus da anticoncepção como uma atividade predominantemente feminina

Um estudo de Marcolino e Galastro (2001) que compara as visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planeamento familiar, revela que ambos consideram importante a sua prática, embora apontando razões diferentes. Enquanto a mulher pretende reduzir o número de filhos para atenuar o trabalho doméstico e aumentar a possibilidade da sua inserção no mercado de trabalho, o homem considera importante a dissociação entre a relação sexual e a reprodução e, ainda, manter a capacidade financeira para sustentar a família.

Quanto à prática contraceativa, propriamente dita, as opiniões entre géneros também diferem. Os homens preocupam-se com os efeitos secundários que possam causar nas suas

companheiras, mas recusam-se a usar preservativo. As mulheres preocupadas, também, com as alterações orgânicas que os anticoncepcionais lhes podem causar, face à recusa dos companheiros usarem preservativo, acabam por optar pela laqueação tubária (*idem*).

Ringhein (1993 *apud* Carvalho, Pirotta & Schor, 2001) afirma, ainda, que os motivos pelos quais os homens resistem em participar em atividades de planeamento familiar e, até mesmo, que as suas companheiras usem contraceptivos, devem-se à associação entre virilidade e fertilidade, receio da diminuição da sua autoridade masculina, predisposição das mulheres à infidelidade, medo de possíveis efeitos secundários dos métodos contraceptivos e razões religiosas.

Na perspetiva de Morais *et al.* (2014: 659) as mulheres percecionam a contribuição masculina na contraceção como insuficiente, reconhecendo que a sua participação seria vantajosa neste processo, embora algumas mostrem “aceitação diante da ausência do homem, não cobrando esse envolvimento”.

Por sua vez, o estudo realizado em um Município do Ceará por Santos *et al.* (2016) revelou, igualmente, que somente as mulheres se responsabilizavam pela prevenção da gestação. As mulheres usavam essencialmente a injeção contraceptiva e a pílula (apesar de estarem conscientes do risco de gravidez indesejada por esquecimento frequente na toma do contraceptivo oral) porque lhes desagradava “esteticamente” o uso do preservativo feminino e, também, porque os seus parceiros não gostavam de usar preservativo masculino.

O estudo realizado em Portugal por Almeida e Vilar (2008) no âmbito da saúde reprodutiva dos homens portugueses, revelou que, apesar de os participantes demonstrarem uma atitude positiva face à contraceção, preocuparem-se com o controlo da natalidade e a prevenção das gravidezes não oportunas, não apresentavam um efetivo envolvimento masculino no uso de contraceção, pois identificam a saúde reprodutiva como uma área feminina em relação à qual os homens desempenham funções claramente secundárias.

O mesmo estudo revela, ainda, que existe um défice real nos conhecimentos masculinos sobre contraceção e métodos contraceptivos. Os participantes demonstraram conhecer os métodos mais usados e os mais abordados pela comunicação social, como a pílula, o preservativo e a contraceção de emergência. Os métodos menos referidos foram a

vasectomia, os espermicidas, o preservativo feminino, a abstinência periódica e o diafragma, sendo que o adesivo, o anel vaginal e o implante eram praticamente desconhecidos (Almeida & Vilar, 2008).

5. CONHECIMENTOS TRADICIONAIS SOBRE CONTRACEÇÃO

De acordo com Leininger, autora da Teoria dos Cuidados Culturais, toda a cultura humana é constituída por conhecimentos (de senso comum, tradicional ou nativo) e práticas relativas à saúde apreendidas, partilhadas e transmitidas, pelo que o conhecimento tradicional faz parte da cultura de cada indivíduo (Lopes, 2007; Silva & Silva, 2009).

As crenças e práticas baseadas no saber popular e em experiências empíricas são adotadas por meio da crença na ação terapêutica dos recursos utilizados, destinados à manutenção da saúde e à cura de doenças ou para ajudar em situação de morte (Leininger & Mcfarland, 2006 *apud* Silva & Silva, 2009).

Silva e Silva (2009) reforçam a importância do saber tradicional adquirido através de várias gerações e a forma como pode influenciar a prática contracetiva das mulheres. As autoras apresentam os resultados de um estudo numa população da Amazônia, onde um grupo considerável de mulheres, grandes multíparas, que tinham enfrentado gestações imprevistas e precoces (maioritariamente entre os 13 e os 17 anos) sem apoio familiar, desconheciam os aspetos ligados ao período menstrual e ao processo de gravidez, sendo que muitas acreditavam numa ação divina na conceção. Apesar da maior parte das mulheres não querer ter mais filhos usavam chás e remédios caseiros e tabelas sem fundamento científico como contracetivos.

Apresentam-se, seguidamente, os principais mitos e crenças que podem determinar a forma como os indivíduos encaram a contraceção e os métodos contracetivos. Posteriormente, abordar-se-á os aspetos culturais associados à saúde.

5.1. Mitos e crenças

O conceito de “mito” tem tido diversas aceções ao longo da História, de acordo com a sua evolução semântica, dos seus distintos valores e das múltiplas significações que adquiriu ao longo de diferentes usos e interpretações. Resultando da “fusão” entre a mitologia, a filosofia e a ciência, muitos historiadores e filósofos, como o caso de Sócrates, Platão, Comte e Lévi-Strauss, dedicaram-se ao estudo do seu significado para os indivíduos e para as sociedades (Cruz, n.d.; Oliveira, 2005; Furtado, 2011).

Por mais lendários que possam parecer, os mitos são as únicas referências que possibilitam conhecer e explicar a origem, a formação e o passado da humanidade, fazendo compreender o presente e projetar o futuro. Desta forma, os mitos servem de modelo e de referência para toda a atividade humana, possuindo uma dimensão de eficácia através do rito, isto é, o modo como o mito é posto em ação pelo indivíduo através de cerimônias, danças, orações e sacrifícios (*idem*).

Já na sociedade moderna, os especialistas defendem uma abordagem dos mitos muito diversa. Na tentativa de compreender a importância do mito no cotidiano das pessoas, as ciências sociais e mais propriamente a etnologia, passaram a considerar o mito como provedor de modelos para o comportamento humano, conferindo-lhe significado e valor para a existência humana (Eliade, 1986 *apud* Oliveira, 2005). Neste seguimento, Maciel (2000 *apud* Hallwass, 2003: 24) considera que “o homem não é o criador dos mitos, mas sim é este que é criado por eles”. Patai (1974: 14) reforça esta ideia afirmando que “o mito não só valida e autoriza costumes, ritos, instituições, crenças, mas também, muitas vezes, é diretamente responsável pela sua criação”.

Por sua vez, é a crença que “dá ao mito o extraordinário poder de influenciar as nossas vidas [...]” pois para que “o mito exerça alguma influência sobre as pessoas, estas precisam de acreditar na verdade que o mito afirma.” (*ibidem*). Também Ortega y Gasset (2010: 5) refere que crenças “no son ideas que tenemos, sino ideas que somos”.

Tal como aconteceu com a palavra “mito”, também a “crença” tem tido variadíssimas interpretações ao longo da história da humanidade, apesar de perpetuar a ideia de que as crenças seriam formas inferiores de conhecimento, pelo que não mereciam reconhecimento científico. Só muito recentemente as ciências sociais, nomeadamente os estudos na área da Etnologia e da Antropologia, com enfoque numa perspectiva de diversidade cultural, vieram trazer a debate as ideias egocêntricas e hegemónicas acerca da validade da “crença” como um sistema cultural que a justifica e lhe confere sentido (Ortega y Gasset, 2010).

Anuindo que a “crença” é o ato ou efeito de crer, constituído de convicções íntimas não fundadas racionalmente, orientando o pensamento intelectual de cada indivíduo e regulando a sua vida e o seu comportamento (Ortega y Gasset, 2010; Furtado, 2011) consideramos

importante conhecer as crenças mais frequentes sobre a contraceção e os métodos contraceptivos, bem como a sua importância na prática contraceptiva da mulher/casal.

Estando a contraceção fortemente ligada à expressão da sexualidade e às relações sexuais, é importante reconhecer a influência das crenças e mitos segundo o género, exatamente porque existem diferenças nas normas de comportamento sexual entre homens e mulheres (Almeida & Vilar, 2008; Coutinho & Moleiro, 2017).

O estudo, já citado anteriormente, de Almeida e Vilar (2008) revela que as crenças masculinas recaem sobre os métodos contraceptivos essencialmente masculinos, como a interferência do preservativo masculino na relação sexual e no prazer sexual e a vasectomia como castração ou diminuição da virilidade.

Relativamente ao preservativo, existem algumas diferenças entre homens e mulheres no uso deste método, bem como nas crenças e comportamentos que lhe estão associados. Os homens apresentam, habitualmente, uma menor utilização do preservativo em relações vaginais do que as mulheres, registando-se maior consistência do seu uso em relações casuais do que em relações estáveis (Gomes, 2010).

Mais recentemente, Coutinho e Moleiro (2017) descrevem os resultados de vários estudos sobre a sexualidade, realizados com adolescentes ou jovens adultos, que revelam que, apesar de existirem crenças comuns aos dois géneros, como por exemplo “com o coito interrompido é impossível engravidar”, existem crenças díspares entre homens e mulheres que influenciam os seus comportamentos sexuais, nomeadamente as atitudes e práticas face à contraceção e aos métodos contraceptivos.

Como se verifica no Quadro 6, as mulheres focam essencialmente os aspetos da eficácia dos anticoncecionais orais e os seus efeitos secundários, enquanto os homens relacionam o preservativo com o prazer na relação sexual e atribuem a responsabilidade contraceptiva e o seu insucesso à mulher.

QUADRO 6 - CRENÇAS SOBRE A CONTRACEÇÃO E OS MÉTODOS CONTRACETIVOS DE ACORDO COM O GÉNERO

Género feminino	A pílula engorda. As pílulas mais fracas são menos seguras. Tomar a pílula muito tempo pode trazer dificuldade em engravidar.
Género masculino	O preservativo retira todo o prazer sexual. A mulher é a responsável pela contraceção e pelas consequências de uma gravidez.

Fonte: Coutinho e Moleiro, 2017

Face à crença de que o preservativo interfere no prazer sexual e na própria relação sexual, vários estudos têm revelado que os rapazes e jovens adultos masculinos acabam por se envolver mais frequentemente em comportamentos sexuais de risco do que as jovens mulheres (Almeida & Vilar, 2008; Coutinho & Moleiro, 2017).

Muito se tem escrito sobre crenças associadas à saúde sexual e reprodutiva e à contraceção, quer num sentido mais amplo, quer focando especificamente um método contracetivo ou um grupo deles. Contudo, a maioria desses estudos têm como foco adolescentes ou jovens adultos, sendo frequente os inquéritos realizados em contexto escolar desde o ensino básico até ao universitário. Paralelamente aos estudos científicos, a literatura informal tem tido um lugar de destaque sobre o tema, surgindo desta forma uma panóplia de mitos e crenças sobre contraceção e métodos contracetivos.

Assim, ao pretender-se fazer uma síntese sobre o assunto, apresentamos no Quadro 7 os mitos relacionados com os diversos métodos contracetivos, numa abordagem de desmitificação dos mesmos, segundo o Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde (OMS & CPC, 2007) e o Consenso sobre Contraceção (Pacheco *et al.*, 2011).

QUADRO 7 - DESMITIFICANDO ALGUNS MITOS RELACIONADOS COM OS MÉTODOS CONTRACETIVOS

Anticoncepcionais orais combinados
Não é necessário um “descanso” extra para além da semana de pausa entre os blisters.
Não se acumulam no corpo da mulher.
Devem ser tomados diariamente, independente da mulher ter feito sexo naquele dia.
Não causam infertilidade.
Não provocam malformações de nascença ou múltiplos nascimentos.
Não alteram o comportamento sexual da mulher.
Não interrompe uma gravidez já existente.
Pílulas só de progestagénio
Não fazem com que o leite de uma mulher que amamenta seque totalmente.
Devem ser ingeridas diariamente, independente da mulher ter feito sexo naquele dia.
Não causam infertilidade.
Não provocam diarreia em crianças amamentadas.
Reduzem o risco de gravidez ectópica.
Pílulas anticoncepcionais de emergência
Não provocam aborto.
Não causam malformações de nascença no caso em que ocorra gravidez.
Não representam perigo à saúde da mulher.
Não promovem condutas sexuais de risco.
Não causam infertilidade.
Injetáveis progestativos/combinados
Ajudam a interromper a menstruação, situação que não é prejudicial, sendo semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez.
O sangue não fica acumulado dentro da mulher.
Não causam infertilidade.
Não provocam menopausa precoce.
Não causam malformações de nascença ou múltiplos nascimentos.
Não provocam prurido.
Não alteram o comportamento sexual da mulher.
Não estão em fase experimental de estudo. Já foram aprovados pelas agências governamentais.

Implantes contraceptivos
<p>Param de funcionar assim que são removidos.</p> <p>Podem fazer a menstruação parar, situação que não é prejudicial, sendo semelhante a não ficar menstruada durante a gravidez.</p> <p>O sangue não fica acumulado dentro da mulher.</p> <p>Não causam infertilidade.</p> <p>Reduzem substancialmente o risco de gravidez ectópica.</p> <p>Não se deslocam para outras partes do corpo.</p>
Dispositivos intrauterinos
<p>Nulíparas não podem usar.</p> <p>Aumenta o risco de infertilidade.</p> <p>Aumenta o risco de Doença Inflamatória Pélvica (DIP)</p> <p>Não é um contraceptivo eficaz.</p>
Esterilização feminina
<p>Não retira o útero da mulher ou leva à necessidade de removê-lo.</p> <p>Não enfraquece as mulheres.</p> <p>Não provoca dor duradoura nas costas, no útero ou no abdómen, nem desequilíbrios hormonais.</p> <p>Não causa menstruação mais intensa ou irregular, nem altera os ciclos menstruais das mulheres.</p> <p>Não provoca alterações no peso, no apetite ou na aparência.</p> <p>Não altera o comportamento sexual da mulher ou seu desejo sexual.</p> <p>Reduz substancialmente o risco de gravidez ectópica.</p>
Vasectomia
<p>Não remove os testículos, permanecendo intactos.</p> <p>Os tubos que transportam o esperma vindo dos testículos são bloqueados.</p> <p>Não diminui o desejo sexual e não afeta a função sexual.</p> <p>A ereção dura o mesmo tempo e a ejaculação mantém-se sem alterações.</p> <p>Não faz com que um homem engorde ou se torne mais fraco, menos masculino ou menos produtivo.</p> <p>Não provoca quaisquer doenças no futuro.</p>
Preservativos masculinos
<p>Não são difíceis de utilizar, mas o uso correto precisa ser aprendido.</p> <p>Não tornam o homem estéril, impotente ou fraco.</p>

<p>Não diminuem o desejo sexual do homem.</p> <p>Não se perdem dentro do corpo da mulher.</p> <p>Não estão relacionados com o VIH.</p> <p>Não possui orifícios pelos quais o VIH possa passar.</p> <p>Não provocam doença no homem ou na mulher porque o sémen “fica retido.”</p> <p>Preservativos lubrificadas com espermicida não são mais eficazes na prevenção da gravidez ou das IST.</p> <p>Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento.</p>
Preservativos femininos
<p>Não são difíceis de utilizar, mas o uso correto precisa ser aprendido.</p> <p>Não se perdem no corpo da mulher.</p> <p>Não possui orifícios pelos quais o HIV possa passar.</p> <p>Não se destinam exclusivamente ao uso fora do casamento.</p> <p>Não provocam doença numa mulher porque impedem o sémen de entrar em seu corpo.</p>
Espermicidas
<p>Não reduzem as secreções vaginais ou fazem as mulheres sangrarem durante o ato sexual.</p> <p>Não interrompem a menstruação.</p> <p>Não causam cancro cervical ou malformações de nascença.</p> <p>Não são antimicrobianos.</p> <p>Não alteram a libido nem reduzem o prazer sexual.</p> <p>O uso do espermicida isolado não é tão seguro na contraceção como os métodos de barreira.</p> <p>Não protegem das Infecções Sexualmente Transmissíveis.</p>
Diafragmas
<p>Não afetam as sensações na relação sexual.</p> <p>A maioria dos homens não relata sentir o diafragma durante a relação sexual.</p> <p>Não conseguem passar pelo canal cervical, entrar no útero ou de alguma forma se perder no corpo da mulher.</p> <p>Não causam cancro cervical.</p>
Métodos baseados na percepção da fertilidade
<p>Podem ser muito eficazes se usados de forma correta e consistente.</p> <p>Não requerem que a pessoa saiba ler ou tenha escolaridade superior.</p> <p>Não prejudicam os homens que se abstém de fazer sexo.</p>

Não funcionam quando o casal se engana a respeito de quando ocorre o período fértil, tal como quando acham que ele ocorre durante a menstruação.
Método da amenorreia lactacional
É altamente eficaz quando a mulher cumpre os critérios de amamentação exclusiva, criança com menos de 6 meses de idade, quando a mulher ainda não teve nenhuma menstruação após o parto.
É igualmente eficaz entre mulheres gordas ou magras.
Pode ser usado por mulheres com nutrição normal.
Não são necessários alimentos especiais.

Fonte: Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde (OMS & CPC, 2007) e Consenso sobre Contraceção 2011 (Pacheco *et al.*, 2011).

6. A TOMADA DE DECISÃO EM CONTRACEÇÃO

A escolha contraceptiva revela-se uma decisão complexa, marcada por várias considerações que têm sido analisadas ao longo do tempo por diversos autores, embora com enfoque em diferentes vertentes, algumas por vezes controversas.

O estudo da problemática da decisão em contraceção deve ter em conta que se trata da adesão a uma espécie de regime terapêutico por um longo período, implicando um determinado comportamento periódico e sistemático (Costa & Leal, 2005).

Nesta perspetiva, alguns autores alertam para a importância de reconhecer que a adesão a uma terapêutica ou tratamento pode ser diferente entre os indivíduos, assim como o mesmo indivíduo pode aderir de forma distinta em diferentes momentos da sua vida, pelo que se torna importante conhecer as diferentes circunstâncias que influenciam o grau de adesão individual (*idem*).

A tomada de decisão em contraceção e a adesão efetiva ao método escolhido envolve, assim, diversos aspetos, sendo o primeiro a determinação da pessoa em querer controlar a sua fertilidade e escolher que método utilizar.

Outros aspetos como a idade, os conhecimentos sobre contraceção, os valores individuais e características pessoais, as redes sociais, as influências familiares e comunitárias, os atributos dos métodos contraceptivos, a sua disponibilidade e a facilidade em obtê-los, bem como a informação e o aconselhamento em contraceção constituem variáveis que se podem relacionar de forma positiva ou negativa, influenciando o comportamento contraceptivo (Costa & Leal, 2005; Penaforte *et al.*, 2010; Maia, Ribeiro & Guimarães, 2011; Águas, Bombas & Silva, 2016).

No que diz respeito à análise por grupo etário, para os adolescentes ou jovens adultos o preservativo tende a ser o método de eleição a par do anticoncepcional oral (ACO). A decisão dos jovens pelo preservativo pode justificar-se pelo baixo custo, fácil utilização, ausência de efeitos colaterais, esporadicidade das relações sexuais e prevenção da IST, para além da gravidez indesejada. A pílula é escolhida por ser o método mais conhecido, seguro, de fácil acesso, controlado pelas mulheres e pela eventual inacessibilidade do preservativo em relações ocasionais. As mulheres mais velhas tendem a optar pelo DIU ou pelo preservativo,

tendo este um carácter sobretudo de ação contracetiva e não tanto de prevenção de IST (*idem*).

O estudo de Poncet *et al.* (2013), realizado em França com 7070 mulheres com idades entre 18 e 45 anos, revelou que o status socioeconómico foi um fator determinante para a diferença da prática contracetiva entre as mulheres imigrantes e imigrantes de segunda geração e as mulheres autóctones. A baixa escolaridade e o desemprego foram associados a uma redução estimada de 31,0% a 59,0% nas oportunidades de uso de anticoncecionais no primeiro grupo de mulheres.

No que concerne à informação sobre contraceção, vários estudos demonstram a sua importância para uma escolha adequada às verdadeiras necessidades da mulher/casal.

As fontes de informação variam segundo a faixa etária, sendo que as jovens até aos 20 anos procuram informação na internet ou junto de colegas/amigos e as mulheres mais velhas privilegiam a informação veiculada pelo médico de família e pelo médico ginecologista. Todavia, diferenças no tipo de aconselhamento feito pelos vários profissionais de saúde podem influenciar a decisão sobre o tipo de métodos a escolher (Bombas *et al.*, 2012; Águas, Bombas & Silva, 2016).

Os aspetos relacionados com os conhecimentos sobre contraceção e o aconselhamento nesta vertente serão abordados de forma mais sistematizada em sub-capítulos posteriores. Concretamente neste, analisamos como as características dos métodos contracetivos podem determinar a sua escolha, como alguns modelos de comportamentos em saúde podem ser preditores do comportamento contracetivo e, ainda, como o suporte social e a atitude são relevantes em todo este processo.

6.1. Atributos dos métodos contracetivos como determinantes da adesão

Segundo Guillebaud (2007 *apud* Neves 2013: 13) “o método perfeito de contraceção deve corresponder às seguintes características: eficácia de 100%, conveniente, seguro e bem tolerado, reversível, que previne as infeções sexualmente transmissíveis, não oneroso, fácil

utilização e aplicabilidade, maior difusão possível nas diferentes regiões do globo, adaptável às diferenças socioculturais e de acordo com as convicções da utente/casal”.

No entanto, reconhece-se a dificuldade em concertar de forma efetiva os vários atributos dos anticoncepcionais acima descritos, tanto mais que as características consideradas mais importantes diferem com base no contexto individual de cada mulher/casal e podem mudar ao longo das diferentes fases reprodutoras (Neves, 2013; Wyatt *et al.*, 2014).

Assim, numa primeira análise, o aconselhamento e a prescrição de um método contraceutivo deve basear-se nas orientações da Organização Mundial de Saúde, tendo em conta as seguintes características:

- Mecanismo de ação: como funcionam os métodos anticoncepcionais;
- Modo de uso: forma de usar, incluindo a ação em situações de intercorrências (e.g. esquecimento da toma da pílula, presença de efeitos colaterais);
- Eficácia: as taxas de gravidez para um determinado método quando em uso típico (usado consistente e corretamente) dão uma ideia geral da eficácia na experiência individual de cada mulher/casal;
- Efeitos colaterais: incómodos, bem como sinais e sintomas de alguma complicação;
- Efeitos não-contracetivos: efeitos a nível da saúde não relacionados com o efeito anticoncepcional de cada método (e.g. a pílula sobre a acne; o SIU na dismenorreia).
- Critérios de elegibilidade médica: condições clínicas que podem significar limitações para o uso dos diferentes métodos, podendo variar entre o uso sem restrições até ao método de última escolha ou ao uso interdito (WHO, 2015).

Junto da população feminina, Wyatt *et al.* (2014) concluíram, a partir da revisão sistemática que realizaram, que os principais atributos de métodos anticoncepcionais importantes para as mulheres no processo de tomada de decisão, dividem-se em quatro principais categorias - aspetos mecânicos e práticos do uso, efeitos do método e normas sociais (Quadro 8).

QUADRO 8 - CATEGORIAS E ATRIBUTOS QUE INFLUENCIAM A ESCOLHA DE ANTICONCECIONAIS

Aspetos mecânicos	Necessidade de programação Latência do efeito Facilidade de uso Padrão de utilização (periodicidade) Níveis de hormonas Receio de corpo estranho/agulhas Precauções antes e após cada relação sexual Conforto com toque genital/exame genital Requisito da visita do profissional de saúde (para iniciação e/ou acompanhamento) Retorno à fertilidade (reversibilidade) Controlo sobre o método (planos de procriação) Discreto (do parceiro ou outros)
Aspetos práticos	Custo Disponibilidade (acessibilidade) Efeito no prazer sexual, intimidade, espontaneidade e libido Frequência da atividade sexual
Efeito	Eficácia na prevenção da gravidez Prevenção de IST Fatores que reduzem ou maximizam a eficácia Ação necessária em caso de falha do método ou uso imperfeito Efeitos colaterais e riscos para a saúde Benefícios não contraceptivos Segurança, contraindicações, interações medicamentosas e alergia Alterações menstruais, sangramento, cólicas Compatibilidade no pós-parto (amamentação)
Normas sociais	Experiência anterior do método contraceptivo Atitudes do parceiro (aceitação, envolvimento, colaboração) Aconselhamento, comentários e atitudes dos familiares/amigos e dos profissionais de saúde Tipo de divulgação nos meios de comunicação (popularidade) Expectativas, conceções e crenças sobre métodos e complicações Religião, considerações morais Necessidade de consentimento dos pais/educadores

Fonte: Wyatt *et al.* (2014)

Como se pode verificar pela análise do Quadro 8, a escolha de contraceptivos por parte da mulher é uma decisão complexa, marcada por várias considerações que devem ser cuidadosamente ponderadas em uma variedade de opções e que, algumas vezes, não se encontram em concordância com os critérios clínicos para a indicação de anticoncepcionais.

Um estudo de Bombas *et al.* (2012) com o objetivo de avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de 303 ginecologistas portugueses em relação aos contraceptivos hormonais combinados, revelou que a eficácia, a segurança e a preferência da mulher foram os principais fatores que influenciaram as suas decisões, enquanto que a eficácia, a tolerabilidade e a facilidade de uso foram os principais aspetos usados pelos especialistas para influenciar a escolha das mulheres. Neste sentido, a maioria das mulheres escolhe usar a pílula, mas sem ter critérios clínicos para o fazer de forma consistente, nomeadamente mulheres com tendência ao esquecimento frequente na sua toma. Os efeitos colaterais foram

o principal motivo para mudar para outro método e a manipulação vaginal, exigida pela utilização de alguns contraceptivos, foi o tema mais difícil de discutir em consulta.

Outro estudo apresentado por Águas, Bombas e Silva (2016: 4) revelam que “os médicos de família privilegiam o aconselhamento dos contraceptivos hormonais, preferencialmente a pílula, enquanto os médicos ginecologistas privilegiam as novas vias de administração dos estroprogestativos e os métodos contraceptivos de longa duração”, como o caso do anel vaginal e do dispositivo intrauterino com libertação hormonal.

Estes resultados evidenciam a necessidade de uma decisão partilhada e informada, implicando uma discussão imparcial sobre temas relacionados com a contraceção, tendo em conta que o facto de as mulheres usarem métodos que considerem as suas necessidades, valores e preferências se traduz num uso mais consistente e efetivo do método e, conseqüentemente, em taxas mais baixas da gravidez indesejada (Belo & Silva, 2004; Alves & Lopes, 2008; Penaforte *et al.*, 2010; Maia, Ribeiro & Guimarães, 2011; Neves, 2013; Gontijo, 2014; Wyatt *et al.*, 2014; Águas, Bombas & Silva, 2016).

6.2. Modelos preditores do uso da contraceção

Os vários estudos sobre o processo saúde/doença, ao longo do século XX, revelaram a influência do indivíduo nesse processo e como a mudança de hábitos e comportamentos podem reverter o seu estado. Paralelamente, outros estudos sugeriram a possibilidade de prever comportamentos de saúde, analisando e associando uma série de fatores intrínsecos à pessoa, como os aspetos biológicos, as normas sociais, os fatores sociais (aprendizagem e reforço), os sintomas percebidos e as crenças (Ogden, 2004; Ramos, 2004).

Os comportamentos de saúde são, habitualmente, encarados como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo, podendo-se distinguir entre os que têm um efeito negativo na saúde, como hábitos de vida prejudiciais, e aqueles que podem ter um efeito positivo, como os comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença (*idem*).

Modelo de Crenças em Saúde

O Modelo de Crenças em Saúde, desenvolvido nos anos 50, surgiu na necessidade de explicar e predizer comportamentos de saúde, tendo em vista a ação preventiva de cada indivíduo/grupo/comunidade sobre determinadas doenças (Dela Coleta, 1999, 2003).

As crenças em saúde devem ser avaliadas segundo quatro variáveis básicas definidas por Rosenstock: suscetibilidade e severidade percebida numa determinada doença e benefícios e barreiras percebidos com relação aos comportamentos de prevenção ou tratamento dessa doença (*idem*).

Posteriormente, o modelo foi aplicado a comportamentos relacionados à manutenção da saúde geral, à procura do diagnóstico e à adesão a recomendações médicas, isto é, ao processo de tomada de decisão para a saúde (Dela Coleta, 1999, 2003; Ogden, 2004).

Considerando que o uso de anticoncepcionais se pode comparar a um regime terapêutico de longa duração e tendo em conta as variáveis do Modelo das Crenças em Saúde, poder-se-á afirmar que a adesão à contraceção pode ser diferente segundo a percepção do risco em engravidar (decorrente do não uso de métodos contraceptivos), das crenças relativas às consequências que uma gravidez indesejada pode acarretar e aos benefícios na efetivação da contraceção e das barreiras à ação, como por exemplo, os custos associados à deslocação e tempo despendido para frequentar as consultas de planeamento familiar ou para ir buscar o anticoncepcional aos serviços de saúde.

Locus de controlo de saúde

A teoria da atribuição, com a diferenciação entre as atribuições internas (do próprio indivíduo) e externas (atribuição do comportamento a outrem) face a um determinado problema de saúde, foi aplicada especificamente à saúde em termos do conceito de locus de controlo de saúde. Este “modelo” revela que os indivíduos diferem entre si no que respeita à forma como consideram os acontecimentos controláveis por eles próprios (locus de controlo interno) ou não controláveis por si (locus de controlo externo) (Ogden, 2004; Ramos, 2004).

A escala multidimensional de locus de controlo para a saúde avalia as expectativas gerais de controlo, relativamente à medida em que os indivíduos acreditam que a sua saúde é resultado das suas próprias ações, está sob o controlo de outros “poderosos” ou é devido à sorte ou ao destino (Ogden, 2004; Ramos, 2004; Costa & Leal, 2005; Alves, 2007).

A probabilidade de um determinado comportamento resulta do grau da expectativa individual sobre os prováveis resultados desse comportamento, da valorização atribuída às suas consequências e, ainda, dos efeitos que esse mesmo comportamento possa ter produzido anteriormente. Assim, um determinado comportamento será tanto mais frequente quanto das experiências passadas e presentes tenham surgido resultados compensadores, verificando-se da mesma forma o inverso (*idem*).

Deste modo, a estratégia para a promoção da saúde deve ter em conta que os “indivíduos “internos” têm mais probabilidade de adotar comportamentos do tipo preventivo, enquanto que os que acreditam em fatores externos têm dificuldade em orientar e organizar o seu próprio tratamento, a não ser que este seja cuidadosamente especificado e monitorizado por um profissional da saúde” (Weinman, 1990 *apud* Costa & Leal, 2005: 253).

Vários autores assumem a ideia de que as necessidades comunicacionais são diferentes conforme se trate de um indivíduo “interno” ou “externo”, sendo que o primeiro carece de informação mais pormenorizada sobre a sua situação clínica, prognóstico e tratamento, esperando por isso uma comunicação mais efetiva por parte dos profissionais de saúde (Ogden, 2004; Costa & Leal, 2005).

Todavia, Rotter (1975, 1990 *apud* Costa & Leal, 2005: 252) alerta para a não existência de “uma fronteira perfeitamente definida entre internalidade/externalidade”, pois um indivíduo pode ser simultaneamente “interno” ou “externo” segundo as circunstâncias em que se encontra. O mesmo autor defende, ainda, não ser correto “generalizar e considerar que é melhor ser interno do que externo”, considerando “o locus de controlo não como uma tipologia, mas sim, como uma variável que afecta o comportamento e que oscila num contínuo entre dois pólos”, pelo que se torna importante que os profissionais reconheçam e aceitem as particularidades de cada indivíduo em cada situação concreta do seu status de saúde, por forma a adaptar as intervenções à personalidade de cada um (Norman e Bennett, 1996 *apud* Costa & Leal, 2005).

No que se refere à prática contraceptiva, têm sido realizados diversos estudos com base na avaliação do locus de controle da saúde, sendo evidenciado que quanto maior o locus de externalidade (“outros poderosos” ou sorte) menor a prática adequada no uso de métodos anticoncepcionais, com maior enfoque no sexo feminino (Alves, 2007).

Assim, se um profissional de saúde tenta encorajar uma mulher (habitualmente com locus externo) a usar um método contraceptivo, nomeadamente o preservativo, ela provavelmente não irá aderir se não se sentir responsável (locus interno) pela prevenção da gravidez não planeada e pela IST, colocando o ónus da questão nos outros.

Tendo em conta que as características da personalidade são fatores intervenientes no comportamento contraceptivo, o estudo de Alves (2007) avaliou, através de uma escala multidimensional de locus de controle, de que forma o comportamento, a atitude e a prática dos indivíduos podem ser influenciados por outros, baseado na auto percepção de quem controla os acontecimentos nas suas vidas. Os resultados mostraram que os sujeitos, quando atribuem o controlo das suas vidas a outras pessoas ou entidades ou até mesmo à sorte ou ao destino, apresentavam uma prática mais inconsistente dos métodos contraceptivos.

Desta forma, revela-se indispensável que o profissional de saúde obtenha informação sobre a percepção de controlo da mulher/casal, bem como as expectativas de adesão e sucesso da contraceção, face aos objetivos conjuntamente definidos, de forma a adequar os métodos e o tipo de informação fornecida, assim como a periodicidade do acompanhamento (Costa & Leal, 2005).

Percepção do risco e suscetibilidade ao risco

Paralelamente à importância do locus de controlo da saúde, também as percepções do risco e a suscetibilidade ao risco influenciam os comportamentos ligados à saúde.

A este respeito, Weinstein (1983 *apud* Ogden, 2004) afirma que a percepção de risco próprio não é um processo racional, encontrando-se habitualmente ligado à falta de experiência pessoal sobre o problema, à crença de que o mesmo é facilmente prevenido pela ação individual, ser pouco frequente e, se ainda não apareceu, já não se verificará. O mesmo autor

afirma que os indivíduos fazem uma avaliação errada dos riscos que correm tornando-se “irrealmente otimistas” porque fazem uma análise seletiva relativamente ao problema, centrando-se em alguns dos seus comportamentos que consideram como positivos ou reforçando os comportamentos de risco dos outros e exagerando a perceção que têm sobre ele.

Relacionando a perceção do risco e a suscetibilidade ao risco com a contraceção, nomeadamente com o uso do preservativo, o indivíduo pode ser de um otimismo irrealista se considerar que o facto de usar o preservativo apenas em algumas relações sexuais é melhor do que nunca o usar ou centrando-se na ideia de que os amigos ou conhecidos não praticam sexo seguro, esquecendo-se que também ele o faz.

Nesta perspetiva, Gomes (2010) relata algumas pesquisas que revelam que o conhecimento de alguém próximo que tenha falecido com SIDA, por ter tido comportamentos sexuais de risco, não aumenta a perceção de risco individual.

Modelo das fases de mudança do comportamento

Por sua vez, o modelo das fases de mudança do comportamento, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982 *apud* Ogden, 2004) sugere que as intervenções em saúde devem ser baseadas em cinco fases dinâmicas, que não têm que ocorrer de forma linear (pré-intenção, intenção, preparação, ação, manutenção) acompanhando o indivíduo em cada fase do processo da mudança de um determinado comportamento. Neste processo, que tem por base a teoria da expectativa, o indivíduo irá avaliar os custos e os benefícios dessa mudança, podendo regredir ou progredir nas fases, em um dado momento do seu percurso.

Aplicando o modelo das fases de mudança do comportamento em contexto contracetivo a uma mulher sexualmente ativa que não faz qualquer contraceção, poder-se-ia registar as seguintes fases:

Pré-intenção: “Não quero fazer contracetivos, estou bem assim.”

Intenção: “Já tenho quatro filhos e não quero mais nenhum. Talvez devesse fazer qualquer coisa para não voltar a engravidar.”

Preparação: “Vou ao Centro de Saúde marcar uma consulta para começar a fazer um método.”

Ação: “Estou a fazer um método contraceutivo, assim já não volto a engravidar sem o querer.”

Manutenção: “Já estou a fazer contraceção há quatro meses e estou satisfeita.”

Contudo, alguns autores têm posto em causa este modelo, dizendo que pode ser difícil avaliar as diferentes fases em que a pessoa se encontra e, até, identificar se uma determinada mudança de comportamento se deve ao modelo *per si* ou se se deve ao acompanhamento mais consistente por parte dos profissionais de saúde (Ogden, 2004).

Modelo de Auto-eficácia

O Modelo de Auto-eficácia baseia-se na crença de um indivíduo conseguir atuar adequadamente numa situação particular ou gerir prováveis acontecimentos (Bandura, 1977 *apud* Costa & Leal, 2005).

Assim, a expectativa de auto-eficácia elevada tem um impacto direto sobre o comportamento e indireto sobre as intenções. Isto é, os indivíduos apresentam uma experiência de controlo percebido, realizando os comportamentos para os quais consideram ter capacidade, mobilizando recursos cognitivos, motivacionais e comportamentais (*idem*).

Desta forma, vários autores têm destacado a importância da auto-eficácia na abordagem da promoção da saúde, nomeadamente no comportamento sexual, na escolha e uso de contraceptivos eficazes e na proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, associando a auto-eficácia e o uso correto do preservativo (*idem*).

Teoria da Ação Racional

A Teoria da Ação Racional determina que as intenções comportamentais e o comportamento dependem das crenças pessoais sobre as possíveis consequências desse comportamento e das opiniões dos outros, sendo necessário modificar as crenças para que se dê a mudança de comportamento (Ajzen & Fishbein, 1980 *apud* Costa & Leal, 2005).

Apesar de ser utilizada com sucesso na mudança de alguns comportamentos ligados à saúde, esta teoria tem sido criticada por não contemplar as decisões irracionais que, por vezes, condicionam os indivíduos, nem incluir as experiências anteriores resultantes daquele comportamento (Costa & Leal, 2005).

Nesta perspetiva, consideramos que a utilização dos pressupostos desta teoria não é, por si só, útil na determinação de estratégias de promoção da saúde, com vista à mudança do comportamento contraceutivo, tornando-se essencial a associação desta teoria a outros modelos ou variáveis que permitam conhecer melhor o relacionamento entre os processos cognitivos e as ações relativas à contraceção.

Teoria da Ação Planeada

Na tentativa de aperfeiçoar a Teoria da Ação Racional, surge a Teoria da Ação Planeada (Roazzi, 2014) centrando-se nas intenções comportamentais, resultantes da:

- Atitude para com os comportamentos, em função das crenças individuais sobre o resultado do comportamento;
- Norma subjetiva, determinada pela perceção das normas sociais e a motivação para concordar com elas;
- Perceção do controlo do comportamento, decorrente da crença de que o indivíduo tem competência para realizar um determinado comportamento, tendo em conta o conceito de controlo (interno ou externo).

Segundo esta teoria, os indivíduos tomam uma determinada ação no domínio da saúde, quando consideram que esse comportamento tem um impacto positivo na sua saúde, que também ele é importante para os outros e que o conseguem realizar perante a perceção do controlo do seu comportamento, fatores também registados no processo de tomada de decisão contracetiva (Ogden, 2004; Roazzi, 2014).

Modelo eco-cultural

O modelo eco-cultural considera que o comportamento do indivíduo é determinado substancialmente pela sua cultura, através de padrões culturais transmitidos, compreendendo

as particularidades psicológicas individuais e as características ecológicas, socioeconómicas e históricas da comunidade onde está inserido (Berry, 1976, 1992 *apud* Ramos, 2004). Quer as características individuais quer as variáveis grupais influenciam-se mútua e continuamente, “através de um conjunto complexo de processos de adaptação e de transmissão cultural” (Ramos, 2004: 216).

O modelo eco-cultural constitui um dos domínios da Psicologia Intercultural e pretende compreender a influência da cultura na estruturação cultural e psíquica de cada indivíduo, sobretudo quando ele é exposto a culturas diferentes, como é a situação do migrante. Neste contexto, é necessário diferenciar o processo de enculturação, verificando-se a interiorização das tradições, sistemas de referência e valores do grupo onde se está inserido, do processo de aculturação no qual resultam mudanças culturais quando em contato com culturas diferentes e, ainda, do processo de socialização no qual ocorrem “influências exercidas conscientemente sobre o indivíduo pelo meio envolvente com o qual está em interação” (Ramos, 2004: 217).

A experiência migratória acarreta múltiplas mudanças na vida de um indivíduo, representando a área da saúde uma das dimensões habitualmente modificadas. Assim, tendo em vista o contexto multicultural do presente estudo, o modelo eco-cultural e as diferentes modalidades de transmissão cultural revelam-se aspetos importantes na análise das atitudes face à contraceção e à prática contracetiva.

Como se pode concluir da leitura do presente subcapítulo, são vários os modelos que têm tentado demonstrar que a modificação de um comportamento depende de vários fatores - a sensação de ameaça pessoal, pelo facto de se manter esse comportamento (vulnerabilidade percebida) e por outro lado, a confiança de que se é capaz de mudar (auto-eficácia, ou expectativas de êxito). Estes processos estão relacionados com atitudes pessoais, fatores sociais e o meio envolvente, fatores a ter em conta em contexto da promoção da saúde, concretamente nas ações de educação para a saúde no âmbito contracetivo.

6.3. Suporte social e atitude em contexto contraceutivo

O suporte social e a atitude constituem duas variáveis sociocognitivas, destacadas num número significativo de modelos, que analisam as condicionantes dos comportamentos no âmbito da saúde. Estas variáveis permitem “diferenciar indivíduos com o mesmo “background”, em termos da sua predisposição para desenvolver determinados comportamentos de saúde” (Costa & Leal, 2005: 248).

Como suporte social entende-se as redes de apoio existentes que podem ter origem formal, abrangendo as organizações sociais institucionais, como a assistência educativa, social e jurídica ou informal, onde se inclui o apoio dos familiares, amigos e grupos sociais, a nível relacional e afetivo, informativo e instrumental (Ramos, 2004).

Segundo Williams e House (1991 *apud* Costa & Leal, 2005) os vínculos sociais encontram-se profundamente relacionados com aspetos do estado de saúde do indivíduo, atuando através de processos biológicos e regulando a condição da vulnerabilidade à doença, pelo que se consideram fundamentais na abordagem da promoção da saúde, na medida em que favorece a reabilitação do indivíduo em desequilíbrio e incentiva a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis (Ramos, 2004; Costa & Leal, 2005).

Dentro dos vínculos sociais, Dunbar-Jacob *et al.* (1996 *apud* Costa & Leal, 2005) destacam a importância do suporte familiar para a adesão a comportamentos de promoção da saúde, dado que as ações educativas comportamentais que incluem o suporte familiar revelam maiores níveis de adesão.

No que respeita à prática contracetiva, o estudo de Oddens (1997 *apud* Costa & Leal, 2005: 255) sobre os determinantes no uso de contraceptivos, indica que “as influências sociais, surgem como a principal dimensão, na escolha de contraceptivos hormonais orais”, pelo que as decisões contracetivas revelam ser um comportamento social.

Em relação ao presente estudo, deve-se ter presente as condições de vida de algumas participantes migrantes, como o analfabetismo, o desemprego ou trabalho rudimentar, a precaridade das condições habitacionais, a ausência de suporte familiar e social, o desconhecimento ou a dificuldade em aceitar e cumprir as normas socioculturais do país de acolhimento, que poderão constituir barreiras aos cuidados de saúde, nomeadamente aos

cuidados de saúde sexual e reprodutiva e que devem de ser tidos em conta na análise e discussão dos resultados apresentados no Capítulo IV.

Por sua vez, o conceito atitude tem sido abordado segundo várias perspectivas, sendo que alguns autores lhe atribuem uma componente de predisposição para responder a um determinado estímulo com uma determinada resposta. Outros consideram a atitude como um estado de preparação mental ou neural, com origem nas experiências pessoais e outros, ainda, consideram-na como socialmente significativa, sendo possível manter ou modificar a atitude segundo o contexto social do indivíduo (Costa & Leal, 2005).

Segundo as teorias cognitivistas, as atitudes são definidas pelas crenças, com origem em informação obtida pela experiência pessoal, na interação com os outros ou num elemento emocional (dado que as opiniões são acompanhadas de sentimentos) revelando-se um processo complexo e dinâmico, tal como as suas próprias componentes (Costa & Leal, 2005; Miguel, Ornelas & Maroco, 2010).

As atitudes referem-se a experiências subjetivas sobre uma situação ou objeto e são “fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face aos outros num determinado momento.” (Lima, 1997 *apud* Miguel, Ornelas & Maroco, 2010: 440).

Assim, a atitude não se resume a opiniões e sentimentos, mas traduz-se na tendência para um determinado comportamento, predispondo o indivíduo a valorizar de forma favorável ou desfavorável um determinado estímulo (*idem*).

Neste contexto, Lopez e Fuertes (1991 *apud* Costa & Leal, 2005) defendem que o conhecimento da estrutura de determinada atitude permite que possam ser definidas estratégias de promoção da saúde adaptadas a cada indivíduo, favorecendo a mudança de comportamento, se for esse o seu objetivo.

Quando se pretende compreender as atitudes face à contraceção, não se pode ignorar a evolução que os conceitos de sexo, sexualidade e saúde sexual e reprodutiva foram sofrendo ao longo dos últimos anos, não tantos que ainda não possam ter significado nas opiniões das participantes do estudo. Tanto assim, que segundo Lopez e Fuertes (*idem*) a conduta de um indivíduo é fortemente determinada pela polémica em que um assunto possa estar rodeado

ou pela forma como o indivíduo se sente particularmente envolvido nele, sendo o tema sexualidade e contraceção um exemplo dessa situação.

É nesta perspetiva que analisaremos a atitude das participantes do presente estudo face a vários aspetos da prática contracetiva, cujos resultados se apresentam no Capítulo IV.

7. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA EM CONTRACEÇÃO

Os estudos que procuram identificar o saber das pessoas sobre um determinado assunto ou a capacidade para aplicar fatos específicos na resolução de problemas (conhecimento), como se sentem e pensam (atitude) e as formas pelas quais os indivíduos demonstram o seu conhecimento e atitude através das suas ações (prática) são, habitualmente, designados por estudos de Conhecimento, Atitude e Prática ou estudos CAP. Estes estudos permitem o diagnóstico de uma determinada população, expondo o que as pessoas sabem, sentem, pensam e, também, como se comportam em relação a determinado tema, tendo como objetivo o desenvolvimento de programas mais apropriados para as necessidades específicas da população estudada (Kaliyaperumal, 2004; Alves & Lopes, 2008).

Nestes estudos, as questões devem ter em conta as três dimensões em análise - conhecimentos, atitudes e práticas. Na dimensão Conhecimento devem ser colocadas perguntas abertas, abrangendo os vários tópicos do assunto em estudo. As perguntas incluídas na dimensão Atitude devem ser projetadas para medir as atitudes dominantes, crenças e concepções da população sobre o tema, devendo para o efeito ser solicitado aos participantes que indiquem o seu grau de concordância face a um grupo de afirmações. As questões incluídas na dimensão Prática devem ser perguntas abertas, com o objetivo de avaliar as formas pelas quais os participantes demonstram o seu conhecimento e atitude através das suas práticas em relação ao objeto em análise (Kaliyaperumal, 2004).

São vários os estudos CAP na área da ginecologia, comportamento reprodutivo e contraceção. Porém, tendo em conta os objetivos da presente investigação apenas apresentamos os resultados de algumas destas pesquisas em contexto contracetivo.

Alves e Lopes (2008) divulgam no seu estudo que, apesar dos adolescentes universitários apresentarem atitudes positivas em relação à prática contracetiva, revelam algumas lacunas nos conhecimentos sobre os métodos contracetivos (nomeadamente como lidar com os efeitos colaterais ou com intercorrências na sua utilização) e têm um comportamento desadequado, como esquecer a toma da pílula com alguma frequência ao longo do mês ou ter relações desprotegidas.

Os mesmos autores apresentam um estudo com mulheres adultas realizado no Canadá, revelando que o conhecimento em relação aos riscos, benefícios e efeitos colaterais da pílula

eram deficientes; um outro realizado com mulheres inglesas com idades entre 16 e 25 anos evidenciando que o uso consistente e persistente da pílula anticoncepcional depende do forte desejo da mulher evitar a gravidez, apesar dos efeitos colaterais e não tanto do conhecimento sobre o assunto (Alves & Lopes, 2008).

Um pouco diferente, foram os resultados apresentados por Belo e Silva (2004) em que um grupo de adolescentes grávidas mostrou ter conhecimento adequado sobre os métodos anticoncepcionais e revelou uma atitude positiva face à contraceção, concordando com o seu uso durante o período da adolescência, embora com uma reduzida prática da mesma justificado por um período curto de tempo entre o início da vida sexual e a gravidez. Os autores afirmam que a religião, a idade e o nível socioeconómico estão relacionados ao maior ou mais adequado conhecimento dos métodos, enquanto a multiparidade ao seu menor uso.

A pesquisa de Silva e Silva (2009) com mulheres entre os 18 e os 46 anos, na região do Amazonas, revela que o deficiente conhecimento sobre concepção e contraceção determinou a gravidez prematura e a elevada multiparidade da maioria das participantes, aspetos associados a um uso limitado de contraceptivos modernos e predominância de processos tradicionais e populares de contraceção.

Penaforte *et al.* (2010) verificaram no seu estudo que as mulheres, utentes de uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro, usavam essencialmente o anticoncepcional oral e o preservativo, porque eram os métodos mais conhecidos, sendo que a maioria referiu não ter sido informada e orientada pelos profissionais de saúde para a sua escolha.

A pesquisa de Américo *et al.* (2013) acentua a influência das variáveis socioeconómicas, nomeadamente o nível de escolaridade e económico e o tempo de uso do anticoncepcional oral no conhecimento do uso correto, efeitos colaterais e complicações do método.

Por sua vez, a Revisão Integrativa realizada por Pivatti e Lopes (2013) destaca a influência da cultura e do género relativamente ao conhecimento, atitude e prática contraceptiva. Os dados apontam para um nível mais elevado de conhecimento nas populações americanas, latinas e europeias (embora careçam de melhorar a sua prática) e no sexo masculino em determinadas sociedades, como o caso da indiana, fortemente condicionada por valores religiosos, normas sociais e culturais.

Tendo como foco a influência étnica/cultural nos comportamentos contraceptivos, Gontijo (2014) estudou a atitude das mulheres quenianas relativamente ao uso da contraceção moderna, verificando que, apesar destas variáveis se relacionarem diretamente, essa correlação perdia importância face ao avanço das políticas a nível educacional e ao acesso à informação.

No que respeita à contraceção de emergência (CE) várias pesquisas têm sido realizadas. Chuang e Freund (2005) estudaram o conhecimento sobre CE num bairro de Boston, tendo sido verificado um nível diferente segundo a etnia das participantes. Apenas 51,0% de mulheres latinas e 75,0% de mulheres negras tinham ouvido falar do método em oposição a 99,0% de mulheres brancas. Do grupo global da amostra, 39,0% sabia que a CE funciona impedindo a gravidez, 48,0% sabia do tempo ideal de administração para a sua eficácia e 44,0% tinha conhecimento que em Massachusetts só está disponível por prescrição. Somente 25,0% das mulheres já tinha discutido o assunto com um profissional de saúde e apenas 12,0% tinha recebido uma receita antecipada.

Figueiredo e Bastos (2016) e Brandão *et al.* (2017) afirmam que no Brasil continuam a existir questões de ordem pessoal, moral, religiosa e ética, no que concerne ao uso da CE, incluindo a culpabilização da prática sexual nos adolescentes e dos comportamentos de risco das mulheres, tanto a nível da sociedade em geral como dos profissionais de saúde em particular. Os pesquisadores atribuem essas atitudes essencialmente à falta de conhecimento sobre os mecanismos de ação da CE e, também, aos próprios valores e crenças dos indivíduos, que remetem para noções como risco de engravidar, sexo desprotegido, (ir)responsabilidade ou (ir)racionalidade prévia à prática sexual, contrariando normas que postulam a necessidade de proteção à gravidez e às IST. Deste modo, continua reduzida a divulgação e disponibilização da contraceção de emergência para a população, sendo que os próprios profissionais de saúde mostram resistência ao seu aconselhamento e prescrição, encontrando-se, assim, comprometida a prevenção da gravidez indesejada em caso de relação sexual desprotegida, sobretudo em mulheres menos escolarizadas e mais pobres.

Os estudos de Veloso *et al.* (2014) e Silva *et al.* (2017) corroboram a ideia da falta de conhecimento dos profissionais de saúde e da sua atitude menos positiva em relação à contraceção de emergência ao analisarem o conhecimento e a atitude de estudantes de enfermagem de uma universidade pública do Brasil. A escolha da população estudada foi

justificada pelo nível de escolaridade e por se tratar de estudantes da área da saúde, tendo os resultados revelado que, embora as participantes apresentassem conhecimento referente ao tempo correto e às situações indicadas para o uso da CE e algumas já tivessem utilizado este método, persistiam dúvidas quanto ao mecanismo de ação, efeitos colaterais e disponibilidade de acesso, aspetos relevantes para uso próprio e para a educação em saúde e orientação em planeamento familiar. Como os autores apontam, têm sido realizados estudos semelhantes, obtendo-se resultados idênticos.

Os estudos tipo CAP também têm despertado algum interesse a nível nacional, com variada literatura sobre o assunto, pelo que se passa a relatar algumas pesquisas no âmbito contraceptivo.

No que concerne ao uso do preservativo, a pesquisa de Dias, Matos e Gonçalves (2002) no âmbito dos conhecimentos, atitudes e comportamentos relativamente à prevenção do VIH SIDA, numa comunidade migrante de origem africana, realça a diferença entre géneros nas três dimensões, tal como já acontecera em estudos anteriores. Enquanto os homens reportam múltiplos fatores de risco (muitas vezes associados a crenças) e baixas taxas de utilização do preservativo, as mulheres estão mais conscientes da importância do método e recetivas à sua utilização, embora demonstrem que têm pouco controlo sobre o comportamento sexual dos seus parceiros e oportunidades limitadas para introduzir a utilização do preservativo nas suas relações.

Por sua vez, Dias e Rocha (2009) abordaram a saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras a residir em Portugal. As principais conclusões evidenciam a existência de lacunas importantes no conhecimento de algumas participantes relativamente ao conceito de planeamento familiar, aos métodos contraceptivos e à transmissão e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, embora diferindo segundo a origem das participantes, sendo as mulheres brasileiras as que apresentam um nível maior de conhecimentos. Também a atitude face aos contraceptivos e o comportamento contraceptivo divergiram no mesmo sentido.

Castro e Rodrigues (2009) estudaram um grupo de alunos do 10º e 12º anos de escolaridade, tendo verificado que inicialmente a maioria afirmava ter algum conhecimento sobre a CE, mas posteriormente apenas uma diminuta parte tinha algum conhecimento efetivo, embora com um nível suficiente sobre o assunto, fazendo a maioria uma utilização sistemática do

método. No que concerne à atitude face à CE, os alunos revelaram uma atitude favorável ao seu uso, contudo não foi demonstrada uma relação estatisticamente significativa entre a atitude e o conhecimento sobre o método.

O estudo desenvolvido por Rodrigues (2010) com população idêntica confirmou que o conhecimento dos diferentes métodos contraceptivos foi fundamental para atitudes e comportamentos mais preventivos na vida sexual dos adolescentes e que as raparigas tendem a ter uma atitude mais preventiva da gravidez e das IST e, por isso, uma prática mais efetiva da contraceção. O método de eleição também variou segundo o género, sendo a pílula a preferência das raparigas e o preservativo dos rapazes.

Carvalho *et al.* (2015) avaliaram os conhecimentos sobre contraceção de emergência num grupo de 56 mulheres portuguesas, no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia de um hospital central de Lisboa, das quais a maioria (87,5%) sabia da sua existência e já a tinha usado (67,3%). Todavia, uma parte significativa das participantes entendia não ter informação suficiente sobre o método, sobretudo quanto ao intervalo de tempo em que pode ser usada após as relações sexuais não protegidas. No que concerne às crenças, constataram a existência das noções de efeito abortivo, de ter muitas contraindicações, de ser perigosa para a mulher, de alterar a fertilidade e, ainda, de poder ser utilizada como método contraceptivo habitual.

O estudo de Matias (2015) indicou que de um grupo de 233 estudantes universitários do norte de Portugal, um número significativo possuía o conhecimento suficiente sobre CE para lhes permitir a utilização correta do método. Contudo, esta conclusão vem contrariar alguns resultados publicados em artigos que a própria autora descreve na sua tese e que mostram um nível médio de informação sobre a existência do método, mas um deficiente conhecimento sobre a composição, o mecanismo de ação e o período de tempo para o uso eficaz. Apesar de alguns estudos revelarem uma atitude positiva face à CE, ainda é recorrente as crenças sobre os malefícios do método.

Ainda no âmbito da contraceção de emergência, Ramalho *et al.* (2015) avaliaram o nível de conhecimentos dos farmacêuticos e técnicos de farmácia comunitários nacionais sobre o método. O grupo em estudo apresentou níveis baixos de conhecimentos quanto à indicação para a toma, mecanismo de ação, regras de administração e eficácia, que subiram ligeiramente após formação relativa ao tema. No entanto, apesar do impacto positivo que

causou, a formação não se revelou suficiente para permitir ultrapassar alguns mitos sobre o método, como o facto de ser uma “bomba” hormonal e ou de aumentar os comportamentos sexuais de risco.

Face ao exposto, podemos concluir que, apesar do conhecimento ser um elemento necessário para o uso da contraceção, nem sempre existe associação direta entre os seus níveis, as taxas de utilização de contraceptivos e a sua prática efetiva. É possível, ainda, verificar como as três dimensões podem ser representadas de forma diferente segundo o género e a etnia dos indivíduos e, também, como se podem relacionar com fatores socioeconómicos, culturais e políticos, revelando a complexidade dos comportamentos em saúde.

CAPÍTULO II - SAÚDE EM CONTEXTO DE DIVERSIDADE
CULTURAL

8. MULHER MIGRANTE E SAÚDE

Ao longo de várias décadas a composição da população portuguesa foi-se alterando significativamente com os diversos fluxos de entrada de imigrantes, com diferentes motivações, distintas origens e características socioeconómicas e culturais singulares. Desta forma, o processo de imigração fez da diversidade cultural um dos fenómenos sociais mais relevantes da sociedade portuguesa, visível na coabitação de diferentes grupos étnico-culturais, com novas realidades sociais, culturais e urbanas que se fazem sentir nos seus mais diversos setores, nomeadamente na saúde (Ramos, 2009, 2015, 2016).

Na perspetiva da UNESCO (2002: 3) a diversidade cultural constitui-se como “Fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade [...]”, sendo para “o género humano, tão necessária como a diversidade biológica para a natureza”, destacando os direitos culturais como princípios dos “direitos humanos” estruturados às singularidades de modos de vida e existência de distintos grupos sociais (Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural).

Apesar do processo migratório colocar uma série de desafios e dificuldades ao migrante em geral, implicando a adaptação psicológica, cultural e social das pessoas e das famílias e diferentes modalidades de aculturação, com consequências ao nível do desenvolvimento individual, familiar e socioprofissional, assim como da saúde física e psíquica, podemos considerar que as mulheres, as crianças e os jovens registam uma situação de maior vulnerabilidade. Esta situação torna-se mais relevante dado o incremento da migração feminina, quer por razões de reagrupamento familiar, quer como migrantes autónomas (Ramos, 2008 b, 2010, 2015, 2016).

As mulheres migrantes vêm-se confrontadas, muitas vezes, com novas responsabilidades familiares e laborais que lhes eram dispensáveis nos seus países de origem, sem suporte familiar e de redes sociais, dificultando a adaptação à cultura de acolhimento. O confronto com uma nova língua, com hábitos culturais, sociais e religiosos diferentes, com uma atitude sustentada, por vezes, pelo preconceito, intolerância e xenofobia, são fatores que agravam o isolamento e a solidão e que podem representar o risco de trauma, stresse e depressão para a mulher migrante (Ramos, 2004, 2010, 2012b, 2015). Por outro lado, as novas referências socioculturais e o novo modo de vida podem ter repercussões “no estilo de vida, nas práticas reprodutivas e de fecundidade, em particular na diminuição do número de filhos e nas

práticas de maternagem, por exemplo, diminuição do período de aleitamento materno e abandono de algumas práticas tradicionais de cuidados e socioeducativas” (Ramos, 2015: 8).

A condição de maior vulnerabilidade do género feminino em contexto migratório é reforçada por diversos estudos que assinalam piores indicadores de saúde das mulheres migrantes, no que se refere à sua saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente menor conhecimento e utilização dos serviços de saúde, inexistente ou inadequada vigilância pré-natal, menor utilização de métodos contraceptivos, maior vulnerabilidade às infeções sexualmente transmissíveis, maior risco de gravidez indesejada taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade perinatal e infantil (Machado *et al.*, 2006; Lopes, 2007; Manuel, 2008; Ramos, 2008a, b, 2009, 2010, 2015, 2016; Reis & Ramos, 2013; Águas, Bombas & Silva, 2016).

Esta situação pode, ainda, ser agravada nas imigrantes recém-chegadas, que não dominam ou apresentam dificuldades de expressão na língua do país de acolhimento, que nunca tiveram contacto com os serviços públicos de saúde e que vivem em situação de irregularidade ou de precariedade e exclusão, fatores a ter em conta pelos profissionais de saúde nas suas intervenções em contexto de educação para a saúde (Ramos, 2012b).

No presente capítulo apresentam-se, inicialmente, alguns dados estatísticos sobre a população imigrante em Portugal, tendo como referência a última década e como foco principal as nacionalidades das participantes no estudo. Seguidamente, ao reconhecer a importância da diversidade cultural na sociedade portuguesa e a forma complexa como a cultura determina os comportamentos dos indivíduos face à saúde, analisam-se os conceitos de competência cultural e de comunicação intercultural neste domínio, reforçando o valor da cultura e da promoção da saúde em contexto migratório.

9. A IMIGRAÇÃO FEMININA EM PORTUGAL

Até aos anos 70 do século passado, a imigração em Portugal estava limitada, essencialmente, aos imigrantes de origem europeia, sendo que após a revolução de 1974 e o processo de descolonização começou-se a verificar a vinda de milhares de Africanos, de todas as ex-colónias e de repatriados. Contudo, foi a partir de 1980 que a posição de Portugal no contexto das imigrações internacionais se modificou verdadeiramente, tornando-se um país de imigração. Ao longo das décadas seguintes a população foi-se alterando significativamente com os diversos fluxos de entrada de imigrantes, de distintas origens e com características socioeconómicas e culturais específicas (Ramos, 2008a; Horta, 2013; Fonseca *et al.*, 2013).

Nos primeiros anos do presente milénio assistiu-se a um novo surto imigratório (devido à entrada em vigor do novo regime de títulos de permanência ao abrigo do Decreto-lei nº 4/2001), seguido de um abrandamento do fluxo de entrada e do retorno dos trabalhadores estrangeiros aos países de origem ou à (re)emigração para outros destinos, face ao agravamento da situação económica que se instalou em Portugal (*idem*).

Porém, em 2016 registou-se a inversão da tendência de decréscimo do número de imigrantes, bem como a alteração das rotas de chegadas, modificando o perfil migratório nacional no que respeita à representatividade das nacionalidades e do género (INE-Portugal, 2017; SEF, 2017).

Em 2011 residiam em Portugal 394 496 estrangeiros dos quais 52,3% eram do sexo feminino, verificando-se algumas alterações relativamente à década de 2001-2011, nomeadamente no que se refere ao género e às nacionalidades representadas. Nesta sequência, o Brasil ganhou relevância e passou a ser o país com maior representatividade, maioritariamente constituído pelas mulheres. Em contrapartida, os cidadãos dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) perderam representatividade (passando de 44,0% para 24,0% do total dos imigrantes) registando-se, paralelamente, o aumento das comunidades da União Europeia e chinesa (INE-Portugal, 2012).

Em 2016 a população estrangeira com estatuto de residente era de 392 969 (190 846 homens e 202 123 mulheres), verificando-se um crescimento de 2,4% face a 2015, após seis anos de decréscimos consecutivos. Apesar do Brasil (79 569) ocupar o primeiro lugar e Cabo Verde (36 193) e Ucrânia (34 428) o segundo e terceiro lugares, respetivamente, a sua

representatividade tem vindo a decrescer, sendo uma das razões o acesso à nacionalidade portuguesa (INE-Portugal, 2017).

Cerca de 82,3% dos cidadãos estrangeiros residentes fazem parte da população potencialmente ativa, com evidência da preponderância do grupo etário entre os 20-39 anos e da população feminina (52,7%) (SEF, 2017).

Em relação aos pedidos de atribuição e aquisição da nacionalidade portuguesa, em 2014 verificaram-se 32.349 pedidos (mais 7,4% face a 2013), formulados por cidadãos de nacionalidade brasileira (6.269), cabo-verdiana (2.970), ucraniana (2.529), angolana (1.683) e guineense (1.473) (*idem*).

Em 2016, os pedidos formulados aumentaram para 35.416, correspondendo ao valor máximo obtido nos últimos oito anos. Manteve-se a superioridade das três primeiras nacionalidades - brasileira (10.063), cabo-verdiana (3.126) e ucraniana (2.352), tendo a nacionalidade turca passado para o quarto lugar (1.704) e a angolana para quinto (1.470). Há também registo de naturais da Guiné-Bissau (1.406), de São Tomé e Príncipe (832) e de Moçambique (266) a pedirem a nacionalidade portuguesa (RASI, 2018).

Os dados referentes a 2016 indicam que, apesar da nacionalidade brasileira continuar como a principal comunidade estrangeira residente em Portugal, tem vindo a aumentar o fluxo de cidadãos comunitários e extracomunitários, fator que contribuirá para a futura alteração da estrutura populacional e do comportamento demográfico da população residente no país (INE-Portugal, 2017).

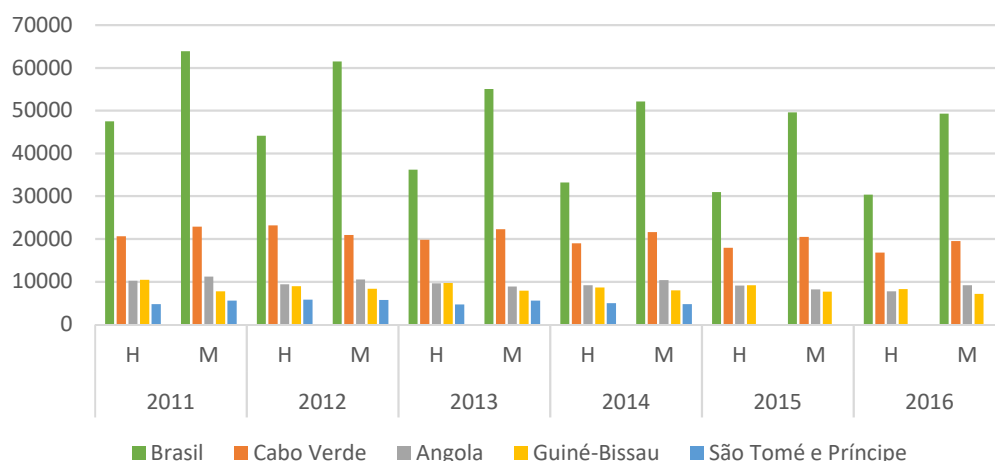
Quanto aos vistos de longa duração prorrogados em 2016, salienta-se a maior representatividade dos países de língua portuguesa (Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Angola) com cerca de 55,9% do total e, ainda, do sexo feminino (2 807 mulheres face a 1 955 homens), tendência que se mantém desde 2011 (*idem*).

À semelhança dos dados anteriores, a maior representatividade nos vistos de estada temporária pertenceu a nacionalidades de países de língua portuguesa (Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Angola), com uma proporção de 59,1% no total destes vistos. Quanto à distribuição por sexo, a maioria dos vistos de estada temporária foi concedida a mulheres, correspondendo a 55,9% do total dos referidos vistos (*idem*).

Desta forma, verifica-se que as mulheres continuam a ter maior representatividade de imigrantes no país (51,4%), situação que se mantém desde 2012. Das dez principais nacionalidades, as que apresentaram em 2016 maiores relações de feminilidade foram a brasileira (162,6 mulheres por 100 homens), a angolana (118,3 mulheres por 100 homens) cabo-verdiana (116,2 mulheres por 100 homens) e a ucraniana (106,5 mulheres por cada 100 homens). É de referir que a feminilidade na nacionalidade guineense é notoriamente inferior (86,2 mulheres por 100 homens) (*idem*).

Na Figura 5 encontra-se representada a relação de feminilidade segundo as nacionalidades das participantes, incluídas nas 10 principais nacionalidades representadas em Portugal, em 2016.

FIGURA 5 - RELAÇÃO DE FEMINILIDADE SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES, PORTUGAL, 2016

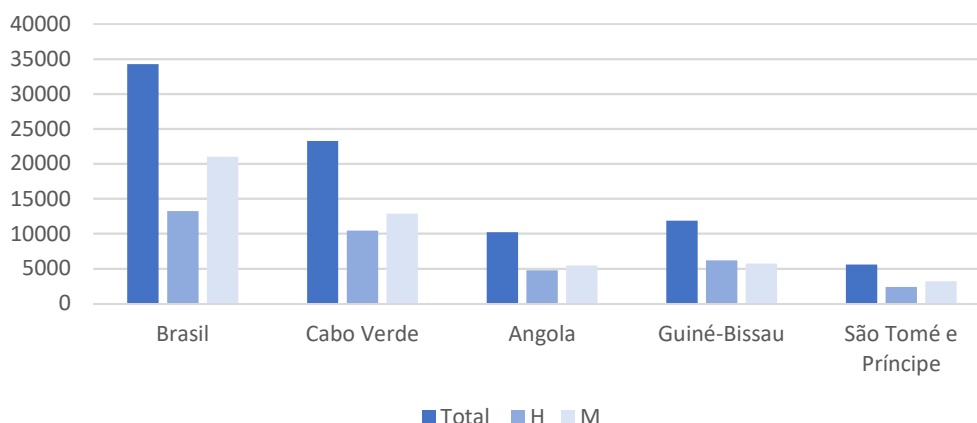


Fonte: INE, 2017 (dados trabalhados pela autora)

No que se refere à residência, os dados de 2012 revelam que Sintra e Lisboa eram os municípios que concentravam mais estrangeiros (8,9% e 8,7%), seguindo-se Amadora, Cascais e Loures com valores entre os 4,8% e 4,5%. Odivelas, Almada, Seixal, Loulé e Oeiras integravam, também, o conjunto destes dez municípios com maior número de estrangeiros, o que na sua totalidade perfaziam 45,6% da população estrangeira residente em Portugal (INE-Portugal, 2012).

Dados de 2016, indicam que o distrito de Lisboa tem uma superioridade numérica significativa de população estrangeira residente, verificando-se na Figura 6 a sua distribuição por nacionalidade e sexo (SEF, 2017).

FIGURA 6 - POPULAÇÃO ESTRANGEIRA RESIDENTE NO DISTRITO DE LISBOA SEGUNDO A NACIONALIDADE E SEXO



Fonte: SEF, 2017 (dados trabalhados pela autora)

Em síntese, pode-se afirmar que a população migrante tem oscilado ao longo dos anos com aumentos e retrocessos, quer no que respeita às nacionalidades, quer à relação de género. No entanto, verifica-se que os imigrantes oriundos dos PALOP têm mantido a superioridade, embora mudando de posição face às dez nacionalidades mais representadas (exceto Guiné-Bissau que passou a ocupar o 12º lugar a partir de 2015); a nacionalidade brasileira, com um total de 81.251 cidadãos, mantém-se como a principal comunidade estrangeira residente, apesar da redução verificada face a 2015 (menos 1.338 cidadãos); a população imigrante feminina continua a apresentar superioridade numérica relativamente à masculina (INE, 2017; SEF, 2017).

10. COMPETÊNCIA CULTURAL EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL

Perante a diversidade cultural e étnica da população e da necessidade de melhorar a comunicação com as minorias e imigrantes, assim como de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde a esses indivíduos, surge o conceito de competência cultural, que implica a capacidade das organizações e dos profissionais de saúde compreenderem e responderem às necessidades efetivas dos indivíduos que procuram esses cuidados (Ramos, 2001, 2008a, b, 2009, 2012a, 2015, 2016; Aneas & Sandin, 2009; Helman, 2009).

Assim, a competência cultural inclui conhecer, valorizar, reconhecer e respeitar a diversidade biológica, cultural e social dos seres humanos como variáveis que influenciam o processo de saúde/doença/cuidado (Purnell & Paulanka, 2010).

A comunicação intercultural constitui um importante elemento do paradigma da competência cultural, cujo objeto de interesse é a interação entre indivíduos e grupos de diferentes culturas, tendo em conta a influência da cultura na forma como as pessoas são, agem, sentem, pensam e, evidentemente, falam e escutam (Ramos, 2001, 2004, 2008a, b, 2009, 2012a, 2016; Aneas & Sandin, 2009; Helman, 2009).

Para Purnell e Paulanka (2010) a comunicação intercultural consiste em saber comunicar na diversidade cultural admitindo as suas crenças, costumes e atitudes, compreendendo e aceitando as do seu interlocutor, reconhecendo a influência que têm no processo saúde/doença, adaptando a sua comunicação a cada um e certificando-se que a mensagem foi entendida.

Quando se analisa a comunicação na área da saúde percebe-se o quanto complexo e dinâmico é o processo relacional estabelecido entre os profissionais de saúde e os utentes provenientes de diferentes culturas, pois encontram-se reunidos uma série de fatores que interagem entre si e se potenciam e que podem facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica ou, pelo contrário, contribuir para a criação de barreiras a esse tipo de comunicação e, por conseguinte, à prestação de cuidados culturalmente adaptados.

Assim, para que se estabeleça uma efetiva comunicação intercultural torna-se premente que essas barreiras possam ser superadas, nomeadamente no que respeita à falta de conhecimento, ao medo e desconfiança, ao racismo, preconceito e etnocentrismo, aos

estereótipos, à língua, às diferenças de percepções e expectativas e aos rituais de cuidados de saúde (Riley, 2000; Tamparo & Lindh, 2007; Ramos, 2001, 2004, 2008a, b, 2009, 2012a, 2015, 2016).

A falta de conhecimento sobre a cultura do utente pode levar à confusão ou à má interpretação do que se pretende transmitir, quer pela linguagem verbal quer pela não-verbal. Por sua vez, quando duas pessoas de culturas diferentes se relacionam pode instalar-se o medo e a desconfiança, levando a uma atitude reservada por parte do profissional e do utente.

O racismo, os preconceitos e o etnocentrismo nos cuidados de saúde podem traduzir-se na preferência pela medicina ocidental e subsequente menosprezo pela medicina tradicional/popular e por atitudes hostis com indivíduos ou grupos de etnias e culturas minoritárias, pela crença de que quem não pode pagar não deva receber iguais cuidados de saúde (*idem*).

Por sua vez, os estereótipos podem distorcer a comunicação e a avaliação cultural do utente, levando a intervenções desadequadas às suas necessidades e expectativas. O mesmo sucede com os procedimentos padronizados ou protocolados que podem não ser compreendidos nem aceites pelo utente, levando à falta de procura de cuidados de saúde, ao incumprimento de exames ou à não adesão ou abandono do tratamento.

A língua pode ser uma barreira quando há dificuldade no domínio da língua dominante, quando o sotaque pode torná-la quase incompreensível ou quando os significados dados às palavras podem diferir entre os interlocutores. Neste caso é essencial que o profissional fale devagar, sem elevar o tom de voz e com termos simples, compreenda as pausas e os silêncios do utente, aguarde as respostas que podem ser lentas, reforce as suas respostas e valide se a mensagem foi realmente compreendida. Deve ainda ser considerado que o estilo de comunicação varia entre as culturas, alterando a sua interpretação conforme a mensagem é dita, quando é dita e porque é dita (*idem*).

É, ainda, necessário que os profissionais de saúde compreendam o significado de alguns sinais de comunicação não verbais utilizados por indivíduos de diferentes culturas. Tomemos como exemplo, o contato visual entre os profissionais de saúde e os utentes; enquanto no sistema de saúde português é esperado um contato visual entre os interlocutores

autóctones, não é possível esperar que os utentes hispânicos e africanos retribuam o contacto visual direto, quando recebem cuidados de saúde (*idem*).

Também as diferenças de crenças relativas à saúde entre pessoas de culturas diferentes podem levar a percepções e expectativas díspares neste contexto, pelo que devem ser verificadas e validadas pelos profissionais a fim de evitar erros de interpretação e uma ineficaz comunicação intercultural. Ser sensível às proibições e curas populares inerentes às crenças ou à religião e analisar com o utente como esses aspetos podem ser incorporados no seu *continuum* saúde-doença, ajudam a superar essas barreiras (*idem*).

10.1. A importância da cultura na saúde

Desde a Idade Média que o significado de cultura tem sofrido sucessivas interpretações, mas a definição deste conceito, tal como entendido hoje, surge com Edward Taylor (1871 *apud* Laraia, 2001) sendo considerada como um conjunto complexo que compreende ao mesmo tempo as ciências, os conhecimentos, as crenças, a arte, as leis, a moral, os costumes e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade.

Ainda no século XIX, a Antropologia associa cultura à precisão de registar e catalogar comportamentos ligados a costumes, tradições e usos das sociedades não ocidentais, bem como ao sistema de símbolos e de significações partilhados, acentuando a importância da dimensão simbólica da cultura (Nascimento, 2009).

Para Claude Lévi-Strauss (1995 *apud* Laraia, 2001) a cultura surgiu quando o homem convencionou a primeira regra, tornando o padrão de comportamento comum a todas as sociedades humanas, pelo que considerou importante ver o que é semelhante a todas as culturas humanas, traçando regras gerais que levem à sua compreensão.

Por sua vez, a perspectiva sociológica apresenta duas concepções distintas de cultura. Enquanto que para Durkheim as representações e as significações são socialmente construídas, para Weber o indivíduo é o responsável pelas suas condutas (Nascimento, 2009).

Para Eliot o significado de cultura pode ter diferentes associações, conforme se estiver a analisar o desenvolvimento de um sujeito, de um grupo ou de uma sociedade no seu todo, sendo que a identidade cultural do sujeito depende da cultura de um grupo, que por sua vez depende da cultura da sociedade à qual pertencem (*idem*).

Outro contributo para a definição de cultura foi dado por Hall, revelando-se como um dos teóricos que contribuiu para um estudo com carácter mais científico dos fenómenos interculturais, através da criação de critérios para se entender as diferenças entre as culturas sem preconceitos. Para Hall cultura é tudo aquilo que não é geneticamente programado, pelo que as práticas dos membros de uma sociedade ou grupo, carregadas de sentido e valores, precisam de ser significativamente interpretadas e compartilhadas por outros (*idem*).

A cultura também pode ser vista como uma lente com a qual o homem vê o mundo, ou seja, um conjunto de princípios explícitos e implícitos herdados por indivíduos membros de uma sociedade, princípios que mostram aos indivíduos como ver o mundo que os cerca, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se nas diferentes relações (Helman, 2009).

Neste sentido, não existe apenas uma cultura, mas uma diversidade de culturas que se podem-se diferenciar em grau, mas não em natureza (Laraia, 2001; Marques, 2014).

Apesar da cultura dar significado à realidade e à existência de diferenças nos padrões de atitudes, afetivos e comportamentais entre diferentes grupos culturais, não indica que pertencer a um grupo signifique, sempre e necessariamente, a presença automática de uma ou outra forma de comportamento ou padrão de interação comunicativa. Na realidade, nem todos os membros de um determinado grupo cultural adotam, vivem ou refletem a sua cultura comum de forma idêntica em todas as circunstâncias do momento e da vida e nem todos os membros do mesmo grupo demonstram o mesmo sentimento de identificação (Bennett, 1998).

Nesta perspetiva, Campinha-Bacote (2007 *apud* Abreu, 2008) sublinha a importância da cultura na formação da identidade do indivíduo e na forma como este comunica e desenvolve a sua ação social no seu próprio grupo. Assim, a diversidade cultural “não remete apenas para sociedades ou grupos culturalmente diversos, mas para cada família ou indivíduo, que potencialmente podem possuir diferentes padrões culturais” (*idem*: 80).

A este respeito, Bennett (1998) refere que os estereótipos surgem quando agimos como se todos os membros de uma cultura ou grupo possuam as mesmas características, anexados a qualquer indicador de associação de grupo, tais como raça, religião, etnia, idade ou sexo e cultura nacional.

Na realidade, para além da pertença a um determinado grupo étnico-cultural, o imigrante possui características e motivações individuais que o tornam singular nas suas necessidades globais exigindo respostas adequadas a cada situação (Ramos, 2004, Bäckström, 2009; Dias & Rocha, 2009; Rocha, Dias & Gama, 2010; Padilla, 2013; Águas, Bombas & Silva, 2016).

Embora os estereótipos possam dar uma falsa sensação de compreensão acerca dos nossos interlocutores, facto para o qual devemos estar atentos, eles poderão ser usados numa certa dimensão e, provisoriamente, quando se analisa as relações interculturais, permitindo fazer algumas generalizações culturais (por exemplo a preferência de uma crença numa determinada cultura) que devem ser, posteriormente, testadas em cada situação (Bennett, 1998).

A importância dos fatores culturais no *continuum* saúde-doença foi reconhecida oficialmente pela OMS e pela UNESCO em 1996 (Helman, 2009) propondo que a saúde e a cultura fossem desenvolvidas de forma sustentável e em cooperação, visando o benefício de todos os indivíduos.

Assim, sendo a cultura uma das determinantes mais importantes dos estilos de vida, paralelamente às condições socioeconómicas, regulando o comportamento do indivíduo em todas as vertentes do seu quotidiano, deve ter-se em consideração a sua influência na forma de percecionar a saúde e a doença, nos comportamentos de saúde e na procura de cuidados de saúde (Ramos, 2004).

Fatores culturais como a “falta de hábito em utilizar serviços sociais e de saúde ocidentais, o desconhecimento da legislação social e das regras administrativa da sociedade de acolhimento” podem constituir barreiras aos cuidados de saúde, quer no que respeita ao acesso, quer nas relações terapêuticas estabelecidas com os profissionais de saúde, “influenciando de modo determinante a saúde física e, sobretudo mental, do indivíduo migrante” (Ramos, 2004: 284).

No que concerne à procura e utilização dos serviços de saúde, alguns estudos revelam que a “necessidade percebida de aceder aos serviços de saúde é maior na população migrante que reside há mais tempo no país de acolhimento e com um maior grau de alfabetização” (Gonçalves *et al.*, 2003: 62).

Apesar dos estudos sobre a influência da cultura nas questões da saúde e da sexualidade depararem-se com dificuldades em estabelecer a sua causalidade, devido à globalização, aculturação e miscigenação resultante dos fluxos migratórios a nível mundial, é possível encontrar condutas padronizadas relativamente a vários aspetos, nomeadamente nos comportamentos referentes à fecundidade, à reprodução e à contraceção (Bäckström 2009; Purnell & Paulanka, 2010; WHO, 2010).

Na realidade, são conhecidas as atitudes díspares que ainda persistem na atualidade sobre o encorajamento das mulheres para terem tantos filhos quantos os possíveis, enquanto que outros países limitam o número de filhos e defendem a hegemonia de um sexo sobre o outro. Também para algumas sociedades, a fertilidade está ligada à virilidade masculina, pelo que o controlo da natalidade é uma prática pouco conceituada pelos seus indivíduos. A questão do aborto é também controversa nos vários povos, sendo proibida em alguns países e encorajada noutros. Por sua vez, a contraceção apresenta diferentes conceções, conforme as práticas de atividade sexual, de fertilidade e de gravidez e parto de cada sociedade ou grupo de indivíduos. O mesmo acontece relativamente aos diferentes métodos contraceptivos. Enquanto algumas culturas repudiam os contraceptivos modernos em prole da abstinência sexual por longos períodos, outras promovem a esterilização definitiva. A pílula e o preservativo apresentam, também, conceções diversas sendo a sua aceitação e o seu uso desigual em diversos países (Purnell & Paulanka, 2010).

Embora a sexualidade e os comportamentos afetivos sejam influenciados por uma diversidade de fatores, tais como os socioeconómicos, os aspetos culturais revestem-se de enorme importância no desenvolvimento da sexualidade e dos comportamentos sexuais, sendo estas temáticas domínio de vários estudos ao longo do tempo, com especial destaque nos Estados Unidos da América e Inglaterra, devido à pluriculturalidade das suas sociedades (Helman, 2009).

Em Portugal os estudos começaram mais tarde, tendo em conta a diáspora migratória em contexto nacional, centrando-se especialmente no domínio da adolescência, traduzindo-se este aspeto numa lacuna na compreensão deste tema nos adultos (Fonseca & Lucas, 2009).

Reforçando a ideia acima apresentada das possíveis generalizações culturais, algumas investigações têm revelado associação direta dos fatores culturais e étnicos com a idade da primeira relação sexual, o número de parceiros sexuais, a duração das relações conjugais, a fertilidade e procriação, a adesão à contraceção e o uso dos contraceptivos. Para além disso, revelam diferenças na procura de cuidados de saúde e no despiste de doenças em contexto de saúde sexual e reprodutiva, como por exemplo o rastreio do cancro do colo ou da mama e das infeções sexualmente transmissíveis (Cestari & Zago, 2005; Fonseca & Lucas, 2009; Helman, 2009).

Neste contexto, diversos estudos indicam piores indicadores de saúde das mulheres migrantes, nomeadamente menor conhecimento e utilização dos serviços de saúde, inexistente ou inadequada vigilância pré-natal, menor utilização de métodos contraceptivos, maior vulnerabilidade às infeções sexualmente transmissíveis, mais gravidezes indesejadas, taxas mais elevadas de aborto espontâneo, de recém-nascidos com baixo peso e de mortalidade perinatal e infantil, conflitos maternos e de cuidados de saúde (Ramos, 2004, 2010, 2012b, c, 2015, 2016; Machado *et al.*, 2006; Lopes, 2007; Manuel, 2008; WHO, 2010; Poncet *et al.*, 2013).

Embora seja reconhecida a importância da variação cultural, devido a um conjunto heterogêneo de crenças, valores, costumes e normas sociais e tradicionais, na influência direta e indireta sobre o comportamento referente à fecundidade, à reprodução e à contraceção (WHO, 2010), existem estudos que corroboram a hipótese de que a origem étnica/cultural reduz o seu impacto na atitude observada entre os indivíduos face a outros fatores como as políticas de planeamento familiar, o acesso aos métodos contraceptivos e a informação acessível e adequada.

A este respeito, Gontijo (2014) divulga os resultados do estudo realizado no Quênia (entre 1989 e 2008) bem como os resultados de estudos idênticos de outros autores, que apontam para a atenuação da importância do fator cultural no comportamento contraceptivo. Apesar de os grupos étnicos apresentarem uma diversidade que deve ser considerada e respeitada

no que se refere à contraceção, os “dados mostram que mulheres mais escolarizadas, residentes em áreas mais urbanizadas, com maior número de filhos, mais jovens, com maior acesso a informação e cujo marido é mais escolarizado, possuem uma maior chance de ter uma atitude positiva frente à contraceção moderna” (Gontijo, 2014:14).

10.2. A Promoção da Saúde em contexto contracetivo e multicultural

A Promoção da Saúde é definida, segundo a Carta de Ottawa (1986) como a “capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida”, contemplando cinco eixos de ação - implementação de políticas públicas saudáveis, reorganização dos serviços de saúde, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade/indivíduo, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas. Neste documento foram, ainda, descritas três funções essenciais dos promotores de saúde: advogar, capacitar e mediar (Araújo, 2004; Ramos, 2004).

Baseado na ideia de capacitação do indivíduo no âmbito da promoção da saúde e das mudanças nos hábitos de vida, surge o conceito da Educação para a Saúde (EpS) que, sendo encarado como um processo educativo interativo, deve contemplar nas suas estratégias uma visão holística da pessoa, com o objetivo de facilitar mudanças voluntárias de comportamentos e hábitos relacionados com a saúde, com especial enfoque nos aspetos cognitivos (conhecimentos), afetivos (atitudes e valores), psicomotores (habilidades pessoais), sociais (capacitação de relação) e do comportamento (*idem*).

Como tal, a educação para a saúde consiste num processo de diagnóstico e intervenção, de acordo com as necessidades de aprendizagem e motivação demonstradas pelos indivíduos, usando uma metodologia participativa centrada no sujeito, permitindo a aquisição de conhecimentos e competências a nível individual e coletivo, necessárias à obtenção de estilos de vida saudáveis (Ramos, 2004; Carvalho & Carvalho, 2006; WHO, 2007; DGS, 2008; Penaforte *et al.* (2010); Pierre & Clapsis, 2010; Martins, 2011; Remoaldo & Nogueira, 2013).

É neste sentido que os conceitos de “prevenção” e “promoção” de saúde se distinguem. Enquanto a prevenção é definida por ações direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, a promoção envolve um conceito mais amplo, tendo como objetivo “a transformação das condições de vida e de trabalho dos indivíduos, por mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na construção e operacionalização das práticas de saúde,” visando aumentar a saúde e o bem-estar na globalidade e não apenas em alguma doença em particular (Cestari & Zago, 2005: 219).

Tendo em consideração a perspetiva holística da promoção da saúde, consideramos que a abordagem da saúde sexual e reprodutiva representa também uma das suas principais vertentes, englobando várias questões como a sexualidade, a reprodução e as relações interpessoais afetando, direta ou indiretamente, a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

Por sua vez, estes pressupostos encontram-se intrinsecamente ligados aos direitos humanos (já abordados no Capítulo I) reconhecendo-se que todos os indivíduos têm o direito à decisão livre e responsável nos aspetos relacionados com a reprodução (número de filhos, local e momento), sem discriminação, coerção ou violência, assim como o direito à informação, ao acesso e à escolha livre dos métodos contraceptivos que sejam seguros, eficazes e adaptados a cada mulher/casal.

Em Portugal, estes direitos têm sido consagrados em varadíssimos normativos legais, desde a própria Constituição da República (artigo 67º) que estabelece o dever do Estado de divulgar as atividades de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas para promover a paternidade consciente, passando pela formulação do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2008) até à integração da Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (criada em 2012) na Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, no sentido de uma melhoria dos cuidados prestados nestas áreas (DR, 2ª série, N°59, 23 de março de 2018, p: 8672).

No mesmo âmbito, a Organização Mundial de Saúde tem definido e atualizado ao longo dos tempos as diretrizes para os profissionais de saúde no exercício da atividade do planeamento familiar e nos critérios e recomendações para o uso de contraceção (WHO, 2007, 2015, 2016).

Desta forma, encontra-se estabelecida e reunida uma série de normas e orientações técnicas, nacionais e internacionais que definem quem, quando, a quem e como se prestam cuidados na área da saúde sexual e reprodutiva, concretamente na vertente contraceptiva, foco de interesse do presente estudo.

Embora importantes, estes protocolos legais não são suficientes para prestar cuidados holísticos às mulheres e homens, adequados às suas características pessoais e necessidades

específicas, sendo esta situação mais evidente na presença de uma sociedade multicultural, como é o caso da sociedade portuguesa.

Como anteriormente observado, a cultura desempenha um papel importante nos comportamentos em saúde, pelo que face ao crescente aumento da imigração feminina o “desenvolvimento de programas efetivos em saúde requer que os comportamentos sexuais e reprodutivos sejam contextualizados na realidade em que a comunidade está inserida, determinada pela situação epidemiológica, mobilidade e dinâmicas sócio-culturais e económicas criadas pelos fatores demográficos (migração e etnicidade)”, razão pela qual “as mulheres imigrantes não podem ser consideradas como um grupo homogêneo no que diz respeito aos conhecimentos, atitudes e comportamentos em saúde sexual e reprodutiva” (Rocha, Dias & Gama, 2010: 1004).

A revisão da literatura efetuada tem demonstrado a necessidade das intervenções na área da saúde sexual e reprodutiva integrarem as diferenças e as necessidades específicas de cada indivíduo/comunidade, reconhecendo a importância da interação entre os fatores culturais (saberes populares, papéis tradicionais associados ao género e desigualdades de género, diferenças de poder nas relações heterossexuais), religiosos e familiares, estilos de vida (atitudes, valores, comportamentos) e condições de vida (ambiente, nível socioeconómico, físico) que afetam o quotidiano das pessoas e influenciam as suas atitudes e comportamentos e, por conseguinte, as suas decisões contraceptivas.

Neste sentido, é fundamental que a educação para a saúde, qualquer que seja o modelo adotado, não se restrinja às atividades tradicionais de transmissão de conhecimentos. Concretamente na prática contraceptiva, a EpS não se deve limitar às informações sobre contraceptivos, habitualmente designado por “aconselhamento em planeamento familiar”, mas proporcionar um conjunto de meios ou de instrumentos que capacitem os indivíduos e lhes permitam encontrar a solução adequada à sua personalidade e cultura e às suas preocupações (Ramos, 2004; Sousa, Fernandes & Barroso, 2006; Penaforte *et al.*, 2010; Pierre & Clapsis, 2010; Rocha, Dias & Gama, 2010; Martins, 2011; Remoaldo & Nogueira, 2013).

Para além de garantir que as pessoas estejam bem informadas sobre as questões contraceptivas, a educação para a saúde deve contemplar informações sobre sexualidade

humana, infeções sexualmente transmissíveis, cancro do colo uterino, conceção, maternidade e paternidade responsável, conduzindo à capacitação dos indivíduos reforçando as suas capacidades para participarem, negociarem, influenciarem e controlarem no que diz respeito às suas necessidades e decisões (*idem*).

Concretamente no que concerne ao empoderamento dos indivíduos, a educação para a saúde junto da população imigrante feminina, deve ter como objetivo empoderar as mulheres, dando-lhes subsídios para o exercício consciente do seu direito à saúde reprodutiva e sexual.

Porém, apesar de o público alvo das ações de EpS se concentrar, habitualmente, no género feminino é essencial que as estratégias implementadas se foquem, também, na discussão do planeamento familiar para homens, de forma partilhada com as mulheres, na perspetiva do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III - OPÇÕES METODOLÓGICAS

1. PERSPETIVAS METODOLÓGICAS

Como supramencionado, a presente investigação tem como objetivo principal compreender os conhecimentos, atitudes e práticas face à contraceção e aos métodos contraceptivos de mulheres de origem africana e brasileira, residentes em Portugal, na região de Lisboa.

Tendo em consideração a natureza do objeto em estudo, surgiram questões mais específicas que determinaram a opção dos procedimentos metodológicos utilizados e que passamos relatar.

Quais os conhecimentos das participantes relativamente a:

- Fisiologia reprodutiva: identificação das fases do ciclo menstrual e do período fértil.
- Contraceção
 - Tipos de métodos contraceptivos conhecidos;
 - Mecanismo de ação;
 - Regras de utilização;
 - Efeitos colaterais/indesejáveis;
 - Mecanismo de ação e efeitos secundários dos métodos contraceptivos usados no momento da entrevista.

Quais as atitudes das participantes relativamente a:

- Crenças, valores, atitudes e experiências relativas à contraceção e aos diferentes métodos contraceptivos.

Qual a prática das participantes relativamente a:

- Vigilância em Consulta de Planeamento Familiar/Ginecologia;
- Comunicação com o médico/enfermeiro sobre contraceção;
- Método contraceptivo usado no momento da entrevista;
- Motivos para não usar contraceptivos;
- Aconselhamento na tomada de decisão do método contraceptivo;
- Tipos de métodos contraceptivos já usados anteriormente;
- Processos de resolução de incidentes com o uso dos contraceptivos.

Tendo em conta o objetivo da nossa pesquisa, considerámos importante recorrer a um estudo descritivo, exploratório e transversal, com o recurso a metodologia mista - abordagem quanti-qualitativa.

A investigação descritiva caracteriza-se por descrever um fenómeno sem manipulação das variáveis em estudo, procurando captar os dados a partir das conceções dos próprios sujeitos (Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010; Coutinho, 2013, 2018), pelo que no caso concreto do presente estudo pretende-se compreender conhecimentos, atitudes e práticas de uma população face à contraceção e aos métodos contraceptivos.

Constitui um estudo exploratório, uma vez que o objeto da pesquisa não se encontra suficientemente estudado, sobretudo a nível nacional e, particularmente, no âmbito da diversidade cultural relacionada com a saúde da mulher. A designação de transversal tem a ver com o momento da realização do estudo, que neste caso foi constituído unicamente durante a aplicação do instrumento de colheita de dados (*idem*).

O estudo apresenta, também, um carácter comparativo, na medida em que estabelece grupos de comparação, segundo as nacionalidades das participantes.

Do debate epistemológico entre o paradigma quantitativo e qualitativo, tem surgido a ideia da possibilidade de influências múltiplas poderem conduzir o percurso de uma investigação, compreendendo as virtualidades e as limitações de cada metodologia, reconhecendo essencialmente as suas semelhanças, usando os pontos fortes de cada uma para uma visão mais ampla do fenómeno social objeto de estudo. Com efeito, a metodologia mista pode realçar os vínculos entre a teoria, a investigação e a prática, aumentando a consistência e a fiabilidade dos resultados, dado que consiste em examinar as questões nos diversos contextos e através de uma análise integrativa (Onwuegbuzie & Leech, 2005; Günther, 2006; Coutinho, 2013, 2018).

Coutinho (2018: 356) defende que a resolução de um problema de investigação e a recolha de informação de carácter descritivo ou numérico é “independente da metodologia utilizada, devendo o investigador centrar-se no problema em estudo, ou seja, na busca *mais correta* à sua questão inicial”. Segundo o mesmo autor, o que deve determinar a opção metodológica do investigador não será a adoção de um tipo de metodologia ou de um paradigma, mas o verdadeiro problema a estudar numa complementaridade entre a perspetiva qualitativa/interpretativa e a quantitativa/positivista, adaptando-se uma estratégia flexível e dinâmica ao longo do desenvolvimento da pesquisa.

Deste modo, apesar da abordagem qualitativa se ter constituído como a mais relevante em todo o processo investigativo, focalizando-se nos processos e na compreensão e interpretação do fenómeno em estudo, foram usados métodos e técnicas que combinaram a recolha simultânea de dados quantitativos e qualitativos e a sua respetiva análise, permitindo uma maior compreensão das questões inter-relacionadas.

Neste sentido, a abordagem quantitativa possibilitou que as respostas às questões fechadas fossem facilmente quantificadas estatisticamente, fornecendo conhecimentos objetivos no que concerne a algumas variáveis em estudo e permitindo a comparação dos dados obtidos nas duas abordagens metodológicas utilizadas.

Assim, foi com base numa metodologia mista que se pretendeu compreender o significado da contraceção atribuído pelas participantes e a forma como o conhecimento, a atitude e a prática contracetiva se relacionam, adotando uma postura isenta de juízos de valor ou de ideias preconcebidas sobre o assunto (Coutinho, 2013, 2018).

2. PARTICIPANTES E CONTEXTO DO ESTUDO

A amostra de uma investigação representa um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, de quem se recolherá os dados, pelo que deve ser representativa do *universo geral* visado (Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010; Coutinho, 2013, 2018).

No que respeita ao número de indivíduos a incluir numa amostra, Ribeiro (2010: 46) afirma que “não existe um número mágico de participantes que possa ser considerado o número óptimo”, pelo que o seu aumento “não constitui o elemento mais crítico para tornar a investigação mais representativa”, mas antes pelo seu grau de precisão, da variância e do tipo da amostra.

Coutinho (2018: 99) sublinha, ainda, que, apesar de alguns “autores apontarem valores para o tamanho ideal da amostra a constituir numa investigação [...] estes números devem ser interpretados e usados com as devidas cautelas, uma vez que amostras maiores, se incorretamente constituídas, podem conduzir a resultados inválidos.”

Segundo Kaliyaperumal (2004) a amostra num estudo CAP deve ser suficientemente grande, de modo a representar a população sem, contudo, ser demasiado extensa, dificultando a recolha e análise de dados, o que no caso concreto de uma pesquisa no âmbito do doutoramento (limitações temporais e trabalho de investigação individual) teve que ser tomado em conta. A divisão da população em categorias menores é tipicamente desejável, tendo em vista a diversidade de vivências e formações educacionais, culturais, socioeconómicas, psicossociais e migratórias que podem revelar diferentes níveis de conhecimentos, atitudes e práticas face a um determinado fenómeno.

Deste modo, a determinação do número de participantes desta pesquisa teve em conta as suas características metodológicas, o contexto do trabalho de campo e as condições, no âmbito pessoal e profissional, exequíveis para a investigadora.

Antes de se passar à descrição do contexto e das participantes do estudo, queremos sublinhar que utilizaremos o conceito sugerido por Smith (1975 *apud* Ribeiro, 2010) de *universo de trabalho* sempre que nos referirmos à amostra do presente estudo, como operacionalização concreta do conjunto das participantes.

O universo de trabalho é constituído por 75 participantes, mulheres em idade fértil, de várias gerações e de diferentes nacionalidades, tendo, para o efeito, sido estabelecido os seguintes critérios de inclusão:

- Mulheres migrantes, oriundas do Brasil, Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e S. Tomé e Príncipe;
- Com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos;
- Com domínio da Língua Portuguesa;
- Residentes em Portugal há pelo menos um ano;
- Vontade e disponibilidade para participar no estudo.

As participantes foram incluídas no estudo segundo a ordem em que foram abordadas para o efeito e aceitaram participar, até se atingir a dimensão desejada. Assim, estipulou-se realizar quinze entrevistas por cada nacionalidade, obtendo-se o total de setenta e cinco participantes.

A seleção das participantes foi realizada através do processo de amostragem não probabilística acidental. Esta técnica permite estudar um grupo de indivíduos que se encontre acessível e disponível no momento da colheita de dados ou um grupo de voluntários, em que cada elemento da população não tem a mesma probabilidade para constituir a amostra (Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010; Coutinho, 2013, 2018).

Como referido pelos vários autores, nos estudos constituídos por uma amostragem não aleatória deve ser salvaguardado o uso dos resultados obtidos, impedindo a generalização dos mesmos (*idem*). Porém, mais importante que o rigor do processo de seleção dos sujeitos que participam num estudo é a relevância das significações por eles transmitidas, pelo que a intenção do investigador não é tanto generalizar, mas caracterizar e estudar os resultados a partir de um fenómeno particular, procurando aspetos universais que permitam a comparação com outros encontrados em estudos anteriores (Shaw, 1999; Erickson, 1986 *apud* Coutinho, 2018).

Na realidade, um estudo de carácter essencialmente qualitativo terá sempre uma componente subjetiva, considerando que as pessoas só dirão aquilo que entendem dizer ou pensam ou sabem que o investigador quer ouvir, pelo que os relatos devem ser analisados cuidadosamente e não devem ser generalizados (Ruquoy, 1997; Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010; Coutinho, 2013, 2018).

Voltando aos critérios de inclusão no que concerne ao país de origem, considerámos essencial incluir os países africanos de expressão portuguesa e o Brasil por representarem, maioritariamente, a proveniência das mulheres migrantes em Portugal e dada a sua diversidade de origem cultural.

A escolha das nacionalidades das participantes para integrar o estudo prendeu-se, em parte, com o fenómeno da representatividade da migração feminina em Portugal (*vide* subcapítulo 9). Por outro lado, a decisão de excluir alguns países europeus, como a Ucrânia e a Roménia (que ocupavam lugares de maior destaque do que Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe) deve-se ao facto de acreditarmos que as comunidades oriundas de países do Leste têm uma cultura ocidentalizada e, por isso, mais idêntica à cultura europeia e portuguesa.

Assim, para além do Brasil, elegemos como países africanos constituintes do nosso universo de trabalho Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e S. Tomé e Príncipe, países que têm integrado a lista das doze nacionalidades mais representativas desde 2011 (INE-Portugal, 2012, 2017).

Quanto à idade das participantes tivemos em consideração incluir apenas jovens a partir dos 18 anos, dispensando, assim, o consentimento prévio dos pais/encarregados de educação imprescindível no caso de jovens menores.

Estipulou-se o tempo mínimo de um ano de permanência em Portugal, tendo em conta o processo de integração de um migrante no país de acolhimento, considerando que esse período constituirá o tempo necessário para um razoável contacto com a nova sociedade, permitindo algum conhecimento a nível linguístico, cultural e do sistema de saúde em vigor.

A nossa decisão de obter uma amostra exclusivamente feminina e de dar voz às mulheres, baseia-se nos diversos estudos que mostram que os comportamentos contraceptivos são fortemente influenciados por fatores culturais, desigualdades de género, decisões e valores decididos pelos homens, numa relação de poder desigual e autoritário (Ramos, 2004, 2010, 2012b, c, 2015; Couto & Schraiber, 2005; Louis, 2005; Prazeres, 2008; Sato & Hoga, 2011; Penna, 2014).

Na realidade, apesar de o papel que os homens exercem ou podem exercer na participação das estratégias preventivas e contraceptivas das suas parceiras, a mulher tem assumido a contraceção como agente exclusivo da reprodução. Tal situação poderá estar ligada à ideia

de que os homens estão associados ao domínio da sexualidade e ao interesse profissional e económico, enquanto que as mulheres se encontram mais circunscritas aos interesses vinculados à reprodução e ao cuidado dos filhos e da casa (Carvalho, Pirotta & Schor, 2001; Marcolino & Galastro, 2001; Toneli, 2004; Minella, 2005; Almeida & Vilar, 2008; Morais *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2016; Cabral, 2017).

Por outro lado, poder-se-á ainda observar múltiplos fatores, nomeadamente as questões de conjugalidade e a instabilidade das relações interpessoais, muitas vezes associada a relacionamentos esporádicos, assim como a não-aceitação por parte do homem das decisões reprodutivas das mulheres e das suas práticas contraceptivas.

Considerados todos estes aspetos e associados às limitações temporais decorrentes de um trabalho académico, optámos por não incluir os homens, tendo-se como principal objetivo aprofundar o mais possível o conhecimento na população feminina.

No que concerne ao local de aplicação do instrumento de colheita de dados, considerou-se importante abordar as mulheres no seu contexto social, pelo que se procedeu à identificação das Instituições e Associações que desenvolvem trabalho com comunidades imigrantes, fazendo-se uma seleção prévia tendo em conta os locais onde pudesse ser mais fácil encontrar participantes das nacionalidades escolhidas e, também, que se encontrassem na área metropolitana de Lisboa, área geográfica caracterizada por intensos fluxos migratórios.

Após esta primeira seleção, foram efetuados contactos telefónicos explicando o tipo de estudo que se tencionava realizar e a população que pretendíamos encontrar. Seguidamente, procedeu-se ao pedido formal de autorização às entidades competentes das diferentes Instituições que se mostraram disponíveis para a realização do trabalho de campo, com a entrega de toda a documentação referente ao estudo - descrição da temática, objetivos do estudo e método de colheita de dados - bem como dos documentos a entregar às participantes no momento da entrevista - consentimento informado e explicação sobre o estudo (Anexos I, II, III).

À medida que fomos recebendo resposta positiva ao nosso pedido por parte das instituições/associações contactadas, foi sendo agendada a presença da investigadora nos respetivos locais, segundo os dias e horários de maior acessibilidade à população migrante em causa e, também, a disponibilidade da autora do estudo.

De salientar a diversidade de horários e dias de atendimento à população migrante e a imprevisibilidade de se encontrar mulheres que perfizessem os critérios de inclusão previamente definidos, fazendo com que muitas deslocações aos diversos locais de campo se tivessem tornado infrutíferas.

Obteve-se um leque variado de instituições e associações recreativas, religiosas, sociais e autárquicas e das comunidades em análise, a quem foi solicitada colaboração na sinalização de potenciais participantes no estudo, tendo em conta os critérios de inclusão da amostra.

Já em contacto direto com as instituições para a aplicação do instrumento de colheita de dados, os respetivos funcionários disponibilizaram os locais para as entrevistas e, por vezes, facilitaram a primeira abordagem com as mulheres das diversas nacionalidades em análise.

No que respeita ao país de origem, algumas instituições (pelo tipo de atividade desenvolvida) apenas permitiram o acesso a participantes de um determinado país, como a Casa do Brasil ou a Associação Mulher Migrante Angolana, enquanto outras possibilitaram o contacto com as diversas nacionalidades.

Algumas instituições, pelo facto de não trabalharem diretamente com a população em foco, proporcionaram o contacto com outras mulheres, que acederam participar no estudo e que indicaram, também, outras mulheres imigrantes para integrarem o grupo.

Nestes casos, foram feitos contactos diretos com as participantes que se disponibilizaram a colaborar no estudo, tendo as entrevistas ocorrido em vários locais (cafés, esplanadas, salões de cabeleireiro, domicílio das participantes, veículo da investigadora) com o seu acordo, havendo sempre a preocupação de garantir a sua privacidade bem como o desenvolvimento da entrevista nas melhores condições.

Apresenta-se na Tabela 1 a distribuição das participantes segundo o local de aplicação do instrumento de colheita de dados.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O LOCAL DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Locais de aplicação do instrumento de colheita de dados	Nacionalidade				
	Santom.	Angol.	Guin.	Cabov	Bras.
Ajuda de Mãe, Centro Comunitário de Apelação	3				
Associação Guineense de Solidariedade Social, Lisboa		1	9	1	
Associação de Moradores do Catujal, Loures	1			2	
Associação Mulher Migrante Angolana (seção Amadora e Sintra)		4			
Casa do Brasil, Lisboa					2
Gabinete de apoio ao imigrante (GAI), Sacavém	5	3	1	1	
GAI Itinerante - Associação de Moradores do Bairro CAR do Zambujal, Loures	1	1			
START Social, Sacavém	2		1		
Gabinete de Integração Profissional, Cova da Moura, Amadora	1		4	9	2
Igreja Evangélica Serra das Minas, Sintra		4			1
Domicílio das participantes	1			1	1
Salão de cabeleireiro (2 locais)					5
Café/esplanadas		1		1	4
Veículo da investigadora	1	1			

A deslocação da investigadora ao terreno do estudo foi importante e enriquecedora, por possibilitar um contacto direto com as participantes no seu “meio ambiente”, promovendo, na maior parte dos casos, uma relação interpessoal de maior proximidade, levando as participantes a sentirem-se mais confiantes e a revelarem aspetos mais íntimos no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva.

3. INSTRUMENTOS E TÉCNICAS UTILIZADOS

A entrevista direta foi a técnica de recolha de dados utilizada no presente estudo, uma vez que a situação do investigador no ato da inquirição pode fazer a diferença quanto à aceitação em participar, ao envolvimento no estudo, ao esclarecimento de dúvidas e clarificação de conceitos e a uma maior taxa de respostas obtidas (Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010; Coutinho, 2018).

Considerou-se importante realizar a modalidade de entrevista semi-diretiva ou semi-estruturada, por permitir algum grau de comparabilidade entre os participantes e compreender em que medida é que diferentes sujeitos se posicionam face às mesmas questões (Coutinho, 2013, 2018).

As entrevistas podem ser classificadas de acordo com as suas características, pelo que neste caso o modelo de entrevista foi adaptado aos diferentes tipos de questões que constituíram o instrumento de colheita de dados (*idem*).

Para a elaboração do guião orientador da entrevista recorreu-se, para além da consulta documental, a entrevistas a profissionais especialistas na área da saúde da mulher, com enfoque na contraceção. Realizou-se, ainda, entrevistas a informadores qualificados correspondentes às nacionalidades em estudo, de forma a obter informações relevantes no que respeita ao modo de vida, a crenças e tabus no uso da contraceção e que foram igualmente úteis na elaboração e condução da entrevista.

O guião foi estruturado segundo seis áreas temáticas principais, cada uma com objetivos específicos, constituindo-se um formulário orientador de perguntas-tipo, adaptado às diferentes questões que integraram o instrumento de colheita de dados final.

Assim, numa parte inicial, a entrevista permitiu obter dados referentes às características sociodemográficas e culturais das participantes (país de origem, nacionalidade, área de residência, idade, religião, escolaridade, situação conjugal, situação profissional), ao processo migratório (tempo de saída do país de origem e de permanência em Portugal) e à saúde reprodutiva (história ginecológica e obstétrica). Concretamente ao objeto de estudo, foram formuladas questões no âmbito do conhecimento, da atitude e da prática contracetiva.

As perguntas foram elaboradas de forma aberta, singular, clara e neutral de modo a permitir às participantes a utilização dos seus quadros de referência, sem restrições ou imposições, no intuito de estas se expressarem de forma livre (Ruquoy, 1997; Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010; Coutinho, 2013, 2018).

Para as questões meramente de resposta “Sim/Não/Não sabe/Não responde” ou enumerativa (e. g. quais os métodos contraceptivos que conhece?) foi elaborado para cada uma delas um quadro fechado de possíveis respostas, permitindo serem assinaladas de uma forma inequívoca e rápida.

As perguntas de tipo “aberto” permitiram registar os depoimentos livres sobre os temas em estudo. Na dimensão atitude foi pedido às participantes que manifestassem a sua opinião relativamente a dezasseis afirmações, sendo as respostas registadas numa escala tipo Likert.

A validação do instrumento de colheita de dados foi realizada através de um pré-teste em um pequeno grupo de representantes de cada nacionalidade que integra o estudo, cujos resultados foram analisados, verificando-se o grau em que as questões foram devidamente compreendidas, a forma como as participantes interpretaram as perguntas e a discrepância entre os subgrupos do universo de estudo.

Foram assinaladas algumas questões que nos pareceram desnecessárias e, por isso, imediatamente eliminadas (e. g. as “razões para a prática religiosa” e a “atividade profissional do companheiro”). Na dimensão conhecimento, registou-se por parte de algumas participantes dificuldade na compreensão de algumas questões no âmbito da fisiologia reprodutiva, pelo que foi reformulada a forma como passaram a ser colocadas.

No Quadro 9 apresenta-se uma visão simplificada do guião da entrevista semi-estruturada, designadamente os objetivos de cada uma das áreas temáticas abordadas.

QUADRO 9 - SÍNTESE DO GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Áreas temáticas	Objetivos
Legitimação da Entrevista	Explicitar: <ul style="list-style-type: none">– Motivação/razão/finalidade do estudo;– Âmbito e objetivos do estudo;– Importância da colaboração e reflexão sobre as questões lançadas;– Garantia da confidencialidade e anonimato;– Necessidade de registo da entrevista;– Motivação para a entrevista.

	<p>Esclarecer todas as questões/dúvidas.</p> <p>Facultar o documento do consentimento de participação no estudo e do guia explicativo do mesmo e dar tempo para que a participante os leia.</p> <p>Assinar o consentimento de participação no estudo.</p> <p>Entregar os dois documentos.</p>
Caracterização das participantes	<p>Descrever o perfil das participantes quanto às características sociodemográficas e migratórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade; - Nível de escolaridade completo; - Estado civil; - Religião; - Profissão; - Meio de subsistência; - Com quem vive; - Percurso migratório; - Tempo de permanência em Portugal; - História ginecológica e obstétrica.
Conhecimento	<p>Descrever os conhecimentos das participantes em relação à fisiologia reprodutiva e à contraceção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fases do ciclo menstrual e período fértil; - Métodos contraceptivos conhecidos; - Características dos métodos contraceptivos conhecidos; - Método contraceptivo atual: mecanismo de ação e efeitos secundários.
Atitude	<p>Descrever as crenças, valores, atitudes e experiências das participantes relativas à contraceção e aos métodos contraceptivos.</p>
Prática	<p>Descrever a prática contraceptiva das participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Método contraceptivo atual; - Contraceção anterior.
Encerramento da entrevista	<p>Recolher elementos de carácter complementar que não tenham sido abordados durante a entrevista e possam ser relevantes para o estudo.</p> <p>Informar sobre alguma questão que careça de esclarecimento ou que seja necessário acrescentar, em relação ao tema da entrevista.</p> <p>Agradecer a colaboração.</p>

Fonte: autora

Realizados os respetivos ajustes e conscientes da complexidade da técnica usada, demos início formal às entrevistas, que decorreram no período compreendido entre setembro de 2016 e março de 2017, em contexto já anteriormente referido. Os dados receberam codificação a partir de uma numeração crescente antecedida do carácter E (e. g. E01, E02 e assim sucessivamente) conforme a ordem da sua realização.

As entrevistas ocorreram, maioritariamente, num clima agradável, tranquilo, de confiança e, muitas vezes, até de empatia, possibilitando às participantes exporem naturalmente os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos no âmbito da contraceção.

Maioritariamente as participantes apresentaram um discurso fluído, com uma oralidade espontânea, encadeando de tal forma os seus testemunhos, as suas reflexões e as dúvidas que as suas próprias respostas lhes causavam, situação que em certos momentos dificultou a condução das entrevistas. Foram raríssimas as participantes que precisaram que se utilizasse sinais verbais e não-verbais de reforço e estímulo ao desenvolvimento da entrevista.

As entrevistas foram manuscritas, dado no pré-teste se ter verificado que a maior parte das participantes mostravam relutância em que as mesmas fossem gravadas em áudio. Assim, optou-se definitivamente por esse processo, de modo a existir uniformidade na técnica de recolha de dados em todas as entrevistas.

Na maioria das vezes, foi possível transcrever quase de imediato cada entrevista, devido ao grande espaço temporal entre cada uma, permitindo registar tudo o que poderia de algum modo contribuir para o enriquecimento do estudo, nomeadamente o registo de alguns aspetos comunicacionais não verbais, bem como assuntos por vezes abordados após o término da entrevista, momento em que as participantes apresentavam questões que gostavam de ver esclarecidas sobre o tema em análise ou faziam comentários ou sugestões relativamente à pesquisa.

Muito frequentemente, as participantes solicitaram esclarecimentos sobre alguns assuntos abordados ao longo da entrevista, referindo “*Quero que você me explique muitas coisas do que perguntou*”; “*Agora gostava de tirar dúvidas sobre estas coisas [...]*”; “*Podia dizer-me algumas coisas [...] o período fértil, as fases do ciclo, a pílula, a diferença dos dois dispositivos [...]*”.

Algumas participantes também quiseram saber da exatidão das respostas que foram dando, questionando “*eu respondi bem sobre [...]?*”. Uma participante pediu “*escreva aí essa coisa [espermatozoide]*”.

Outras, ainda, solicitaram informação ou ajuda para resolução de situações pessoais e específicas do âmbito da saúde sexual e reprodutiva, colocando questões como “*Gostava mesmo de falar consigo sobre o meu problema [...]*”; “*Como faço para tirar isto? [Implante contraceptivo]*”; “*Você pode fazer isso aí? [colocação do implante contraceptivo]*”; “*O que acha que eu posso tomar?*”; “*Gostava que dissesse como fazer em caso de esquecimento da pílula.*”; “*Qual o método que tu achas melhor? Qual o que tu fazias se fosse tu?*”

As participantes manifestaram com alguma regularidade que “*achavam o estudo muito interessante*”, que “*tinham tido pela primeira vez a oportunidade de falar destes assuntos com à-vontade e naturalidade*” e que “*tinham aprendido muitas coisas*”.

Sugeriram, ainda, temas para futuros estudos como “*perceber porque os homens não gostam de usar preservativo*” e “*falar com as mães sobre estas coisas, para elas falarem com as filhas*” e para “*compreenderem a homossexualidade, o lesbianismo e o que é isso de ser bissexual*”.

Embora no início de cada entrevista se apontasse a motivação da investigadora para a realização do estudo e a importância que poderá ter na área dos cuidados de saúde à mulher, registámos uma questão que apesar de única não queremos deixar de a partilhar: “*Gostava de saber como surgiu este tema [contraceção] para você estudar.*”

Todas estas manifestações, bem como a vontade das participantes em continuar a falar sobre contraceção, querendo prolongar o nosso encontro, pareceu-nos sugerir alguma satisfação em relação à sua participação na entrevista, assim como justificar, de algum modo, a pertinência do estudo. Concomitantemente, revelou a importância que as participantes atribuem à comunicação e informação por parte dos profissionais de saúde.

4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

As técnicas de tratamento de dados, enquanto “(...) procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis e suscetíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problema e aos fenômenos em causa” (Carmo & Ferreira, 1998: 175), decorrem essencialmente do tipo de dados obtidos.

Considerando as questões e os objetivos que nortearam o estudo e, conseqüentemente, o guião condutor da entrevista semi-estruturada e o tipo de questões, foram utilizadas duas técnicas de tratamento de dados.

A análise de dados quantitativos foi elaborada no software SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Foi realizada uma análise descritiva univariada e bivariada com cálculo de medidas de tendência central de dispersão e de frequência, recorrendo-se ao apoio do excel para a elaboração da representação gráfica dos resultados sempre que necessário.

Foi realizada, também, a correlação de Spearman para verificar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a nacionalidade das participantes e algumas das questões do guião. Para além disso, procedeu-se ao cálculo do Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna do grupo de perguntas com a escala de Likert. Todos os testes de hipóteses foram realizados com um grau de confiança de 95%. No Anexo V apresentam-se os valores descritivos em relação às afirmações apresentadas na tabela Likert.

A análise qualitativa dos dados foi feita através de análise de conteúdo permitindo “analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave” que possibilitem uma comparação posterior” (Coutinho, 2018) atribuindo-lhes, para isso, um valor numérico.

Neste contexto, encontrava-se o conjunto de dados textuais extraídos das questões abertas ligadas ao conhecimento sobre contraceção e à prática contracetiva das participantes. Foram também analisados da mesma forma os testemunhos que emergiram da opinião das participantes perante as afirmações apresentadas na avaliação da dimensão atitude.

Os discursos das participantes foram estruturados em categorias de análise pré-definidas de acordo com o quadro conceptual, os objetivos do estudo, os temas abordados no guião de

entrevista e os que emergiram das falas das participantes; nos resultados descrevem-se as categorias e em cada uma destas são apresentados extratos dos discursos, de forma a ilustrar os significados atribuídos pelas participantes.

A realização das entrevistas e a transcrição das mesmas (após a sua concretização) foi um procedimento totalmente executado pela investigadora, o que contribuiu para um contacto próximo com as participantes e os seus testemunhos, facilitando a análise e interpretação dos dados, mantendo a máxima fidelidade em relação aos discursos.

O processo de análise de conteúdo incluiu uma organização das unidades de registo (UR) por temas e obedeceu a um grau de rigor que permitiu traduzir as unidades de registo e de enumeração (UE) em termos quantitativos (absolutos e relativos) para cada uma das categorias e subcategorias, o que forneceu um total global de UR e de UE, em cada uma das categorias e temas obtidos (Bardin, 2014).

Na contagem de frequência das ocorrências, partimos da hipótese que determinado conteúdo, pela repetição com que foi verbalizado, possa significar que está mais presente no pensamento das participantes, pelo que a ênfase numa determinada categoria ou subcategoria é mais forte quando nela existe um predomínio de UR.

Após terminado o processo anteriormente referido, verificou-se a validade e fidelidade dos resultados, confirmando se as categorias encontradas traduziam o verdadeiro sentido dos dados numa reanálise, feita pela investigadora, ao longo de todo o processo (Coutinho, 2018). Com o mesmo objetivo de verificar a consistência da codificação todas as etapas foram analisadas e debatidas com vários profissionais da prática e da academia.

5. QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas em pesquisas no âmbito das Ciências Sociais e aplicadas à Saúde de uma forma particular revestem-se de enorme complexidade e dinamismo, acompanhando a evolução das ciências sociais e da saúde.

Esta realidade torna-se, ainda, mais importante quando se abordam aspetos do foro íntimo, como é o caso das questões sobre o comportamento contraceptivo, fortemente ligado à vivência da sexualidade e ao relacionamento entre géneros, pelo que os princípios éticos foram meticulosamente abordados. Concretamente neste domínio, embora certamente não exclusivo da pesquisa sobre sexualidade, deve salientar-se as questões éticas ligadas à deontologia profissional, na qual se destacam, entre outras, a privacidade e o segredo profissional (Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 2008; Ribeiro, 2010; Almeida, 2013; Coutinho, 2018).

Neste sentido é determinante que o investigador assegure os direitos fundamentais definidos pelo código de ética - autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo, tratamento justo e leal (*idem*).

Esta preocupação manteve-se presente ao longo de todo o estudo, desde a fase do planeamento (o que se pretendia conhecer e para quê, que métodos e técnicas usar, a seleção dos sujeitos) à realização do estudo (obedecendo a todos os princípios éticos da conduta do investigador e da relação estabelecida com as participantes) e à análise e apresentação dos resultados (análise rigorosa e fidelidade dos dados) (*idem*).

Como anteriormente referido e tendo como objetivo a validação do estudo, realizámos previamente contatos institucionais, presenciais ou por telefone, solicitando posteriormente autorização escrita às entidades competentes das diferentes instituições e associações, para a realização do trabalho de campo, com a descrição da temática, objetivos do estudo e métodos de colheita de dados, apresentando também toda a documentação a ser entregue às participantes no momento da entrevista (Anexo I).

Após autorização superior para o desenvolvimento do estudo e em contacto com as participantes foi fundamental assegurar o respeito pela autonomia, dignidade e liberdade da pessoa, respeitando-se e promovendo-se o seu direito à decisão voluntária e livre de

participar na pesquisa, bem como de suspender a sua participação sem qualquer prejuízo. Após uma breve explicação sobre a pesquisa e a garantia de todos os pressupostos éticos e deontológicos, bem como a vontade expressa de cada mulher em participar no estudo, foi entregue uma cópia do Consentimento Informado, devidamente assinada e datada pela investigadora e respetiva participante (Anexo II) e o documento de Informação ao Sujeito da Investigação (Anexo III).

De salientar que apenas uma participante recusou participar no estudo, após ter sido explicada a necessidade de assinar o Consentimento Informado. Relativamente ao processo de registo da entrevista, quando do pré-teste, algumas participantes recusaram a gravação áudio, pelo que se optou pelo seu registo manual, sendo cada entrevista imediatamente transcrita na totalidade, conforme já referido.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS

6. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Como supramencionado, o universo do presente estudo é constituído por 75 participantes, oriundas de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, S. Tomé e Príncipe e Brasil, sendo cada nacionalidade representada por 15 mulheres.

Seguidamente procede-se à caracterização das participantes, tendo por base os dados obtidos na primeira parte da entrevista, referentes às características socioculturais e demográficas, ao percurso migratório e à história ginecológica e obstétrica – idade da menarca, regularidade do ciclo menstrual, conhecimento da data da última menstruação (DUM), idade à primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, parceiro sexual à data da entrevista; infeções sexualmente transmissível (IST), ocorrência de gravidez e número de filhos, idade à data do nascimento do primeiro filho, número de filhos planeados, número de interrupções de gravidez por opção da mulher, vigilância em consulta de planeamento familiar/ginecologia e comunicação com o médico ou enfermeiro sobre contraceção.

Concelho de residência

Uma significativa parte das participantes residia no concelho de Loures e Amadora, seguido do concelho de Lisboa e Sintra (Tabela 2), áreas geográficas onde realizámos as entrevistas e que traduzem os concelhos do distrito de Lisboa com maior número de estrangeiros residentes, excetuando Cascais, que se situa imediatamente a seguir ao concelho de Sintra (SEF, 2017).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O CONCELHO DE RESIDÊNCIA

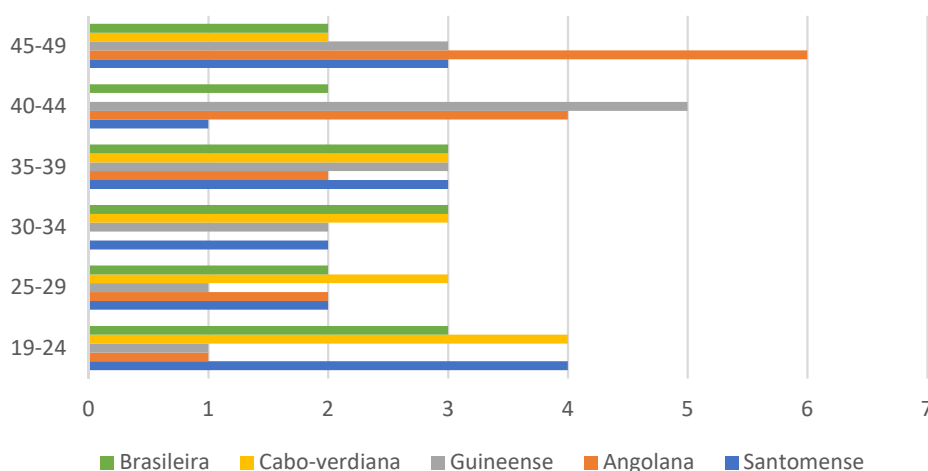
Concelho de residência	<i>f</i>	%
Loures	28	37,3
Amadora	22	29,3
Lisboa	13	17,3
Sintra	12	16,0
Total	75	100,0

Idade

As idades das participantes encontram-se compreendidas entre os 19 e os 49 anos, o que está de acordo com a caracterização da idade das mulheres migrantes (SEF, 2017). A média de idades é de 35,37 anos, para um desvio padrão de 9,065.

Relativamente à distribuição do universo de trabalho por grupo etário, pode constatar-se que mais de metade das participantes (56%) se encontra entre os 35 e os 49 anos (Figura 7).

FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO

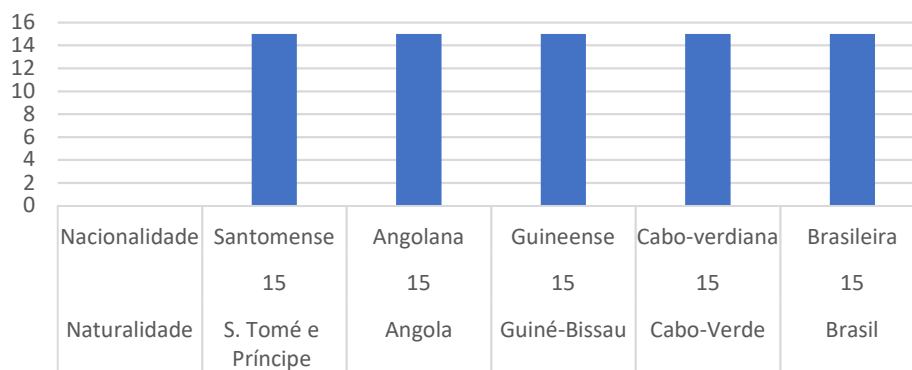


No que concerne à distribuição das nacionalidades das participantes segundo o grupo etário, as mulheres brasileiras e santomenses encontram-se representadas de forma praticamente uniforme. Quanto às participantes africanas, as mulheres angolanas e as guineenses situam-se maioritariamente entre os 35 e os 49 anos e as mulheres cabo-verdianas entre os 19 e os 34 anos.

Nacionalidade

A nacionalidade das participantes corresponde ao país de nascimento (Figura 8).

FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O PAÍS DE NASCIMENTO E A NACIONALIDADE



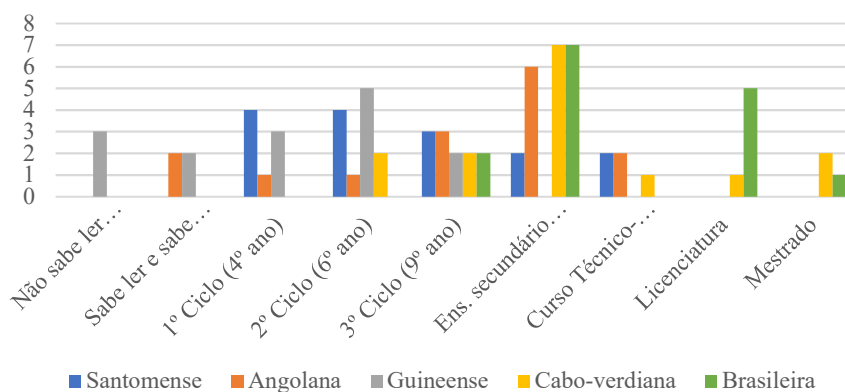
Nível de escolaridade completo

Das participantes, 48,0% possui um nível de escolaridade igual ou superior ao ensino secundário.

Analisando por nacionalidade, verifica-se que todas as participantes brasileiras têm um nível de escolaridade igual ou superior ao 3º ciclo do ensino básico, sendo que 5 mulheres têm a licenciatura e 1 o mestrado. Dados semelhantes são obtidos pelas participantes cabo-verdianas, em que 1 possui a licenciatura e 2 o mestrado.

As participantes guineenses possuem níveis de escolaridade mais baixos, sendo que 10 têm entre o 1º e o 3º ciclo do ensino básico, 2 sabem ler e escrever e 3 não o conseguem fazer (Figura 9).

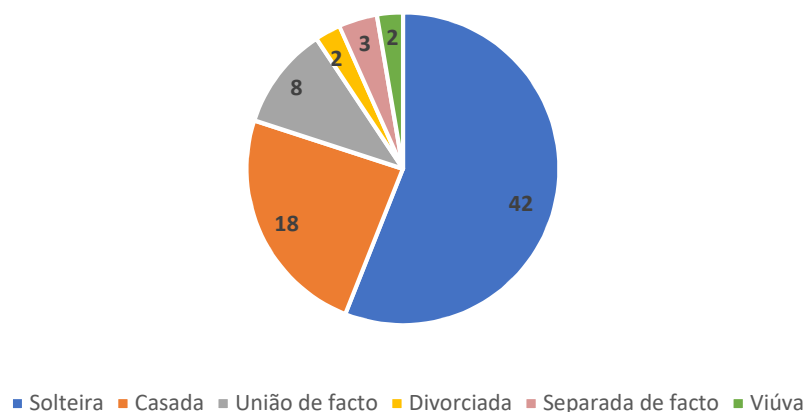
FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O NÍVEL DE ESCOLARIDADE COMPLETO E A NACIONALIDADE



Estado civil

Cerca de metade das participantes (42) são solteiras, enquanto 26 vivem em casal independentemente do estado civil (Figura 10).

FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O ESTADO CIVIL

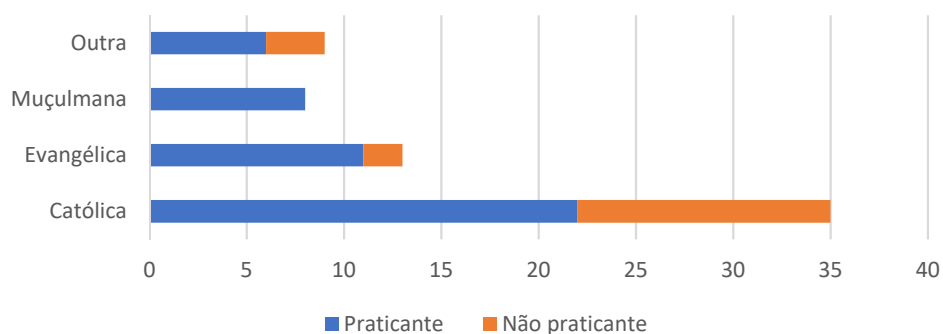


Religião

Das 65 participantes que referiram ter uma religião, 53,8% revela professar a Religião Católica, seguida da Evangélica (20,0%) e da Muçulmana (12,3%). As restantes participantes (13,8%) distribuem-se por outras religiões (Figura 11).

No que se refere à prática religiosa, 72,3% revela-se praticante e 27,7% não praticante.

FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A RELIGIÃO E A SUA PRÁTICA



Situação profissional, profissão, meio de subsistência

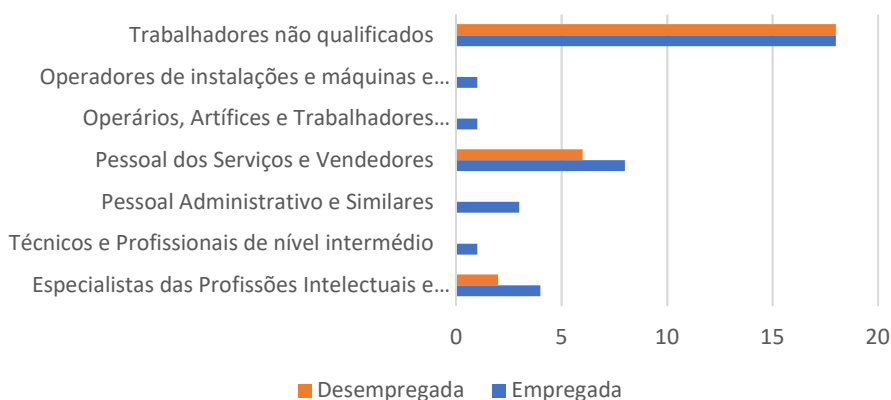
No que concerne à situação profissional em Portugal, 36 participantes encontram-se empregadas e 26 desempregadas, 6 são estudantes, 5 domésticas e 2 encontram-se em situação de Junta Médica (Figura 12).

FIGURA 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A ATIVIDADE ECONÓMICA



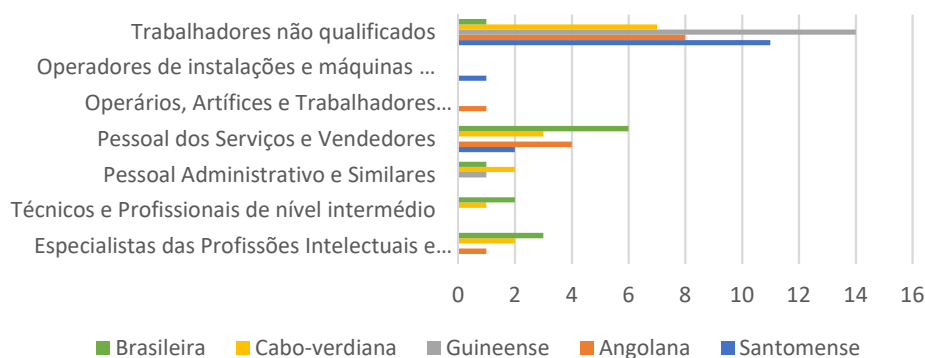
Das 36 participantes que têm, atualmente, uma atividade profissional ativa, 18 pertencem ao grupo de trabalhadores não qualificados (sendo a atividade mais frequentemente referida a de empregada doméstica ou de limpeza), 8 pertencem ao grupo de Pessoal dos Serviços e Vendedores, 3 ao Pessoal Administrativo e Similares e 2 ao grupo de Operárias e Artífices e trabalhadores similares. As Profissões Intelectuais e Científicas e de Técnicos e Profissionais de nível intermédio são exercidas, atualmente, por 4 e 1 participantes, respetivamente. Relativamente às participantes que se encontram desempregadas (26) continua a observar-se a predominância da atividade profissional não qualificada, anteriormente exercida. (Figura 13).

FIGURA 13 – RELAÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL DAS PARTICIPANTES COM A PROFISSÃO ANTERIOR E ATUALMENTE EXERCIDA



No que respeita à nacionalidade, verifica-se que as mulheres africanas têm tido uma atividade profissional pouco qualificada em oposição às mulheres brasileiras. Do grupo das 6 estudantes, 2 são brasileiras tendo já exercido uma atividade profissional inserida no grupo de Profissões Intelectuais e Científicas (Figura 14).

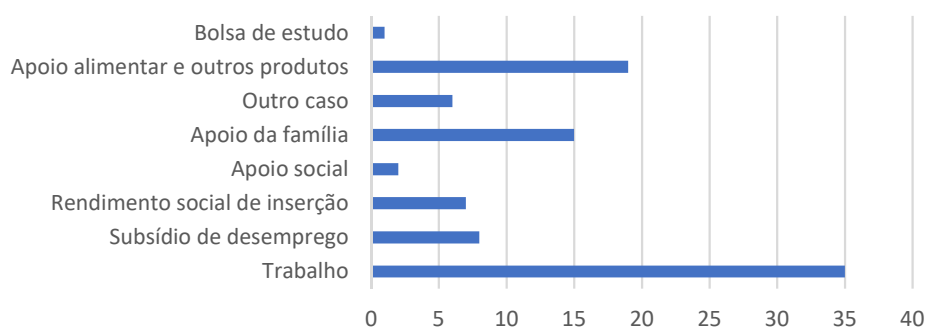
FIGURA 14 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A SUA NACIONALIDADE E A PROFISSÃO ANTERIOR E ATUALMENTE EXERCIDA



Para as participantes que não se encontram a trabalhar, o meio de subsistência mais assinalado foi o apoio da família e o apoio alimentar e outros produtos (higiene e vestuário) (Figura 15).

Uma participante (E62) refere que trabalha apenas 2 horas por dia nas limpezas, pelo que o seu meio de subsistência é, essencialmente, feito à custa do Rendimento Social de Inserção (motivo pelo qual o “trabalho” consiste no meio de subsistência apenas para 35 participantes).

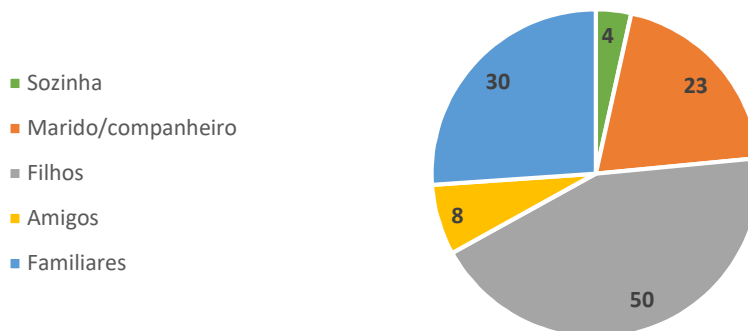
FIGURA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES DESEMPREGADAS SEGUNDO O MEIO DE SUBSISTÊNCIA



Agregado familiar

No grupo total das participantes, a maioria vive com filhos ou com familiares (Figura 16).

FIGURA 16 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O TIPO DE PESSOAS COM QUEM VIVEM



Processo Migratório

Tempo de permanência em Portugal

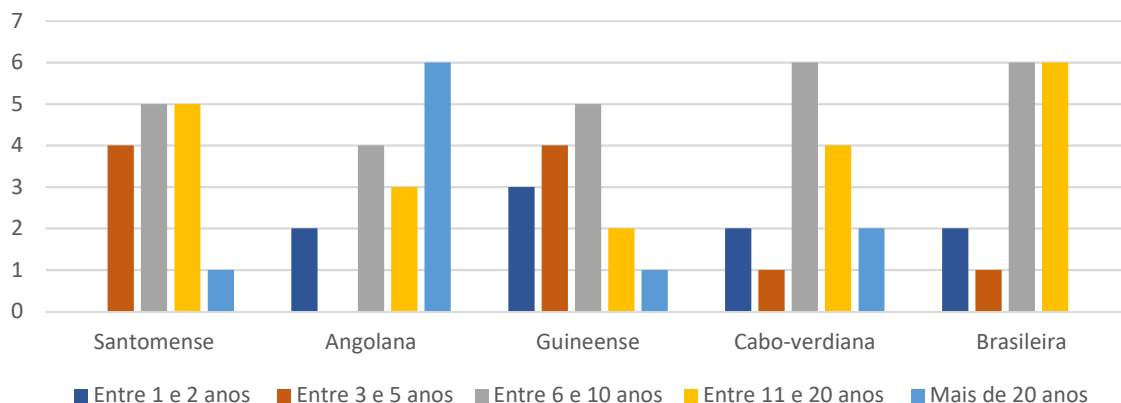
O tempo de permanência das participantes em Portugal varia entre 1 e 41 anos, coincidindo com o tempo de saída do país de origem, pois todas saíram do seu país com destino a Portugal, à exceção de E34 que esteve anteriormente com a família 5 anos na Holanda (Tabela 3).

TABELA 3 - PROCESSO MIGRATÓRIO DAS PARTICIPANTES

Processo Migratório	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de saída do país de origem	75	1,0	41,0	11,6	8,77
Tempo de permanência em Portugal	75	1,0	41,0	11,1	8,44

Considerando o tempo de permanência em Portugal e a origem das participantes, verifica-se que 46 vivem em Portugal entre os 6 e os 20 anos, destacando-se neste grupo as mulheres brasileiras, seguido das santomenses e cabo-verdianas. São maioritariamente as mulheres angolanas que estão em Portugal há mais de 20 anos. Apenas 9 participantes permaneciam em Portugal entre 1 e 2 anos (Figura 17).

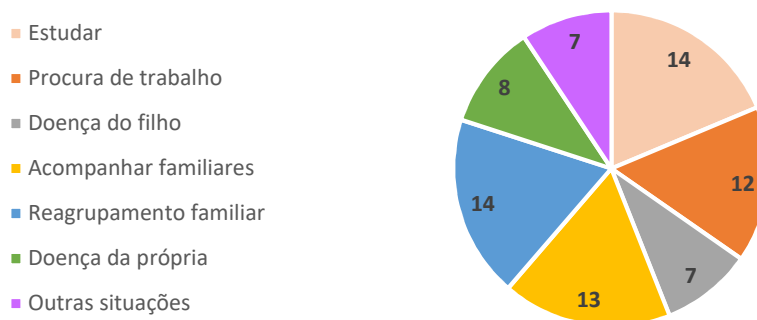
FIGURA 17 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O TEMPO DE PERMANÊNCIA EM PORTUGAL VS NACIONALIDADE



Motivos da vinda para Portugal

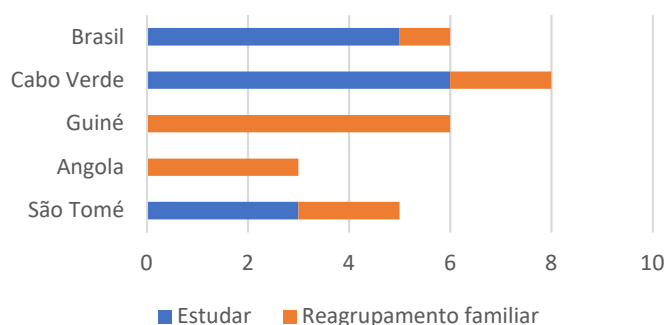
Relativamente às razões para vir para Portugal, 14 participantes vieram para estudar, 14 por motivo de reagrupamento familiar, 13 para acompanhar familiares e 12 para procurar trabalho, 8 por doença própria e 7 por doença do(a) filho(a) (Figura 18).

FIGURA 18 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO OS MOTIVOS DA VINDA PARA PORTUGAL



Compararam-se as nacionalidades das participantes cujo motivo da vinda para Portugal foi o estudo (14) e o reagrupamento familiar (14), tendo-se verificado a predominância das mulheres cabo-verdianas e brasileiras no primeiro grupo e das guineenses e angolanas no segundo (Figura 19).

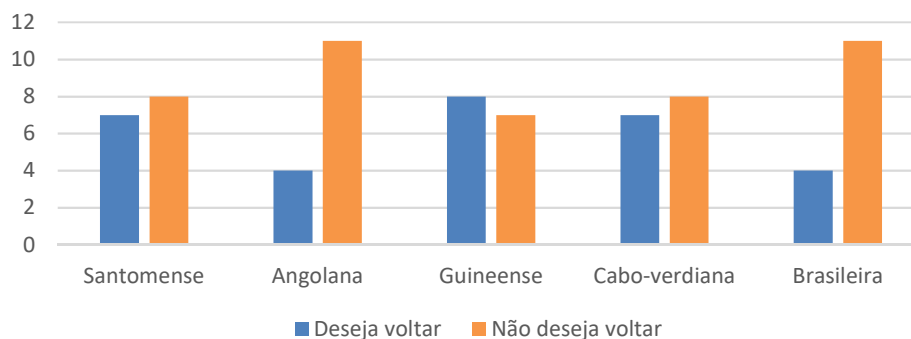
FIGURA 19 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES CUJO MOTIVO DA VINDA PARA PORTUGAL FOI O ESTUDO E O REAGRUPAMENTO FAMILIAR SEGUNDO A NACIONALIDADE



Desejo/intenção de voltar ao país de origem

Das participantes, 60,0% não deseja ou não tem intenção de voltar ao seu país de origem, sendo as mulheres angolanas e brasileiras as mais representativas (Figura 20).

FIGURA 20 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O DESEJO DE VOLTAR AO PAÍS DE ORIGEM

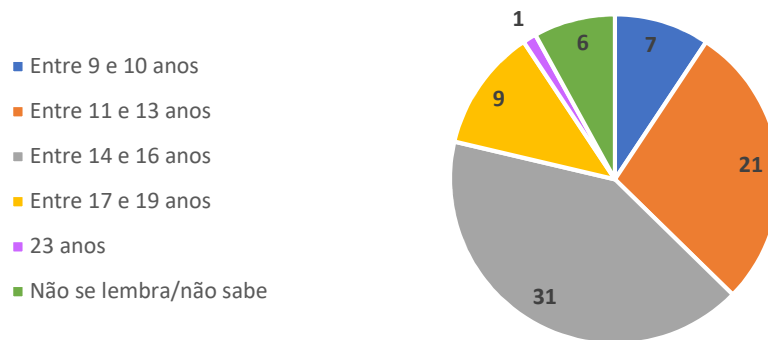


História e ginecológica obstétrica

Idade da menarca

Seis participantes não sabem ou não se lembram da idade quando da primeira menstruação. Das restantes, a maioria (69,3%) refere a idade da menarca entre os 11 e os 16 anos e 1 indica razões médicas para o facto de a menarca ocorrer numa fase mais tardia (23 anos) (Figura 21).

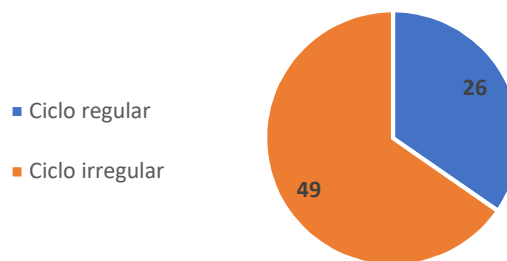
FIGURA 21 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A IDADE DA MENARCA



Regularidade do ciclo menstrual

O ciclo menstrual é habitualmente regular para 26 (34,7%) participantes, variando a sua duração entre 21 e 30 dias, situando-se estes valores dentro do padrão habitual da duração média do ciclo menstrual (Neves, 2013) (Figura 22).

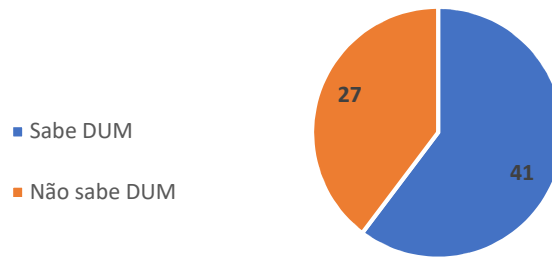
FIGURA 22 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A REGULARIDADE DO CICLO MENSTRUAL



Conhecimento da data da última menstruação (DUM)

Esta questão não foi colocada às participantes que se encontravam grávidas e em amenorreia, num total de 7 mulheres. Das restantes, apenas 41 sabem a data da última menstruação (Figura 23).

FIGURA 23 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O CONHECIMENTO DA DUM

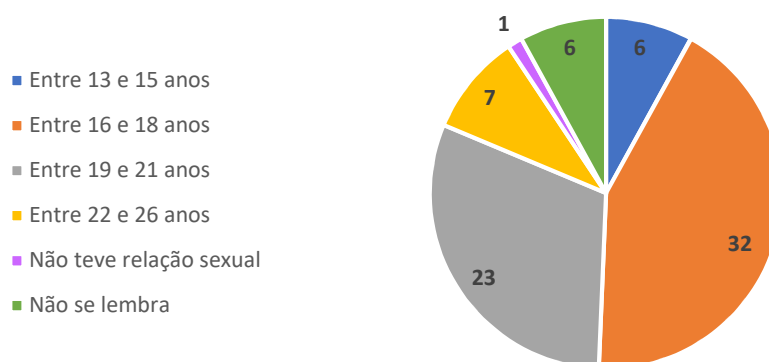


Idade quando da primeira relação sexual

A idade do início da atividade sexual referida pelas participantes variou entre os 13 e os 26 anos, sendo que 38 o fez ainda na adolescência - 32 entre os 16 e os 18 anos e 6 entre os 13 e 15 anos (Figura 24).

Comparando a nacionalidade das 6 participantes que iniciaram atividade sexual precocemente, verificou-se que são de origem africana, com predominância das mulheres angolanas, das quais 4 foram mães adolescentes (duas aos 16 anos e duas aos 17 anos).

FIGURA 24 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A IDADE QUANDO DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

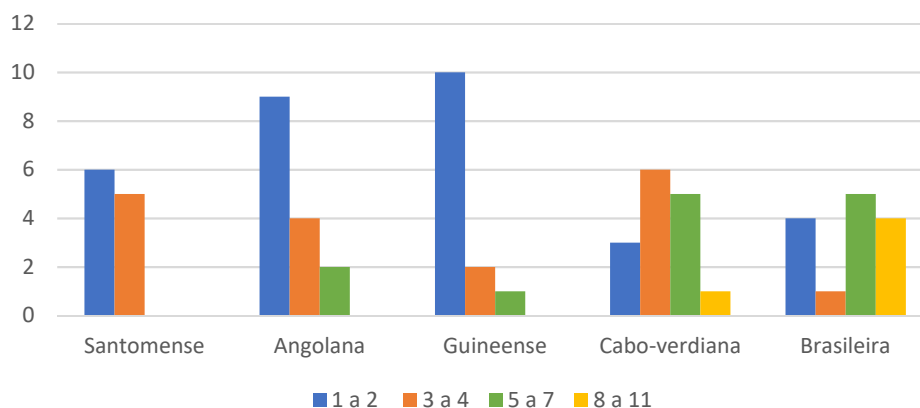


Número de parceiros sexuais

O número de parceiros sexuais variou entre 1 e 11, sendo mais frequente terem tido 1 a 2 parceiros (Figura 25).

As mulheres angolanas e guineenses são as que mais referem terem tido um ou dois parceiros (9 e 10 participantes, respetivamente) e as mulheres brasileiras as que mais parceiros tiveram (9 participantes tiveram entre 5 a 11 parceiros). Não responderam a esta questão 7 participantes (uma não tinha iniciado atividade sexual e 6 não sabiam o número de parceiros sexuais que já tiveram).

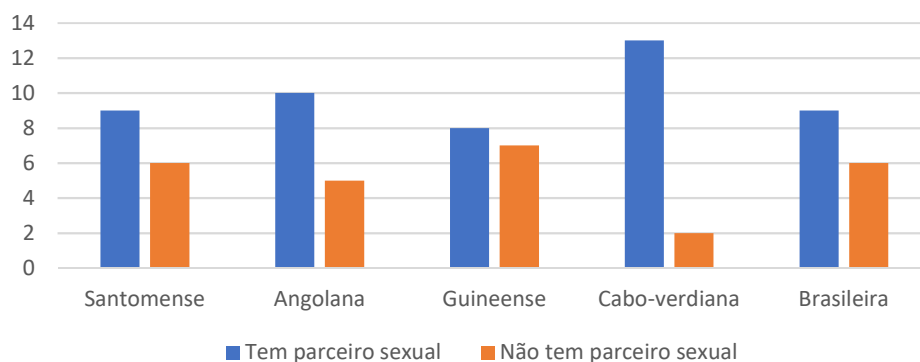
FIGURA 25 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS



Parceiro sexual à data da entrevista

No momento da entrevista 49 (65,3%) participantes tinham parceiro sexual, sendo as mulheres cabo-verdianas (17,3%) as que mais referem esta situação e as guineenses (10,7%) as que menos o referem (Figura 26).

FIGURA 26 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE PARCEIRO SEXUAL

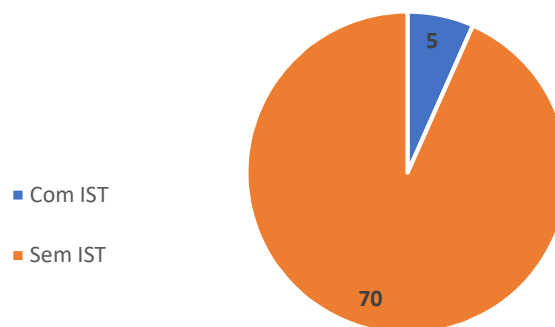


Infeções sexualmente transmissíveis

Apenas 5 (6,7%) participantes referiram possuir ou terem tido uma infecção sexualmente transmissível, nomeadamente gardnerella, sífilis, HPV e VIH (Figura 27).

Considerando a origem das participantes que responderam afirmativamente verifica-se que 2 são brasileiras, 2 cabo-verdianas e 1 guineense.

FIGURA 27 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE INFEÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL



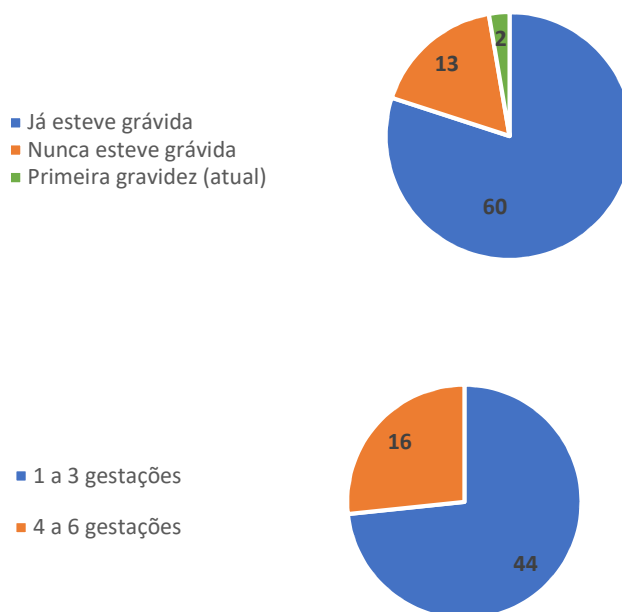
História obstétrica

Ocorrência de gravidez e número de filhos

No âmbito da história obstétrica, 60 (80,0%) participantes já estiveram grávidas, enquanto 13 são nuligestas. Das 5 participantes que se encontravam grávidas, no momento da entrevista (E6; E15; E25; E36; E75), duas eram primigestas (E15; E75). O número de gravidezes variou maioritariamente entre 1 a 3 (Figura 28).

O número de filhos vivos variou entre 1 e 6, sendo que 23 (38,3%) participantes só têm um filho vivo; 10 participantes já perderam filhos (E48 perdeu 3 filhos, enquanto que as restantes perderam um filho) das quais E13 não tem filhos vivos.

FIGURA 28 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ E O NÚMERO DE GRAVIDEZES

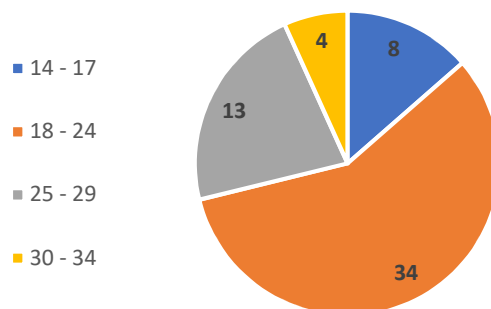


Idade à data do nascimento do primeiro filho

A idade das participantes variou entre 14 e 34 anos, quando tiveram o primeiro filho, sendo o mais frequente entre os 18 e os 24 anos. Do total do universo de trabalho, 8 participantes foram mães adolescentes (entre os 14 e os 17 anos de idade) todas de origem africana, à exceção de 1 mulher brasileira (Figura 29).

Quanto à idade quando da primeira relação sexual e à idade do nascimento do primeiro filho, os dados do presente estudo parecem estar em concordância com os dados estatísticos referentes aos países africanos de origem das participantes, onde continua a persistir o início precoce da atividade sexual, a gravidez entre jovens e as gestações precoces não planeadas (*vide* subcapítulo 2.2.).

FIGURA 29 - IDADE (GRUPO ETÁRIO) DAS PARTICIPANTES À DATA DO NASCIMENTO DO PRIMEIRO FILHO

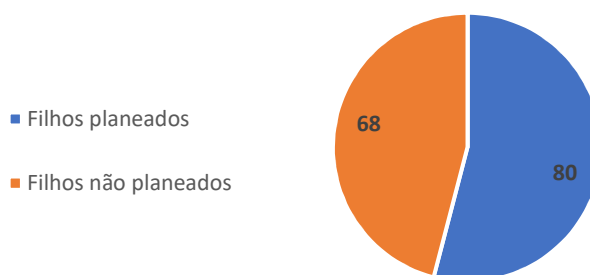


Número de filhos planejados

Das 60 participantes que já estiveram grávidas e das 2 primigestas, 13 planejaram todos os filhos que tiveram, 22 planejaram alguns e 27 não planejaram nenhum.

Assim, dos 148 filhos que o grupo de participantes teve na sua globalidade (as primigestas não foram contabilizadas neste número pois, apesar de não terem planejado a gravidez ainda não têm filhos) apenas 80 (54,1%) decorreram de uma gravidez planejada (Figura 30).

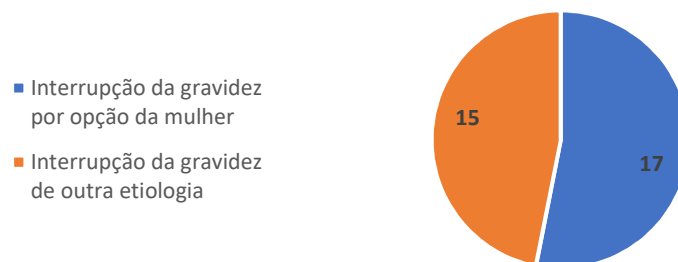
FIGURA 30 - FILHOS PLANEADOS VS FILHOS NÃO PLANEADOS NO GRUPO DAS PARTICIPANTES QUE JÁ TIVERAM FILHOS



Interrupção da gravidez por opção da mulher

A situação de interrupção da gravidez, de diversa etiologia, foi vivenciada por 32 participantes, das quais 17 (28,3%) fizeram-no por sua opção (vulgarmente conhecida por IVG), sendo que 5 têm história de aborto recorrente (Figura 31).

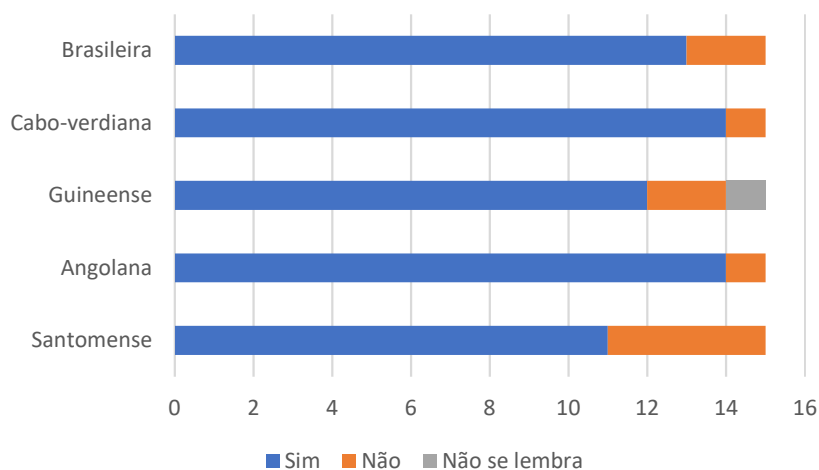
FIGURA 31 – INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ



Vigilância em consulta de planeamento familiar/ginecologia

Relativamente à vigilância em consulta de planeamento familiar ou de ginecologia, 64 (85,4%) participantes já realizaram, pelo menos, uma consulta nesse âmbito, sendo as mulheres santomenses as que menos o fizeram (14,7 %) (Figura 32).

FIGURA 32 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A VIGILÂNCIA EM CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR/GINECOLOGIA



Excluindo a participante que não se recorda se já efetuou este tipo de consulta, salienta-se o facto de que 10 nunca realizaram qualquer vigilância numa das referidas consultas.

Comparando as características deste grupo, verifica-se que todas as nacionalidades estão representadas, sendo maior a predominância das mulheres santomenses (4); a idade das participantes variou entre os 20 e 49 anos (sendo a média de idades de 31 anos); metade das participantes não frequentou a escola (3) ou tem um nível baixo de formação (2) e a outra metade possui o 3º ciclo do ensino básico (1) e o ensino secundário (4); o tempo de permanência em Portugal variou entre 1 ano e 24 anos (sendo a média de 10 anos).

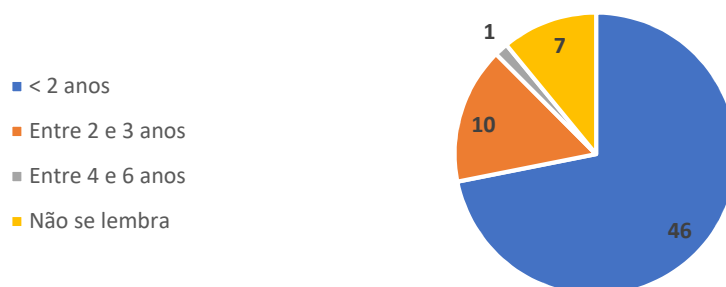
Face a estes resultados, parece não haver influência das variáveis analisadas na ausência de vigilância em consulta de planeamento familiar ou de ginecologia. Poder-se-á associar este comportamento a aspetos culturais que determinam a menor procura de cuidados de saúde, sobretudo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Relacionou-se a prática contraceptiva das participantes que referiram nunca terem frequentado uma consulta de planeamento familiar ou de ginecologia, verificando-se que no momento da entrevista 7 participantes não usavam qualquer método contraceptivo (por estarem grávidas, em amenorreia ou não terem atividade sexual) e 3 utilizavam o preservativo, sendo que 1 fazia dupla proteção associando a pílula.

Quanto à prática contraceptiva usada anteriormente, 2 participantes nunca utilizaram qualquer contraceptivo; porém 2 referiram o uso de implante contraceptivo, 1 a administração de injeção contraceptiva e 3 a utilização do contraceptivo oral, situações que por princípio exigem o acompanhamento por profissionais de saúde. Face a estes resultados pensamos que as participantes podem não ter identificado a tipologia da consulta frequentada por falta de informação.

Analisando o grupo de participantes que já realizou as referidas consultas, verifica-se que a maioria o fizeram no último ano. Uma mulher angolana é a única que não faz vigilância há mais tempo. O grupo das participantes que não se lembra da data da última consulta de planeamento familiar é constituído por 3 mulheres santomenses, 3 guineenses e 1 angolana (Figura 33).

FIGURA 33 – DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A REALIZAÇÃO DA ÚLTIMA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR/GINECOLOGIA

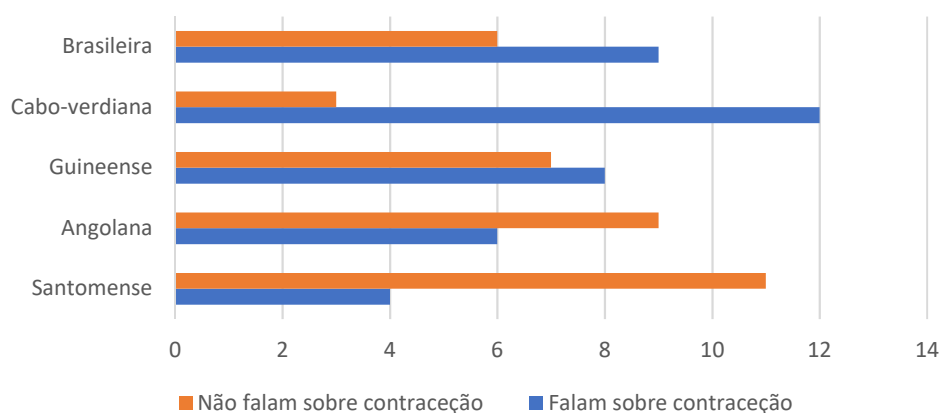


Comunicação com o médico ou enfermeiro sobre contraceção

A questão da comunicação com os profissionais de saúde relacionada com contraceção/métodos contraceptivos foi abordada tendo em vista os diversos contextos de consulta realizada pelas participantes, nomeadamente em consulta com o médico de família.

Cerca de metade das participantes (48,0%) refere não falar com o médico ou o enfermeiro sobre contraceção, sendo as mulheres santomenses e angolanas as mais representativas (Figura 34).

FIGURA 34 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O HÁBITO DE FALAR COM O MÉDICO/ENFERMEIRO SOBRE CONTRACEÇÃO



Os motivos mais apontados para não falar com os profissionais sobre contraceção podem dividir-se em duas principais vertentes: uma relacionada diretamente com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, outra ligada a aspetos pessoais das próprias participantes.

No que respeita aos serviços/profissionais de saúde, o motivo apontado prende-se com o facto de as participantes não terem médico de família, mais relevante nas mulheres santomenses, enquanto as mulheres brasileiras não apresentam esta dificuldade:

“Na minha terra, sim. Aqui não tenho médico de família e é difícil ir ao centro de saúde. Na minha terra era fácil, quando precisávamos íamos.” (E28)

“Não tenho médico em Portugal. É muito complicado para por aparelho para mim não engravidar mais. Estou cansada [ar de desânimo].” (E37)

“Como também não tenho médico de família e sou atendida por vários [médicos] e só lá vou pedir exames, também não falo.” (E38)

“Eu não tenho médico de família!” (E59)

Associado ao facto de não ter médico de família surge, ainda, o aspeto da difícil acessibilidade aos serviços de saúde, da rotatividade dos profissionais, da sua falta de tempo e dos seus preconceitos em abordar estes temas:

“Ela [médica] não gostava de falar sobre essas coisas...ela achava que isso [usar métodos contraceptivos] fazia muita liberdade para se ter relações sexuais.” (E01)

“Lá na Guiné, o centro de saúde é fácil, mostra tudo. A qualquer hora põe aparelho.” (E37)

“Até uma vez disse ao médico que estava a pensar entrar na minha vida sexual, mas não ligou nenhuma.” (E38)

“É mesmo rápido. É fazer a consulta e pronto.” (E54)

“Com o meu médico de família não vale a pena [pausa], ele despacha logo [pausa]” (E73)

Por outro lado, algumas participantes salientam não ter à vontade para falar sobre contraceção:

“Não, não falo com eles isso.” (E58)

“Eu também não gosto de falar essas coisas!” (E59)

7. CONTRACEÇÃO E CONHECIMENTO

Na Dimensão Conhecimento pretendeu-se aceder ao que as participantes sabem sobre alguns aspetos da fisiologia reprodutiva (fases do ciclo menstrual e período fértil), da contraceção (tipos, mecanismo de ação, principais características, efeitos indesejáveis e regras de utilização dos métodos contraceptivos; ação na adversidade no uso da contraceção) e, ainda, sobre o funcionamento e os efeitos secundários do principal método que estavam a usar no momento da entrevista.

Conhecimento sobre fisiologia reprodutiva

Considerou-se importante determinar o conhecimento sobre o ciclo menstrual e o período fértil, dado que as informações sobre estes aspetos poderão influenciar na forma como as participantes podem evitar uma gravidez indesejada e, conseqüentemente, como utilizam os métodos contraceptivos (Neves, 2013).

Quando da realização do pré-teste constatou-se que a questão “a partir de que momento da sua vida a mulher pode engravidar?” não era facilmente compreendida pelas participantes. Aceitando as sugestões de reformulação de dois médicos ginecologistas com experiência em planeamento familiar em contexto de diversidade cultural (que foram simultaneamente dois principais informantes) passámos a reformular a pergunta de diversas formas, mas sem êxito. As respostas obtidas eram essencialmente baseadas em critérios sociais (“*quando já for adulta*”, “*quando já tiver uma profissão*”); económicos (“*quando tiver o seu emprego*”); cognitivos (“*quando já conseguir tratar sozinha de uma criança*”) e relacionais (“*quando tiver um marido*” ou “*uma relação estável*”). Estes discursos permitiram perceber o quão determinante são estes valores para as participantes, sobrepondo-se aos aspetos fisiológicos e científicos da questão.

Apesar de se pretender compreender se as participantes sabiam que o momento da menarca marca o início da fertilidade feminina e, conseqüentemente, a importância de práticas concretas de controlo de natalidade para as adolescentes/jovens que iniciem a atividade sexual, bem como para a prevenção de IST, optou-se por eliminar a referida questão.

Também as questões sobre o ciclo menstrual e o período fértil não eram de fácil entendimento para algumas participantes, pelo que foi necessário reformular a forma como eram colocadas.

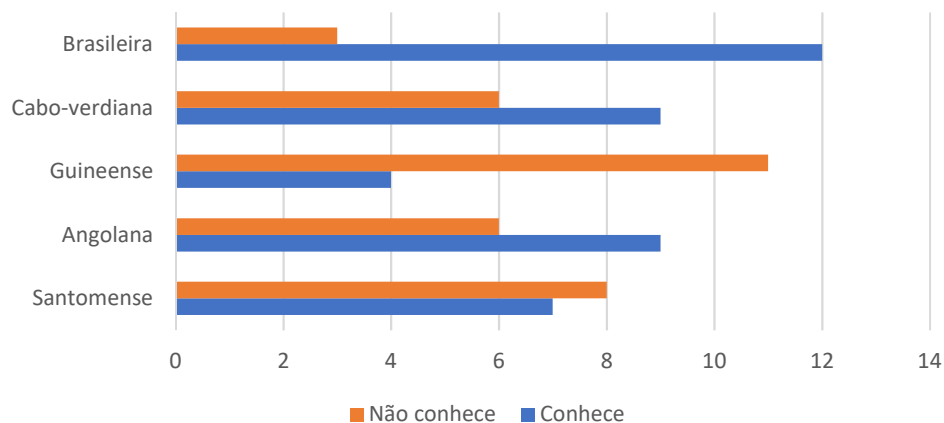
Fases do ciclo menstrual

Sobre as fases do ciclo menstrual, 41 participantes responderam sabê-lo, com relevância para as mulheres brasileiras, enquanto as guineenses mostraram maior desconhecimento (Figura 35).

Uma participante que respondeu não conhecer as fases do ciclo menstrual refere que:

“Por acaso não sei! Tenho imensas dúvidas sobre isso. Nunca soube [...]” (E36)

FIGURA 35 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO O CONHECIMENTO DAS FASES DO CICLO MENSTRUAL



Apesar das 41 participantes terem afirmado, num primeiro momento, que sabiam as fases do ciclo menstrual, quando lhes foi solicitado que as enumerassem ou que explicassem de forma simples o que acontece durante esse período, obteve-se uma diversidade de respostas maioritariamente vagas e imprecisas; umas vezes aproximavam-se da ideia de “fase”, outras apontavam apenas alguns conceitos soltos ligados a aspetos físicos e psicológicos, não se tendo registado qualquer resposta totalmente correta.

As participantes que abordaram a questão do ciclo menstrual dando-lhe (ou tentando dar) esse atributo de “fase”, referiram-se quase exclusivamente à menstruação e ao período fértil,

revelando ideias confusas e concepções erradas, como se pode confirmar em alguns dos depoimentos:

“Sete dias de menstruação, depois começa a ovular e são sete dias de ovulação e sete dias antes da menstruação não engravida.” (E12)

“Então é o período fértil, a ovulação e de novo o período fértil. Na ovulação o corpo está-se preparando e no período fértil já está preparado. São coisas diferentes.” (E14)

“Nos 28 dias, 11-13 dias ocorre o período do óvulo e também 3 ou 4 dias antes do período.” (E23)

“Antes da menstruação, até sete dias é a ovulação.” (E30)

“É o período da menstruação, depois o período fértil, em que pode engravidar, e depois o período em que já não há esse perigo e que está próximo da nova menstruação.” (E42)

“É a fase da ovulação e a fase pré-menstrual, 2 dias antes do período.” (E44)

“Temos o período e depois o período de fertilidade.” (E51)

“Tem o ciclo fértil e não fértil, mas não sei mais que isso.” (E63)

“Há a fase do período fértil [pausa] depois volta ao normal.” (E74)

Algumas participantes ligaram as fases do ciclo menstrual às “alterações hormonais”, mas sem qualquer conhecimento do seu mecanismo de ação, como se pode observar pelos seguintes testemunhos:

“Há a formação de hormonas que fazem o novo ciclo.” (E17)

“Há alterações hormonais e o útero fica mais inchado [...]” (E21)

“O sistema hormonal muda [...]” (E53)

“[...] e tem, também, as alterações hormonais por causa da progesterona e do estrogénio.” (E69)

Uma participante referiu-se, ainda, às alterações do endométrio dizendo que “[...] vai começando a engrossar.” (E13).

As respostas que não aludiam diretamente à ideia de “fase”, mas que se baseavam nos efeitos físicos e psicológicos possíveis de surgirem ao longo do ciclo menstrual, sobretudo na fase pré-menstrual, foram analisadas e apresentadas no Quadro 10.

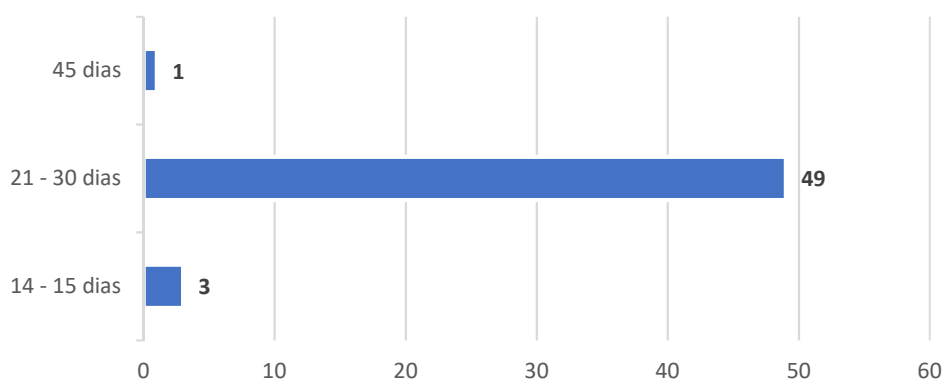
QUADRO 10 - CONCEÇÕES ASSOCIADAS ÀS FASES DO CICLO MENSTRUAL

Conceções associadas às fases do ciclo menstrual	
Dor de cabeça	6
Dor no corpo, seios/peitos, pernas, costas, músculos	6
Dor de barriga	7
Dores no útero e na bexiga	4
Seios diferentes, inchados	8
Barriga inchada	3
Aumento de peso	2
Vómitos	1
Mau estar	2
Irritada, mau humor, sem paciência	9
Vontade de comer mais doces, chocolate	3

Duração média do ciclo menstrual

No que refere ao conhecimento sobre a duração média do ciclo menstrual, 22 participantes não têm qualquer conhecimento sobre o assunto, enquanto que 53 responderam sabê-lo, das quais 49 se aproximaram dos valores mais comuns considerados cientificamente (Figura 36).

FIGURA 36 - DURAÇÃO MÉDIA DO CICLO MENSTRUAL SEGUNDO AS PARTICIPANTES



Procedeu-se à comparação de algumas variáveis que caracterizam o grupo das participantes que desconhecem a duração média do ciclo menstrual – nacionalidade, idade, escolaridade, situação profissional, profissão, tempo de permanência em Portugal – tendo-se verificado que é constituído por mulheres santomenses, angolanas e guineenses, com predomínio dos grupos etários mais velhos (entre os 35 e os 49 anos), sem nível de instrução ou baixa escolaridade, essencialmente desempregadas ou trabalhadoras não qualificadas, a viver em Portugal entre 1 e 24 anos (média de permanência de 10 anos). Face a estes dados poder-se-

á dizer que a permanência no país não é a variável mais relevante no desconhecimento das participantes quanto à duração média do ciclo menstrual (Quadro 11).

QUADRO 11 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUE DESCONHECEM A DURAÇÃO MÉDIA DO CICLO MENSTRUAL

Características sociodemográficas	Participantes
Nacionalidade:	
Santomense	6
Angolana	8
Guineense	8
Cabo-verdiana	0
Brasileira	0
Grupo etário (anos):	
19 – 24	1
25 – 29	2
30 – 34	1
35 – 39	5
40 – 44	7
45 - 49	6
Tempo de permanência em Portugal:	
Entre 1 e 2 anos	4
Entre 3 e 5 anos	4
Entre 6 e 10 anos	6
Entre 11 e 20 anos	3
Mais de 20 anos	5
Escolaridade:	
Não sabe nem escrever	2
Sabe ler e escrever	3
1º Ciclo	5
2º Ciclo	6
3º Ciclo	3
Ensino Secundário	3
Situação Profissional	
Empregada	9
Desempregada	9
Doméstica	2
Junta Médica	2
Profissão:	
Pessoal administrativo e Similares	1
Pessoal dos Serviços e Vendedores	1
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	1
Trabalhadora não qualificada	6

Fase do ciclo mais fácil para engravidar

Verificou-se que 9 participantes não souberam responder a esta questão, sendo 4 mulheres santomenses, 4 guineenses e 1 angolana.

Algumas participantes justificam o seu desconhecimento dizendo:

“Nunca soube isso. Uma vez, quando eu queria engravidar, falaram do período fértil, ou o que é, mas eu nunca sei. Disseram em África que havia uns dias que ficava e outros que não, mas já não sei.” (E22)

“Isso eu não sei. Já tentei, já me explicaram, mas eu não consigo.” (E28)

Tal como na questão anterior, após a comparação das mesmas variáveis que caracterizam este grupo de participantes, verificaram-se idênticos resultados.

Das 66 participantes que referiram saber a “fase do ciclo mais fácil para a mulher engravidar” obteve-se um conjunto significativo de respostas incompletas, confusas e, por vezes, completamente erradas. A maioria associa os dias férteis à menstruação, considerando o período pré-menstrual ou mesmo o período da menstruação como momentos fáceis para engravidar:

“Dantes não sabia, mas aprendeu com o marido, porque ele é vivido. É mais fácil engravidar 5 dias após o final da menstruação e nos últimos dias próximo da menstruação seguinte.” (E01)

“Quando está com o período fértil. É quando falta alguns dias para vir a menstruação, se envolve vai ficar grávida.” (E06)

“É no período fértil, que vem antes da menstruação e demora 3 a 4 dias.” (E21)

“No período fértil. É no último dia da menstruação.” (E31)

“É no momento que acabou de menstruar e quando está perto outra vez, porque se está a menstruar está aberto e por isso pode apanhar gravidez. Antes é porque está quase a chegar a menstruação e também é fácil.” (E57)

“É no momento antes [hesitação] 1 dia antes do período [pausa] a nossa vagina está mais sensível, e também depois da ida do período é mais provável a mulher engravidar fácil. No momento do período também, porque calhou-me assim, quando engravidei da minha filha [pausa].” (E61)

“Ouvi dizer que após a menstruação 7 dias a mulher não engravida.” (E63)

“Bom, podemos engravidar 5 dias antes da menstruação e 5 dias depois, porque tem o tempo para amadurecer o óvulo.” (E71)

Algumas participantes referem, ainda, a ovulação como marco para determinar o período fértil, mas associado a concepções incorretas sobre a sua determinação:

“No momento da ovulação que é 3 dias antes do período ir embora e 3 dias depois.” (E03)

“Quando está a ovulação feita. É antes de vir o período, que é a limpeza.” (E32)

“É no período fértil, mais ou menos 1 semana ou 15 dias antes do período ou depois do período, que corremos o risco de engravidar.” (E34)

“É 3 dias antes da menstruação e 3 dias depois de acabar.” (E52)

“É no período fértil, que pode ser 3 dias antes da menstruação ou 3 dias depois. Penso eu [pausa] eu já ouvi [pausa].” (E53)

“É quando está quase a vir a menstruação e também quando estiver quase a ir. É na fase fértil, é assim?” (E56)

Algumas respostas hesitantes:

“Acho que 14 dias. Não sabe se são antes do período ou se conta já a partir do período. Sei que são 14 dias [pausa].” (E55)

“Acho que é uma semana antes do período [risos]” (E36)

“Dizem que é no período fértil. Esse período é a partir de 3 dias antes ou depois da menstruação. Não tenho a certeza, oiço as minhas amigas [pausa].” (E38)

“É o período fértil [hesitação] é fazer o calendário [hesitação] é depois do período 13 ou 16 dias [hesitação] já não me lembro bem [pausa].” (E68)

Poucas respostas estiveram quase certas:

“Temos os dias do período. Depois tem aí o período fértil que é aí ao 10º, 12º dia. São poucos dias.” (E20)

“No período fértil tens de evitar envolver, senão apanhas gravidez rápido. Quando eu terminar de ver o período eu tenho de esperar 10 dias, e essa altura é mais fácil porque a pessoa está mais limpinha por dentro e apanha a gravidez.” (E18)

“Durante os 5 dias da menstruação não pode engravidar, mas a partir de 7 dias até 12 pode. A partir daí o útero está fechado e não pode engravidar mais.” (E19)

“Acaba a menstruação, 2, 3 dias toca no homem, faz sexo e apanha gravidez [pausa] o colo está aberto [pausa].” (E37)

Duas respostas destacam-se pela sua precisão e clareza:

“O período fértil conta-se do 1º dia da menstruação até ao 14º e aí conta-se 2 ou 3 dias para trás e para a frente, com o 14º dia pelo meio. Esse é o período mais fácil, mas depende de mulher para mulher, dependendo do ciclo.” (E08)

“No período da ovulação, 2 dias antes e 2 dias depois. Numa mulher regular acontece 14 dias antes do período.” (E44)

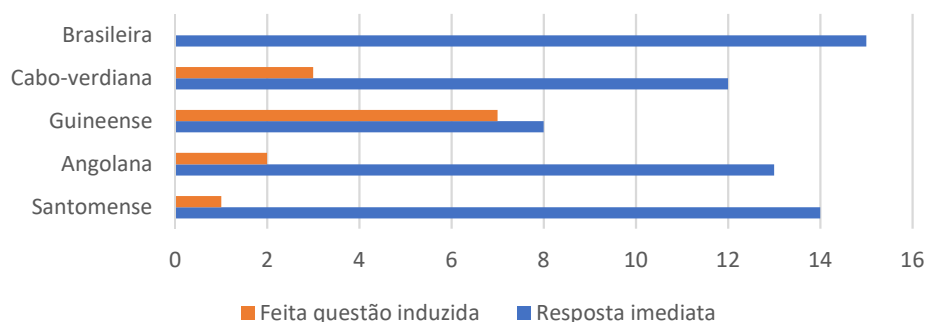
Da análise das respostas à questão qual a “fase do ciclo mais fácil para a mulher engravidar” poder-se-á afirmar que as participantes têm um conhecimento bastante rudimentar sobre o período fértil, repleto de ideias inexatas, o que as torna mais suscetíveis ao uso inadequado de contraceção, nomeadamente nos métodos contraceptivos que implicam a identificação desse período por parte da mulher.

Os níveis de literacia parecem determinar a falta de conhecimento concreto no domínio dos processos fisiológicos e reprodutores das participantes, resultados semelhantes aos obtidos por Almeida (2004) no estudo sobre o universo de práticas, representações e saberes de saúde reprodutiva numa amostra de 150 mulheres portuguesas em idade fértil. Outros estudos, já apresentados anteriormente, revelam também como os aspetos socioeconómicos, muito associados ao percurso escolar, às habilitações académicas, à profissão e à situação económica e social, podem condicionar comportamentos sexuais de risco quer a nível da prevenção da gravidez indesejada quer em relação às infeções sexualmente transmissíveis (Belo & Silva, 2004; Silva & Silva, 2009).

Conhecimento sobre métodos contraceptivos

Relativamente à questão “Sabe que existem métodos contraceptivos que permitem que a mulher/casal engravide só quando quiser?” apenas responderam de imediato 62 participantes (82,7%) tendo sido necessário induzir a questão às restantes 13, que acabaram, também, por responder afirmativamente. Ao analisar a origem das participantes, verificou-se que a totalidade das mulheres brasileiras respondeu de imediato, enquanto que as mulheres guineenses foram as que mais precisaram que se reformulasse a questão (Figura 37).

FIGURA 37 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A NECESSIDADE DE INDUZIR A QUESTÃO “SABE QUE EXISTEM MÉTODOS CONTRACETIVOS QUE PERMITEM QUE A MULHER/CASAL ENGRAVIDE SÓ QUANDO QUISER?”



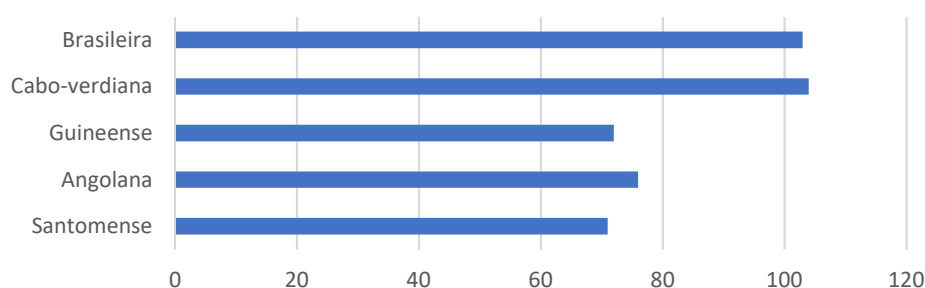
As participantes mencionaram no mínimo 3 métodos contraceptivos e no máximo 12, sendo que em média conhecem 5 métodos, com um desvio padrão de 1,932 métodos (Quadro 12).

QUADRO 12 – VALORES DESCRITIVOS SOBRE O NÚMERO DE CONTRACETIVOS CONHECIDOS

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Métodos contraceptivos conhecidos	75	3	12	5,68	1,932
N válido (de lista)	75				

Pela análise das Figuras 38 e 39 pode-se verificar que as mulheres brasileiras e cabo-verdianas conhecem maior número de métodos contraceptivos relativamente às restantes participantes.

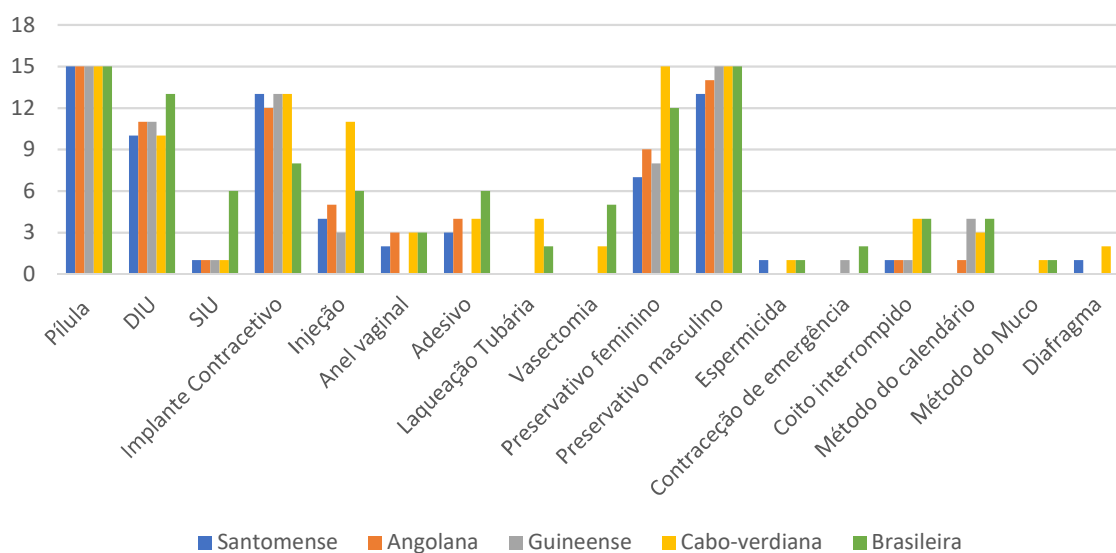
FIGURA 38 - NÚMERO DE MÉTODOS CONTRACETIVOS CONHECIDOS SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



Regista-se alguma similaridade entre os nossos resultados e os encontrados no estudo de Dias e Rocha (2009), com mulheres africanas e brasileiras a viver em Portugal, que revelou um nível mais elevado de conhecimentos sobre métodos contraceptivos nas participantes brasileiras do que nas africanas.

Os métodos contraceptivos mais enumerados foram a pílula e o preservativo masculino, com 100,0% e 96,0% respetivamente, seguindo-se o implante contraceptivo, o DIU e o preservativo feminino, de uma forma quase transversal no que respeita à nacionalidade das participantes (Figura 39).

FIGURA 39 - MÉTODOS CONTRACETIVOS CONHECIDOS SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



Uma questão que se coloca é se a referência massiva da pílula e do preservativo masculino se deve ao facto de serem os mais divulgados e disponibilizados pelos serviços de saúde. Esta situação pode revelar uma deficiente informação dada pelos profissionais da área e uma limitação dos serviços de planeamento familiar, impedindo a escolha ampla, livre e informada de um método por parte da mulher/casal.

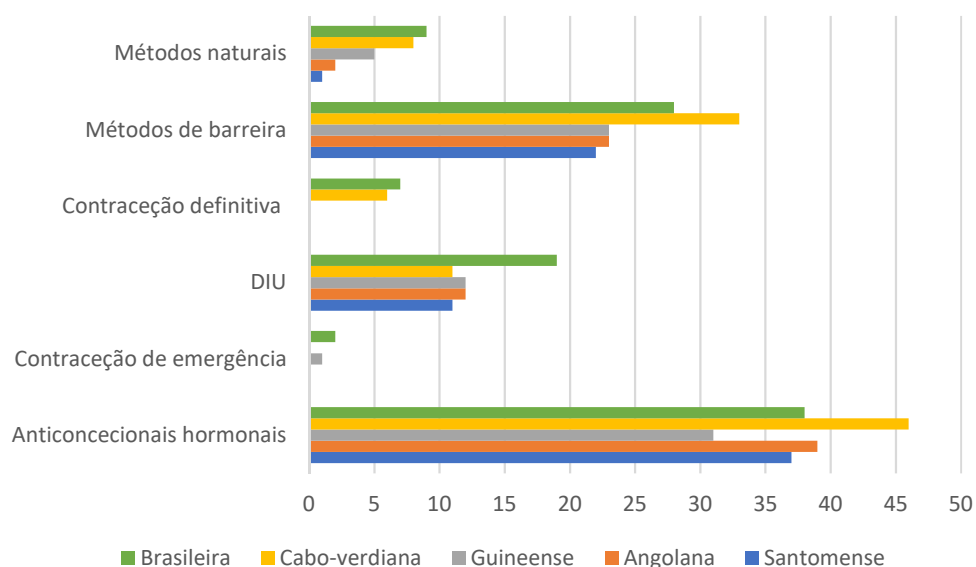
De salientar que os métodos cirúrgicos foram apenas mencionados pelas mulheres cabo-verdianas e brasileiras, sendo a laqueação tubária mais referida pelas primeiras e a vasectomia pelas segundas. O tempo de permanência destas participantes em Portugal variou entre 1 e 19 anos, pelo que parece não influenciar nas respostas obtidas. Estes resultados podem justificar-se pela tradição da prevalência dos métodos definitivos em Cabo Verde e

no Brasil, sendo a vasectomia mais utilizada neste último país (Minella, 2005; INE-Cabo Verde, 2008; Brasil, 2013).

O método com base no calendário e o coito interrompido foram os métodos naturais mais mencionados pelas participantes (12 e 11 respetivamente).

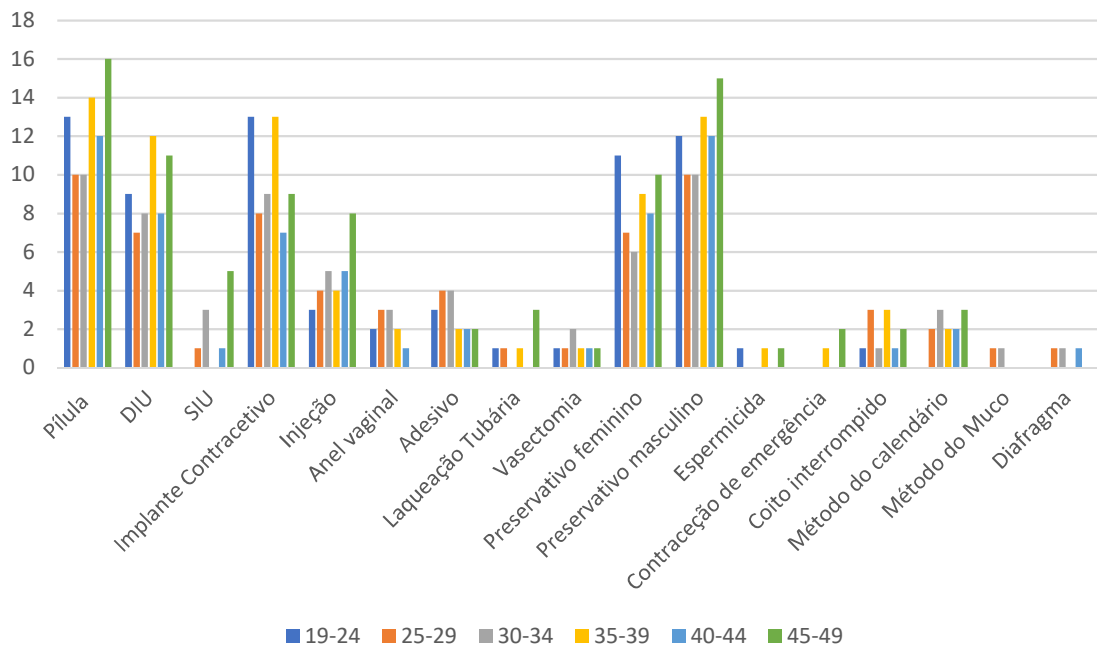
Se analisarmos o conhecimento dos métodos segundo a sua tipologia, verifica-se a predominância dos métodos hormonais (à exceção da contraceção de emergência) e dos métodos barreira (Figura 40).

FIGURA 40 - TIPOS DE MÉTODOS CONTRACETIVOS CONHECIDOS SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



Ao cruzarmos a variável “método contraceptivo que conhece” com o grupo etário (Figura 41) verificou-se alguma transversalidade na idade das participantes, sobretudo no que respeita aos métodos mais mencionados (pílula, implante contraceptivo, DIU, preservativo feminino, preservativo masculino) pelo que não parece existir uma relação direta entre a idade e o número e tipo de métodos contraceptivos conhecidos.

FIGURA 41 - MÉTODOS CONTRACETIVOS CONHECIDOS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO DAS PARTICIPANTES

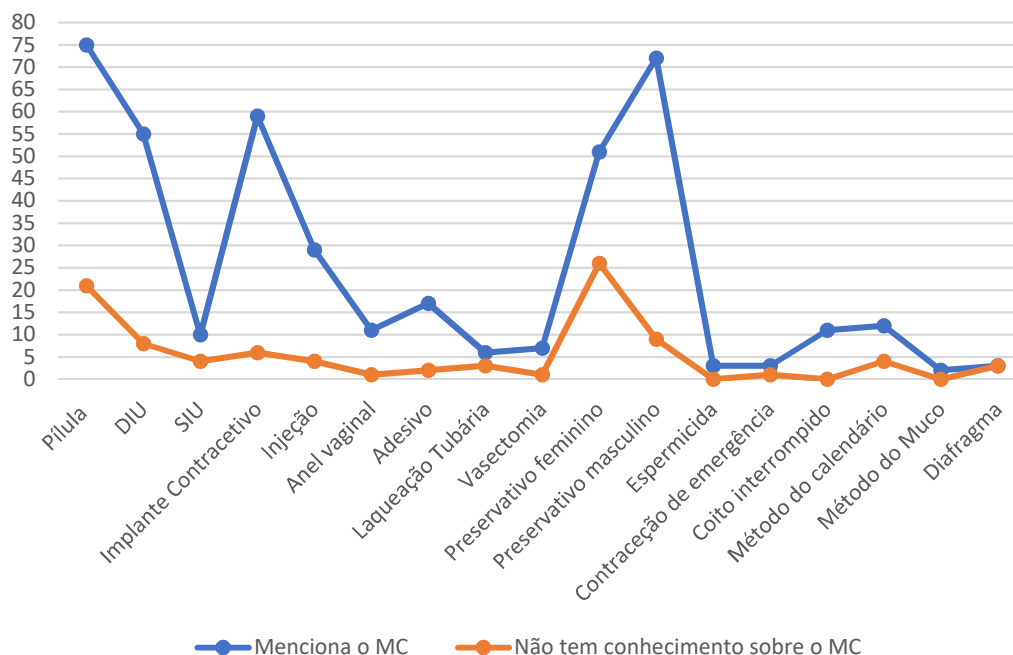


Foi também analisada a relação da variável “método contraceptivo que conhece” com a escolaridade, verificando-se que as participantes com o menor nível de instrução mencionaram menos métodos contraceptivos, referindo sobretudo a pílula, o DIU, o implante e o preservativo masculino.

Após as participantes terem mencionado os métodos contraceptivos que conheciam, foi-lhes pedido que falassem sobre as características de cada um deles. Muitas sabiam da existência de alguns métodos de forma informal, apenas porque já tinham “ouvido falar”, não tendo qualquer conhecimento consistente sobre alguns deles, resultados semelhantes aos obtidos em estudos idênticos (Almeida, 2004; Minella, 2005; Belo & Silva, 2004; Dias & Rocha, 2009; Silva & Silva, 2009; Rocha, Dias & Gama, 2010).

Esta discrepância é mais acentuada em relação ao preservativo feminino, à laqueação tubária, à contraceção de emergência, ao método de calendário e à pílula (sendo esta o método mais usado pelas participantes a seguir ao preservativo masculino) (Figura 42).

FIGURA 42 - RELAÇÃO ENTRE MENCIONAR O MC E O CONHECIMENTO DAS SUAS CARACTERÍSTICAS



Seguidamente apresenta-se a análise categorial dos vários aspetos abordados sobre os diferentes métodos contraceutivos e dos discursos relativos ao mecanismo de ação e às regras de administração dos métodos usados no momento da entrevista.

Conhecimento - Pílula

Apesar de a pílula ter sido referida por todas as participantes, 21 afirmaram não ter qualquer conhecimento sobre o método (Figura 42), por nunca a terem tomado ou terem-no feito há muitos anos e nunca lhes ter sido explicado as regras de utilização ou mecanismos de ação.

Analisando as características deste grupo de participantes, verifica-se que há um predomínio das mulheres santomenses e guineenses, idades acima dos 30 anos, empregadas não qualificadas. No que respeita ao tempo de permanência em Portugal e à escolaridade, os dados divergentes mostram não existir uma relação direta destas variáveis com o desconhecimento das características da pílula (Quadro 13).

QUADRO 13 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUE DESCONHECEM AS CARACTERÍSTICAS DA PÍLULA

Características sociodemográficas	Participantes
Nacionalidade:	
Santomense	7
Angolana	4
Guineense	7
Cabo-verdiana	2
Brasileira	1
Grupo etário (anos):	
19 – 24	2
25 – 29	1
30 – 34	3
35 – 39	5
40 – 44	5
45 - 49	5
Tempo de permanência em Portugal:	
Entre 1 e 2 anos	2
Entre 3 e 5 anos	7
Entre 6 e 10 anos	4
Entre 11 e 20 anos	5
Mais de 20 anos	3
Escolaridade:	
Não sabe nem escrever	2
Sabe ler e escrever	2
1º Ciclo	4
2º Ciclo	3
3º Ciclo	5
Ensino Secundário	5
Situação Profissional	
Empregada	14
Desempregada	5
Doméstica	1
Junta Médica	1
Profissão:	
Pessoal administrativo e similares	2
Pessoal dos Serviços e Vendedores	2
Operadora de Máquinas	1
Trabalhadora não qualificada	9

As restantes participantes (54) abordam diversos aspetos da utilização do anticoncepcional oral, cuja análise se apresenta no Quadro 14.

QUADRO 14 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE A PÍLULA

Sub-categ/UC	Unidades de Registro	UE
Tipos de pílula	<i>A pílula tem alguns tipos de hormônios [...].</i> (E8)	1
	<i>[...] pode ter mais ou menos estrogênio.</i> (E14)	1
	<i>Há pílula que toma o mês todo sem parar. Há pílulas que para 7 dias e depois volta a iniciar.</i> (E55)	1
	<i>Tem pílula de amamentação que não menstrua e tem outra que tem de parar.</i> (E57; E71; E73)	3
		6
Mecanismo de ação	<i>Evita a mulher ter ovulação.</i> (E14; E23; E25; E32)	4
	<i>Sei que liberta hormonas...</i> (E20; E32; E66)	3
	<i>A pílula inibe a fertilização.</i> (E44)	1
	<i>Ela vai libertando hormônios para evitar que aconteça a ovulação.</i> (E54)	1
	<i>Eles [comprimidos] não deixa nem o óvulo evoluir [...].</i> (E61)	1
	<i>Protege da gravidez inibindo a função dos ovários.</i> (E69)	1
	<i>Penso que o acesso de hormonas que joga no nosso corpo evita o hormônio da gravidez, o βHcg.</i> (E75)	1
	12	
Regras de administração	<i>Tomo a embalagem toda e depois retomo na próxima semana no mesmo dia.</i> (E3; E7; E10; E21; E23; E25; E44; E49; E61; E63; E70; E72; E75)	13
	<i>Deve tomar todos os dias e sempre à mesma hora.</i> (E8; E27; E34; E38; E41; E42; E54; E55; E57; E60; E62; E64; E66; E72)	14
	<i>Toma-se todos os dias.</i> (E4; E15; E17; E18; E19; E24; E36; E37; E43; E50; E61; E65)	12
	<i>A pílula é via oral, 21 dias mais 7 de paragem, ou 28 dias seguidos.</i> (E32)	1
	<i>Deve-se começar a tomar no 1º dia e seguir uma cor, acho eu. Tem uma cor por dias, não é?</i> (E39)	1
	<i>O anticoncepcional deve seguir a sequência de 28 dias, para a menstruação não descer.</i> (E69)	1
	<i>A pílula toma-se todos os dias, quando aparecer a menstruação para-se e quando for embora volta a tomar. É assim que eu faço.</i> (E73)	1
		43
Início da contraceção	<i>Quando é a primeira vez, no 1º dia da menstruação começava a pílula, parava e menstruava, 7 dias depois voltava a tomar.</i> (E11)	1
	<i>Para começar primeira dose, você toma no primeiro dia da menstruação. Depois depende da pílula, pode fazer um intervalo ou pode não parar para não menstruar.</i> (E12)	1
	<i>Você começa a fazer no 1º dia do período. Tem a carteirinha com os dias todos. Quando terminar o período desce.</i> (E13)	1
	<i>Toma-se logo no 1º dia do período e toma até acabar. Depois vem o período e nessa altura, após o período podemos começar outra vez.</i> (E35; E53)	2
	5	
Eficácia	<i>[...] é o método mais eficaz.</i> (E8)	1
	<i>[...] se falhar ou trocar o horário a pessoa pode engravidar.</i> (E4; E18; E27; E31; E37; E51; E65)	7
	<i>Não é 100% fiável [...].</i> (E20; E21)	2
	<i>Há quem tome a pílula e pode ficar grávida, dependendo do organismo da mulher.</i> (E41)	1
	<i>[...] se tiver vômitos e diarreia não faz efeito.</i> (E43)	1
	<i>Não pode esquecer mesmo!</i> (E69; E71)	2
	14	
Ação na falha da toma	<i>Acho que se devem de tomar duas se nos esquecermos hoje.</i> (E38)	1
	<i>[...]se esquecermos de tomar a pílula temos 12 horas para tomar de novo.</i> (E52)	1
	<i>Dizem que se esquecer, não tomar os 2 comprimidos juntos, mas eu faço.</i> (E62)	1
	3	

Efeitos indesejáveis	<i>Tem um grupo no Facebook que é completamente contra a pílula por causa da trombose, aí eu querer mudar.</i> (E14)	1
	<i>Uma vez experimentei e o meu coração vai bater rápido, rápido [...].</i> (E29)	1
	<i>Pode engordar ou emagrecer.</i> (E38)	1
	<i>[...] dava enjoos. Só tomei duas caixas.</i> (E61)	1
	<i>Rebentam estas borbulhas [...].</i> (E73)	1
		5

Verifica-se que as sub-categorias mais relatadas sobre o anticoncepcional oral são as regras práticas de administração, seguida a alguma distância da eficácia e do mecanismo de ação, embora algumas participantes o façam de uma forma mais confusa e menos rigorosa, situação igualmente verificada nos dados apresentados por Almeida (2005).

Foram, ainda, registadas algumas conceções incorretas que passamos a apresentar.

Mecanismo de ação:

“Ela faz uma parede protetora no útero que não deixa entrar os espermatozoides.” (E10)

“É como se fosse uma capa que tem para proteger para não engravidar.” (E15)

“[as hormonas] combatem o esperma. (E32)

“[...] quando há relação sexual e o espermatozoide fica no ovário e a pílula mata-o.” (E38)

“É um produto que tomamos e aquilo evita onde vai o líquido do homem. Na hora que tu vai tomando, ele vai naquele local onde vai formar bebé e vai [hesitação].” (E41)

“Acho que tem uma substância, não sei [hesitação] ela danifica o óvulo [pausa] não sei aquela palavra certa [pausa].” (E53)

“A pílula entra onde está o ovo para não deixar engravidar.” (E57)

“[os comprimidos] de estar sempre naquele lugar não deixa o sémen passar. (E61)

“É o comprimido que é a barreira. Ele faz um círculo no útero...é barreira para os espermatozoides não entrarem. É como quando se está grávida! Está a ver?” (E64)

“Não sei se mata os espermatozoides ou se controla [pausa].” (E72)

Regras de administração:

“A pílula são 32 comprimidos, não é? Deve começar antes da menstruação até, até [pausa]. Bom já me esqueceu!” (E1)

“Se vai fazer sexo hoje, vai tomar hoje. Se não vai fazer não vai tomar.” (E29)

“Toma-se durante os dias que estamos menstruadas.” (E33)

“Os comprimidos tomam-se durante 30 dias.” (E67)

“A pílula toma-se todos os dias, quando aparecer a menstruação para-se e quando for embora volta a tomar. É assim que eu faço.” (E73)

Relativamente à sub-categoria eficácia, sobressai a ideia da necessidade de uma toma correta da pílula, bem como as advertências relativas à segurança da sua utilização. De salientar que das 3 participantes que não consideram a pílula um método seguro, uma usava-o no momento da entrevista.

Conhecimento – Dispositivo intrauterino (DIU) e Sistema intrauterino de libertação hormonal (SIU)

Das 65 participantes que mencionaram o dispositivo intrauterino, 8 não têm qualquer conhecimento sobre o mesmo. Este grupo é constituído por mulheres santomenses e guineenses, com baixa escolaridade e essencialmente trabalhadoras não qualificadas. No que respeita às restantes variáveis analisadas, parecem não ser determinantes para o desconhecimento das características do dispositivo intrauterino, conforme dados apresentados no Quadro 15.

QUADRO 15 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUE DESCONHECEM AS CARACTERÍSTICAS DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Características sociodemográficas	Participantes
Nacionalidade:	
Santomense	3
Guineense	5
Grupo etário (anos):	
19 – 24	1
25 – 29	2
30 – 34	1
35 – 39	2
40 – 44	2
Tempo de permanência em Portugal:	
Entre 1 e 2 anos	1
Entre 3 e 5 anos	4
Entre 6 e 10 anos	2
Entre 11 e 20 anos	1
Escolaridade:	
Não sabe nem escrever	2
Sabe ler e escrever	1
1º Ciclo	2
2º Ciclo	3

Situação Profissional	
Empregada	5
Desempregada	2
Junta Médica	1
Profissão:	
Pessoal administrativo e Similares	1
Trabalhadora não qualificada	4

Das restantes participantes, apenas 10 referiram, espontaneamente, a existência de dois tipos de dispositivo intrauterino, conforme os seguintes testemunhos:

“Eu sei que há dois tipos [pausa] o aparelho de cobre e o outro sei que liberta hormona. (E10)

“O DIU não sei muito bem[pausa] o SIU sei que liberta muito hormônio. (E13)

“O aparelho de cobre, não sei como é. O outro sei que liberta hormona, mas também não sei como funciona.” (E16)

“O DIU de metal é bom[pausa] não contém hormonas, como os outros. O SIU é fofo. (E32)

“Eu sei que há 2 tipos, mas não me lembro do nome. Só do mirena, do outro não lembro o nome. (E55)

“Um é de metal que tapa a entrada no útero. Hoje tem um que é de hormona. (E66)

De salientar que uma participante que ia proceder à colocação do SIU tenha feito confusão entre os dois tipos de dispositivo no que respeita à composição e forma de atuação:

“O mirena [SIU], que é o que eu vou colocar esta tarde, tem menos hormona, eu acho, porque há pessoas que o preferem por causa disso. Não sei bem como funciona. O outro liberta um hormônio que deve matar os espermatozoides [risos].” (E14)

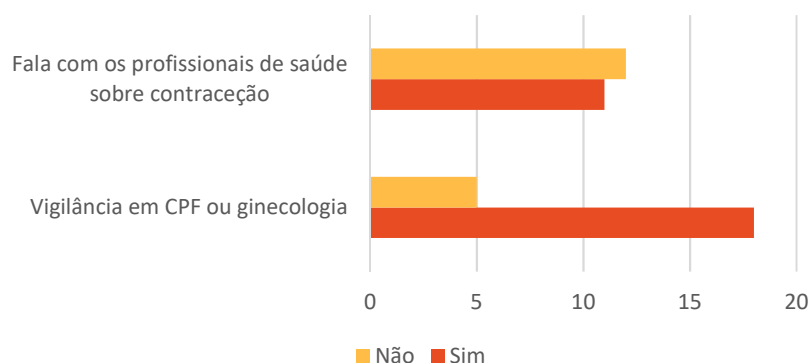
Às participantes que não foram claras na distinção dos dispositivos perguntou-se-lhes qual o que estavam a descrever, ao que responderam *“nem sabia da existência de dois tipos de aparelhos”*, *“nunca ouvi falar nisso”*. Analisando as características deste grupo (Quadro 16), verificou-se o predomínio das mulheres angolanas, do grupo etário entre os 30 e os 39 anos de idade, a baixa escolaridade, a situação de empregada como trabalhadoras não qualificadas e a permanência em Portugal entre os 6 e os 10 anos.

QUADRO 16 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUE DESCONHECEM A EXISTÊNCIA DE DOIS TIPOS DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Características sociodemográficas	Participantes
Nacionalidade:	
Santomense	5
Angolana	8
Guineense	3
Cabo-verdiana	4
Brasileira	3
Grupo etário (anos):	
19 – 24	1
25 – 29	5
30 – 34	3
35 – 39	9
40 – 44	2
45 - 49	3
Tempo de permanência em Portugal:	
Entre 1 e 2 anos	2
Entre 3 e 5 anos	2
Entre 6 e 10 anos	11
Entre 11 e 20 anos	5
Mais de 20 anos	3
Escolaridade:	
Não sabe nem escrever	2
Sabe ler e escrever	1
1º Ciclo	3
2º Ciclo	1
3º Ciclo	3
Ensino Secundário	9
Curso Técnico-Profissional	1
Mestrado	3
Situação Profissional	
Empregada	11
Desempregada	7
Estudante	1
Doméstica	3
Junta Médica	1
Profissão:	
Especialista das Profissões Intelectuais e Científicas	1
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	1
Pessoal Administrativo e Similares	2
Pessoal dos Serviços e Vendedores	1
Operadora de Máquinas	1
Trabalhadora não qualificada	5

Relacionámos o desconhecimento da existência do SIU com os hábitos das participantes relativos à vigilância em consulta de planeamento familiar (CPF) ou de ginecologia e com a comunicação com os profissionais de saúde sobre contraceção, concluindo-se que a maior parte das participantes fazem vigilância clínica, contudo não abordam o tema com os técnicos (Figura 43).

FIGURA 43 - RELAÇÃO ENTRE O DESCONHECIMENTO DO DIU E A VIGILÂNCIAS EM CPF OU GINECOLOGIA E A COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



No Quadro 17 apresentam-se as categorias que emergiram das respostas obtidas sobre as características do dispositivo intrauterino (DIU) e do sistema intrauterino de liberação hormonal (SIU).

QUADRO 17 – SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O DIU/SIU

Sub-categ/UC	Unidades de Registro	UE
Local de aplicação	<i>Sei que se coloca no útero [...].</i> (E08; E10; E14; E15; E25; E30; E36; E40; E43; E44; E49; E51; E53; E54; E63; E64; E66; E67; E68; E69; E75)	21
	<i>Eu acho que a mola põe-se no mesmo sítio onde se forma o bebé e evita isso, certo?</i> (E41)	1
	<i>Põe-se pela vagina e fica no útero.</i> (E71)	1
		23
Mecanismo de ação	<i>O DIU libera hormônio no útero e evita que o espermatozoide passe.</i> (E14)	1
	<i>Impede os espermatozoides de chegarem até ao óvulo.</i> (E33)	1
	<i>Sei que ele impede que o esperma ultrapasse a barreira [...].</i> (E54)	1
	<i>Acho que o útero fica fechado [pausa] fecha aquela parte do útero para o óvulo não chegar ao sítio certo para fecundar [pausa].</i> (E63)	1
	<i>Ele liberta hormonas que inibe a maturação dos óvulos.</i> (E66)	1
	<i>Ele tem a forma de T e vai tapar as trompas e não deixa passar o óvulo.</i> (E75)	1
	6	
Eficácia	<i>Já ouvi dizer que há muita mulher que engravida com isso [dispositivo de metal].</i> (E13)	1
	<i>Mas não é a 100% como a pílula.</i> (E15)	1
	<i>Não é 100% seguro [pausa] uma senhora engravidou porque saiu do sítio [pausa].</i> (E30)	1
	3	
Padrão de hemorragia alterado	<i>[...] estava com muito sangramento [...].</i> (E54)	1
	<i>As mulheres têm perda de muito sangue, o que não é agradável.</i> (E69)	2
	3	
Efeitos indesejáveis	<i>[...] você pode engordar.</i> (E13)	1
	<i>[...] incomoda os parceiros.</i> (E16)	1
	<i>[...] aquela coisa do fio pode atrapalhar.</i> (E25)	1
	<i>Pode causar rejeição.</i> (E32)	1
	<i>[...] eu usei pouco tempo, estava a ter uma inflamação e dores abdominais.</i> (E54)	1
	5	

A sub-categoria mais relatada pelas participantes sobre o dispositivo intrauterino é o local de aplicação seguido do mecanismo de ação. Apenas 3 participantes fizeram referência ao tempo de ação, contudo somente uma deu uma resposta clara e concisa:

“O mirena coloca de cinco em cinco anos [...] (E69)

Relativamente à eficácia do método, uma participante testemunha que:

“Eles [médicos] dizem que eu não engravidado, porque tenho o DIU [de metal] e tenho um mioma, mas eu tenho medo. De cada vez que faço [sexo] uso o preservativo e ainda faço a contraceção de emergência! Fez? Tomo!” (E70)

Registam-se de seguida alguns testemunhos que evidenciam conceções erróneas sobre o dispositivo intrauterino.

Local de aplicação:

“O dispositivo coloca-se na vagina.” (E20; E22; E24; E27; E29; E31; E33; E34; E37; E42; E48; E52)

“O aparelho [de metal] coloca-se na trompa e fecha aquele espaço e evita os óvulos passarem.” (E23)

“O dispositivo é para colocar no colo do útero.” (E28)

“[...] fica na barriga.” (E62)

Mecanismo de ação:

“O DIU tem um fio de cobre que o espermatozoide não entra.” (E11)

“As pessoas falam que é como um chapéu de chuva. Se o óvulo se juntar com o espermatozoide, há ovulação, e ele estoura.” (E13)

“O DIU de metal [pausa] deve evitar a ovulação, certo?” (E25)

“Faz como chave.” (E27)

“O DIU de metal tem só a função de não fazer a ovulação, a conceção e a implementação no útero e não contém hormonas, como os outros.” (E32)

Foram também obtidos testemunhos relacionados com crenças acerca do método:

“Já ouvi falar da mola, mas acho que isso é mau para a mulher [torce o nariz e faz cara feia].” (E03)

“O DIU tem um aramezinho bem localizado, que não deixa ir para o corpo todo.” (E10)

“É uma lâmina de metal que se coloca. É como se ela rasgasse o óvulo quando desce para que ele não fertilize.” (E12)

“O DIU dos ferrinhos faz abortar todos os meses furando o óvulo e depois desce o período normal.” (E70)

De salientar que uma participante que já usou o DIU, desconhece completamente o seu funcionamento:

“O aparelho, a enfermeira põe na vagina, ficou quase quatro anos. Não sei se fica na trompa. Não pode explicar porque não deram informação dessa parte. Não sei, mas não perguntou [silêncio].” (E31)

Este depoimento destaca a falta de informação revelada pelas participantes, não só a nível da contraceção de uma forma geral, mas, também, no que concerne ao próprio método que as participantes utilizavam no momento da entrevista.

O diminuto conhecimento sobre o DIU e as crenças sobre o seu funcionamento foram, também, demonstrados pela pesquisa de Almeida (2004).

Conhecimento – Implante contraceptivo

Das 59 participantes que referiram o implante hormonal subcutâneo, 3 disseram não saber nada acerca dele, das quais uma já o utilizou anteriormente (E6). Uma outra participante que já utilizou o implante subcutâneo fez uma descrição sobre o método, abordando várias vertentes do seu uso:

“O implante é tipo que protege para não engravidar, mas não protege das doenças. Eles metem por baixo da pele e protege da gravidez. Eu usei quando cheguei aqui, para não engravidar. Tive seis anos. Quando eu meti, engordei mesmo, stress alterado, queda de cabelo, barriga inchada e muito sangramento. Tipo eu não sentia o meu corpo. Quando tirei essa cena senti mesmo aliviada!” (E61)

As sub-categorias mais relatadas pelas participantes sobre o implante contraceptivo são o local de inserção (em grande vantagem numérica) seguida dos efeitos indesejáveis e o tempo de ação (Quadro 18).

QUADRO 18 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O IMPLANTE CONTRACETIVO

Sub-categ/UC	Unidades de Registo	UE
Local de inserção	<i>O implante é aquilo que se põe no braço [...].</i> (E03; E09; E10; E14; E15; E16; E17; E21; E24; E25; E26; E27; E28; E30; E32; E33; E34; E35; E36; E39; E40; E41; E43; E46; E47; E49; E51; E54; E57; E60; E68; E73; E74)	33
	<i>O aparelho no braço [...].</i> (E37; E52; E53; E63)	4
	<i>A pílula que colocam no braço [...].</i> (E38)	
	<i>Sei que se introduz debaixo da pele [...].</i> (E42)	1
	<i>Uma coisinha no braço, é um cateter [pausa] acho que é alguma coisa tipo osso que se coloca no braço.</i> (E56),	1
	<i>O aparelho, tipo pauzinho pequenino que se põe no braço [...].</i> (E58)	1
	<i>Eles metem por baixo da pele e protege da gravidez.</i> (E61)	1
	<i>O implante é tipo uma cirurgia que põem no braço.</i> (E62)	1
	<i>O implante da gravidez põe-se no braço, com anestesia.</i> (E64)	1
	<i>O implante faz um corte e encaixa no braço.</i> (E70; E71)	2
	45	
Mecanismo de ação	<i>Tem uma quantidade muito grande de hormona.</i> (E13; E14)	2
	<i>[...] liberta hormona, que evita que aconteça a ovulação.</i> (E25)	1
	<i>É como se fossem hormonas [...].</i> (E33)	1
	<i>[...] distribui hormonas na corrente sanguínea para inibir a ovulação.</i> (E32)	1
	<i>Eles injetam um metal pequeno [no braço] e vai libertando hormona.</i> (E51)	1
	<i>É meio parecido com o anticoncepcional, também liberta hormônios para evitar [pausa].</i> (E54)	1
	7	
Duração/tempo de ação	<i>O que sei é que tem de se trocar de 3 em 3 anos [pausa].</i> (E05)	1
	<i>Põe-se de 3 em 3 anos.</i> (E09; E19; E34)	3
	<i>[...] dura até 3 anos.</i> (E21; E35; E36; E51; E64; E65)	6
	<i>[...] fica 3 anos, eles [médicos] não tiram antes [...].</i> (E60)	1
	<i>A pica é de 3 em 3 anos [...].</i> (E73)	1
	12	
Eficácia	<i>Com o chip é difícil engravidar, se vem gravidez é porque passou o prazo.</i> (E4)	1
	<i>Isso no braço [aponta] sei que é muito bom [...].</i> (E46)	1
		2
Padrão de hemorragia alterado	<i>A mulher pode ficar a pingar [...].</i> (E04)	1
	<i>Às vezes não vem a menstruação [...].</i> (E7; E33)	2
	<i>[...] e não tive período.</i> (E35)	1
	<i>[...] há mulheres que fica muito tempo sem vir a menstruação e outras que ficam o mês inteiro com o período.</i> (E36)	1
	<i>[...] tive muito sangramento.</i> (E61)	1
	6	
Efeitos indesejáveis	<i>Pode fazer emagrecer.</i> (E03; E53)	2
	<i>Só sei que pode engordar bastante [...].</i> (E10; E21; E33; E49; E53; E61)	6
	<i>Pode ter vários efeitos como a queda do cabelo [...].</i> (E21; E61)	2
	<i>Causa muito apetite [pausa] fazem comer muito!</i> (E33)	1
	<i>[...] pode dar barriga inchada [pausa].</i> (E61)	1
	<i>[...] e stress alterado.</i> (E61)	1
	13	
Remoção	<i>“[...] cada vez que ela [amiga] ia retirar parece que saía do sítio [...].”</i> (E03)	1
	<i>“[...] na hora de tirar, é muito cansativo porque precisa de uma operação.”</i> (E60)	1
		2

Registaram-se concepções incorretas, no que concerne ao uso do implante contraceptivo, relativamente a diversas características que a seguir se apresentam.

Mecanismo de ação:

“O implante é como se desse uma injeção e deixassem lá a agulha.” (E07)

“[...] aquilo vai crescendo no teu braço e dá uma descarga muito grande no teu corpo.” (E13)

“O produto que está lá dentro vai-se espalhando no nosso corpo e vai alterando o nosso organismo [pausa].” (E21)

“Não sei se mata o esperma ou não deixa fecundar o óvulo.” (E38)

“Os líquidos que eles põem no braço, circula e vai até ao útero da mulher, certo? Vai ao local e evita isso, certo?” (E41)

“Acho que é injetado um coiso e espalha pelo organismo e quando o homem lança o espermatozoide na vagina ela já está protegida.” (E53)

“Ele fica numa veia que proíbe [pausa] quando ejacular ele faz com que o sangue subisse e descesse, mas não é bem o sangue [silêncio].” (E64)

“O implante faz um corte e encaixa no braço e vai soltando um líquido. Agora o que faz exatamente no corpo não sei.” (E70)

Local de inserção:

“Ouvi uma senhora dizer que meteu [o implante] na mão e fiquei mesmo admirada!” (E48)

“Metem no nervo, não é?” (E57)

Tempo de ação:

“O chip tem de se renovar de um em um ano ou de dois em dois anos.” (E04)

“[...] põe-se no braço, não sei se de mês em mês ou de ano em ano.” (E15)

“A pílula que põem no braço fica lá um ano ou mais, conforme a mulher [...].” (E38)

“[...] tem um de três e outro de cinco anos.” (E27; E52; E63)

“[...] não pode tirar antes do tempo, seis meses acho eu [silêncio].” (E53)

“O chip só sei de ver na televisão [pausa] é introduzido no braço de cinco em cinco anos [silêncio].” (E74)

Uma participante revela considerável falta de informação sobre a utilização do implante contraceptivo quando afirma:

“Sei que a minha irmã pôs cá [o implante] há uns anos, quando me veio visitar [a Portugal] e agora não consegue engravidar.” (E73)

Quando se lhe perguntou se, entretanto, a irmã já o tinha retirado em Angola (país onde vive) a participante responde:

“Não sei [pausa] nem sabia que se tinha de tirar!” (E73)

As 6 participantes que usavam o implante no momento da entrevista apresentaram conhecimentos deficientes sobre o método, sendo que 2 se referiram ao local de inserção e 4 ao período de ação (apesar de 1 apresentar uma ideia errada sobre o assunto).

Analisando as características do grupo das participantes que aparentam reduzido conhecimento sobre o implante, estando-o a usá-lo, verifica-se alguma transversalidade no que respeita à nacionalidade (embora com ligeira superioridade das mulheres santomenses), à idade e ao tempo de permanência em Portugal; a baixa escolaridade e o trabalho não qualificado foram as variáveis que se destacaram no grupo. Quanto à utilização dos recursos de saúde, verifica-se que estas participantes fazem vigilância em consulta de planeamento familiar ou ginecologia, com regularidade, embora metade não aborde o assunto da contraceção com os profissionais de saúde.

Conhecimento – Injeção contracetiva

Das 29 participantes que referiram a injeção contracetiva, 4 não têm conhecimento sobre o método. Neste grupo sobressai a nacionalidade cabo-verdiana, o desemprego e a atividade doméstica e o nível de escolaridade médio (Quadro 19). Relativamente aos recursos de saúde, todas as participantes fazem vigilância clínica na CPF ou ginecologia, porém 2 não falam com os profissionais de saúde sobre contraceção.

QUADRO 19 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUE NÃO TÊM CONHECIMENTO SOBRE A INJEÇÃO CONTRACETIVA

Características sociodemográficas	Participantes
Nacionalidade:	
Santomense	1
Angolana	1
Cabo-verdiana	2
Grupo etário (anos):	
19 - 20	1
25 - 29	1
30 - 34	1
41 - 49	1

Tempo de permanência em Portugal:	
Entre 1 e 2 anos	1
Entre 6 e 10 anos	3
Escolaridade:	
2º Ciclo	2
3º Ciclo	1
Ensino secundário	1
Situação Profissional	
Desempregada	2
Doméstica	2

As sub-categorias mais relatadas pelas participantes sobre a injeção contracetiva são o mecanismo de ação e as regras de administração (Quadro 20).

QUADRO 20 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE A INJEÇÃO CONTRACETIVA

Sub-categ/UC	Unidades de Registo	UE
Mecanismo de ação	<i>Vai-se soltando hormônio dentro do corpo.</i> (E11)	1
	<i>Acho que evita a ovulação.</i> (E23)	1
	<i>Também são hormonas que inibem a ovulação.</i> (E32)	1
	<i>Também deve libertar alguma hormona.</i> (E51; E54)	2
	<i>Pelas hormonas [pausa] não deixa fazer a maturação dos óvulos.</i> (E66)	1
		6
Regras de administração	<i>A injeção é feita de 3 em 3 meses.</i> (E02; E04; E08; E19; E23; E26; E30; E41; E49; E50; E51; E55; E65)	13
	<i>A injeção a gente toma uma por mês [...]</i> (E11)	1
	<i>A injeção é mensal e também tem trimestral [...]</i> (E54)	1
		15
Efeitos indesejáveis	<i>[...] fiquei com sangramento durante 3 meses.</i> (E54)	1
	<i>[...] há falhas no período [...].</i> (30)	1
	<i>Só sei que uma [amiga] deixou de usar porque estava a ficar enorme [fez o gesto de obesidade].”</i> (E74)	1
		3

Registaram-se conceções incorretas sobre o uso do implante contracetivo, relativamente a diversas características que se passam a apresentar.

Mecanismo de ação:

“Quando injeta no corpo aquela substância, o espermatozoide desfaz logo.” (E53)

“Acho que tem uma cena dele que protege as células se encontrarem.” (E61)

Regras de administração:

“[...] é para cinco anos.” (E56; E61)

“As pessoas que conheci que usavam [a injeção] apanhavam de ano em ano ou de dois em dois ou de três em três anos.” (E74)

O testemunho de uma participante revela como os atributos dos contraceptivos podem influenciar a decisão de adesão a um determinado método:

“Uma colega tomava a injeção, mas eu tenho medo de injeções por isso prefiro a pílula. Ela disse que ia lá [ao hospital] todos os meses tomar a picada.” (E18)

Ao analisar a prática contraceptiva desta participante, verifica-se que não fazia qualquer método no momento da entrevista por *“não ter namorado”*, embora já tenha utilizado anteriormente a pílula, o dispositivo intrauterino e, mais recentemente, o implante contraceptivo que retirou *“por estar fora de prazo e não ter nada a sério.”*

Outro testemunho salienta como a crença de que *“Só as mulheres que já tiveram filhos é que podem tomar a injeção [...]” (E39)* pode levar a uma escolha menos adequada num determinado momento da vida fértil de uma mulher.

Conhecimento – Anel vaginal

Das 11 participantes que mencionaram o anel vaginal, 1 não tem qualquer conhecimento sobre o método, referindo *“O anel eu já ouvi falar, mas não sei nada, nunca me interessei por ele!” (E70)*. Uma participante, que já o usou anteriormente, não sabe explicar o seu funcionamento:

“O anel já usei há uns anos [pausa] punha dentro da vagina, depois tirava para vir o período, mas já não me lembro de nada.” (E73)

No Quadro 21 apresentam-se as subcategorias que emergiram da análise das respostas sobre o anel vaginal.

QUADRO 21 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O ANEL VAGINAL

Sub categ/UC	Unidades de Registo	UE
Características físicas	<i>Tem um formato arredondado ou oval.</i> (E21)	1
	<i>[...] é uma borrachinha [...]</i> (E54)	1
Local de inserção	<i>[...] encaixa-se dentro da vagina.</i> (E21; E24; E32; E45; E49; E63; E73)	7
	<i>[...] coloca-se à entrada do útero.</i> (E54)	1
	<i>[...] é introduzido no canal [vaginal].</i> (E72)	1
		9

A sub-categoria mais relatada pelas participantes sobre o anel vaginal prende-se com o local de inserção, pelo que o conhecimento revelado é diminuto dado que o próprio nome do método o indica claramente.

A referência à composição do anel é feita por uma participante colocando a sua dúvida:

“Não sei se tem hormonas [hesitação] deve ter [silêncio].” (E32)

No que respeita a concepções incorretas registaram-se relativamente a:

Mecanismo de ação:

“Tem o mesmo efeito que o preservativo do homem.” (E21)

“Supostamente está no colo a impedir que os espermatozoides cheguem aos ovários, quando os óvulos estão no ponto de serem fecundados.” (E32)

Como se pode constatar, estas participantes associam o anel vaginal a um método de barreira, provavelmente fazendo confusão com o preservativo feminino, pelo facto de ser introduzido na vagina.

Regras de administração:

“Eu usei o anel vaginal [pausa] já não me lembro bem, mas acho que era semanal [hesitação] não, era mensal, depois dava um intervalo para o sangue descer.” (E20)

“O anel [hesitação] muda-se de três em três meses, mas não tenho a certeza.” (E72)

Conhecimento – Adesivo contraceptivo

Das 17 participantes que referiram o adesivo contraceptivo, 2 não têm qualquer conhecimento sobre o método.

Comparando estas duas participantes (E32; E45) verifica-se que nacionalidade, idade, escolaridade, profissão, tempo de permanência em Portugal, vigilância em consulta e comunicação com os profissionais nada têm em comum.

As sub-categorias mais relatadas pelas participantes sobre o adesivo contraceptivo, prendem-se com o local de aplicação e o mecanismo de ação (Quadro 22).

QUADRO 22 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O ADESIVO CONTRACETIVO

Sub-categ/UC	Unidades de Registro	UE
Mecanismo de ação	<i>Funciona quase como o implante [hesitação] tem a ver com as alterações das hormonas...</i> (E21)	1
	<i>[...] liberta hormonas que evita a ovulação.</i> (E25)	1
	<i>[...] também mexe no sistema hormonal.</i> (E30)	1
	<i>As coisinhas de colar pela lógica têm hormonas, mas não sei como funciona.</i> (E44)	1
	<i>[...] deve ter alguma hormona [hesitação].</i> (E51)	1
	<i>Pelas hormonas consegue fazer a alteração do nosso organismo, para não deixar fazer a maturação dos óvulos.</i> (E66)	1
		6
Regras de administração	<i>A gente bota [hesitação] e escolhe um dia da semana para trocar até 3 semanas.</i> (E11)	1
	<i>Tem de se trocar de sete em sete dias.</i> (E25; E49)	2
		3
Local de aplicação	<i>Pode colocar no braço e nádega, mas não pode colar no peito ou em sítios que dobre.</i> (E11)	1
	<i>[...] mete-se no braço [...].</i> (E14; E36)	2
	<i>[...] coloca-se geralmente no ombro ou nas zonas onde não se faça pressão.</i> (E25)	1
	<i>O selozito é posto aqui [aponta para o ombro].</i> (E30)	1
	<i>O penso é como o do braço [implante] só que é exterior.</i> (E33)	1
	<i>O adesivo eu via colocar no abdómen [pausa].</i> (E74)	1
		7

Duas participantes colocam em questão a eficácia do método referindo:

“Eu usei pouco tempo e engravidei com ele.” (E13)

“Eu engravidei com ele e por isso não quero saber disso.” (E14)

O testemunho de uma participante quanto ao local de aplicação não foi contemplado por ser demasiado vago e termos compreendido que a participante não tinha conhecimento sobre o assunto:

“[hesitação] cola-se no corpo [pausa].” (E21)

No que respeita às regras de administração registaram-se algumas conceções incorretas:

“[...] mês a mês tem de mudar.” (E30)

“[...] acho que é de três em três meses.” (E51)

“[...] acho que se troca de seis em seis meses [hesitação].” (E70)

Conhecimento – Laqueação tubária

Das 6 participantes que referiram a laqueação tubária, 3 (E23, E51, E56) tinham recorrido ao método; uma outra (E48) que também fora submetida a este método há 17 anos, não o menciona como método contraceptivo.

As sub-categorias relatadas pelas participantes sobre a laqueação tubária, prende-se com o mecanismo de ação e o processo pela qual se realiza (Quadro 23).

QUADRO 23 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE A LAQUEAÇÃO TUBÁRIA

Sub-categ/UC	Unidades de Registo	UE
Mecanismo de ação	[...] <i>não deixa passar os óvulos.</i> (E23)	1
	[...] <i>impede [hesitação] impede [pausa] não sei dizer [pausa] contato com o espermatozoide.</i> (E56)	1
	[...] <i>inibe a ida do óvulo para o útero.</i> (E66)	1
	[...] <i>assim o espermatozoide não passa.</i> (E72)	1
		4
Técnica de realização	[...] <i>fecham as trompas.</i> (E23)	1
	[...] <i>acho que cortam ou levam um ponto na trompa de Falópio.</i> (E51)	1
	[...] <i>vai eliminar a trompa da mulher, vai virar e cozer [pausa] é cortada [...].</i> (E56)	1
	[...] <i>dá-se o nó na trompa.</i> (E66)	1
	[...] <i>põem um grampo nas trompas [pausa] ou podem até cortar se a mulher não quiser mais filhos.</i> (E72)	1
		5

Relativamente ao mecanismo de ação, uma participante refere que “*é semelhante à vasectomia nos homens*”, contudo não sabe explicar o seu procedimento:

“[...] *não sei bem [hesitação] a palavra diz que é cortar alguma coisa [pausa]*” (E49).

O processo de realização da laqueação de trompas baseado nas ideias de “retirar”, “fechar”, “atar”, “virar”, “cozer” e “cortar” as trompas de Falópio foi, também, registado no estudo de Almeida (2004). Apesar da coincidência dos registos encontrados, é de salientar a distância temporal entre a colheita de dados da referida pesquisa (1999) e a presente (2016/2017), assim como a diferença entre as características das participantes envolvidas.

Conhecimento – Vasectomia

Das 7 participantes que referiram a vasectomia como método contraceptivo, 1 não tem conhecimento sobre o mesmo, justificando que:

“A vasectomia oiço em algumas novelas brasileiras, mas não sei mais. Sei que é feito pelo homem.” (E49)

Tal como no outro método cirúrgico, as sub-categorias relatadas pelas participantes sobre a vasectomia prendem-se com o mecanismo de ação e a técnica de realização, com destaque para esta última característica:

“[...] deixa o homem infértil.” (E11)

“[...] é uma pequena cirurgia.” (E11; E54; E72)

“Eles cortam uma veia do canal do trem dele.” (E13)

“Não sei se corta ou dão ponto nos canais do homem.” (E51)

Algumas participantes revelaram concepções erróneas no que respeita ao mecanismo de ação do método, ligando-o à não produção dos espermatozoides ou à sua “morte”:

“Creio que o esperma não consegue sobreviver.” (E13)

“Tem a ver que o homem não passe o esperma.” (E54)

“Acontece à mesma o líquido e os espermatozoides acabam por ir mortos.” (E66)

“Corta-se a zona onde é produzido os espermatozoides.” (E66)

É de salientar, que tanto na laqueação tubária como na vasectomia, as participantes em momento algum referiram a elevada eficácia contraceptiva dos dois métodos, talvez por desconhecimento ou por não lhe darem a devida importância. Ao invés, Minella (2005) revela no seu estudo que os homens brasileiros destacam como principais motivos para realizar a vasectomia a segurança do método associado à impossibilidade da companheira continuar a usar contraceptivos orais.

Conhecimento – Preservativo feminino

Das 51 participantes que mencionaram o preservativo feminino, 26 referem não saber nada acerca dele, justificando maioritariamente que: *“nunca vi e não sei nada sobre isso”, “já vi mas nunca usei”, “nunca tive curiosidade de usar ou saber como funciona”*.

Comparando as características do grupo das participantes que não têm qualquer conhecimento sobre o preservativo feminino e o grupo das que mencionaram pelo menos um atributo deste método, não se registaram diferenças significativas entre eles (Quadro 24). Estes dados transversais às diferentes nacionalidades parecem estar de acordo com o facto

de o preservativo feminino não ser divulgado nos países de origem das participantes, aspeto visível quando da análise da prevalência contracetiva nesses países.

QUADRO 24 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ENTRE AS PARTICIPANTES QUE REFERIRAM O PRESERVATIVO FEMININO E O CONHECIMENTO ACERCA DO MÉTODO

Características sociodemográficas	Participantes	
	Não sabe	Sabe
Nacionalidade:		
Santomense	2	4
Angolana	6	3
Guineense	6	2
Cabo-verdiana	7	8
Brasileira	5	8
Grupo etário (anos):		
19 – 24	5	6
25 – 29	3	4
30 – 34	4	3
35 – 39	5	4
40 – 44	5	3
45 - 49	4	5
Tempo de permanência em Portugal:		
Entre 1 e 2 anos	2	2
Entre 3 e 5 anos	4	1
Entre 6 e 10 anos	13	8
Entre 11 e 20 anos	4	11
Mais de 20 anos	3	3
Escolaridade:		
Não sabe nem escrever	0	0
Sabe ler e escrever	1	0
1º Ciclo	4	2
2º Ciclo	3	1
3º Ciclo	4	4
Ensino Secundário	11	10
Curso Técnico-Profissional	1	2
Licenciatura	1	4
Mestrado	1	2
Situação Profissional		
Empregada	12	15
Desempregada	11	6
Estudante	2	3
Doméstica	1	3
Profissão:		
Especialista das Profissões Intelectuais e Científicas	1	5
Pessoal Administrativo e Similares	1	3
Pessoal dos Serviços e Vendedores Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	5	1
Trabalhadora não qualificada	1	
	4	6

O mecanismo de ação, a técnica e o local de inserção são as sub-categorias mais abordadas pelas participantes; de notar que apenas 4 se referem às vantagens contracetivas e 3 à

prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, dados que revelam a falta de informação sobre a ação preventiva do preservativo feminino (Quadro 25).

QUADRO 25 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O PRESERVATIVO FEMININO

Sub-categ/UC	Unidades de Registo	UE
Aspeto físico	[...] <i>mas o aspeto não é simpático.</i> (E08)	1
	<i>Aquilo é tão grande!</i> (E36)	1
	<i>Aquela coisa é um bocadinho esquisita.</i> (E44)	1
	<i>É uma coisa muito feia, larga</i> [silêncio]. (E49)	1
	<i>O preservativo da mulher é redondo</i> [...]. (E62)	1
	<i>É um plástico, mas tem uma esponja lá dentro</i> [...]. (E64)	1
		6
Mecanismo de ação	<i>Evita</i> [a gravidez] <i>porque o esperma não passa.</i> (E16; E74)	2
	<i>Eu acho que se nós aplicarmos dentro de nós isso evita que o esperma fique na bolsa de dentro.</i> (E18)	1
	<i>Tem o mesmo efeito que o preservativo normal, ele contrai os espermatozoides.</i> (E21)	1
	[...] <i>impede que o espermatozoide entre lá.</i> (E23; E39)	2
	<i>Ele evita que o espermatozoide entre em contato com o óvulo.</i> (E25)	1
	<i>Ele protege da entrada do espermatozoide até ao útero e trompas para fazer a fecundação.</i> (E30)	1
	<i>Faz escudo fisicamente aos espermatozoides.</i> (E32)	1
	<i>O objetivo é impedir a passagem dos espermatozoides.</i> (E44; E72)	2
	[...] <i>funciona como uma barreira para o sémen.</i> (E33)	1
	<i>Em vez do homem ejacular lá dentro fica no preservativo.</i> (E45)	1
<i>Assim o esperma fica no saco.</i> (E51; E66; E75)	3	
<i>Quando o parceiro ejacula não deixa passar o sémen.</i> (E62)	1	
		17
Técnica e local de inserção	[...] <i>tem uma argola que você põe e depois a outra fica para fora.</i> (E08; E36; E45)	3
	<i>Tem de ter uma cadeira para introduzir lá dentro.</i> (E25)	1
	[...] <i>mete-se lá dentro, mas tem de encaixar para não sair do sítio.</i> (E27)	1
	<i>É colocado na vagina.</i> (E12; E32; E44; E62; E65; E66)	6
	<i>Ele tem de ser posto com os dedos até ao sítio onde é o máximo da penetração.</i> (E33; E51)	2
	<i>Tem de encolher a rodinha para entrar no canal vaginal.</i> (E75)	1
		14
Eficácia	<i>Não me passa confiança!</i> (E69)	1
	[...] <i>não sei se é completamente seguro, como o masculino.</i> (E72)	1
		2
Vantagens	[...] <i>protege de certas doenças.</i> (E18; E30; E74)	3
	[...] <i>pode ser colocado antes de sair de casa.</i> (E75)	1
		4
Desvantagens	[...] <i>também para o homem não é confortável. Pode até fazer com que perca a tesão. Eu sei porque já usei lá no Brasil, com um namorado.</i> ” (E08)	1
	[...] <i>já me disseram que é muito desconfortável, por isso não experimentei.</i> (E72)	1
		2
Aspeto prático da utilização	[...] <i>mas a mulher tem medo de usar.</i> (E27)	1
	[...] <i>mas eu tenho medo de usar aquilo, porque tenho medo que aquilo entre cá dentro.</i> (E39)	1
		2

A eficácia do preservativo feminino é colocada em causa por duas participantes, sendo que uma afirma ser menos “seguro” que o preservativo masculino, conceção errada dado que é considerado como o mais resistente (Pacheco *et al.*, 2011; WHO, 2018).

Uma participante apresenta uma conceção inadequada quanto o mecanismo de ação:

“[...] *também libera hormônios que inibe a ovulação. É o que a minha filha usa.*”
(E66)

Esta ideia incorreta pode causar uma falsa sensação de segurança, quer na hipótese de uso pessoal quer no aconselhamento à filha (com 19 anos à data da entrevista).

Almeida (2004) no seu estudo revelou ter encontrado, também, a ideia do “aspeto estranho”, da difícil utilização e da falta de segurança do preservativo feminino.

Conhecimento – Preservativo masculino

O preservativo masculino foi o segundo método contraceptivo mais referido pelas participantes (72), embora 9 não tenham qualquer conhecimento acerca dele, das quais 8 dizem nunca o terem usado. Das 3 participantes que não referiram o preservativo, nenhuma o tinha utilizado.

Analisando-se as características das 9 participantes que não têm conhecimento sobre o preservativo masculino, verifica-se o predomínio de mulheres guineenses, idade superior a 30 anos, baixa escolaridade, permanência em Portugal entre 1 e 10 anos, sem profissão ou trabalhadoras não qualificadas. Quanto ao estado civil das participantes, a maioria vive em casal (5 casadas e 1 em união de facto), teve entre 1 a 2 parceiros sexuais e não usava qualquer método contraceptivo no momento da entrevista. A ligação entre a conjugalidade e o menor uso do preservativo masculino pode estar relacionada com o facto de nas relações estáveis se deixar de usar o referido método (Almeida, 2004; Dias & Rocha, 2009; Rocha, Dias & Gama, 2010), situação também espelhada na epidemiologia da prevalência do uso do preservativo nos países de origem das participantes, situação já relatada anteriormente.

No Quadro 26 apresenta-se o resultado da análise de conteúdo dos vários testemunhos sobre uso do preservativo masculino.

QUADRO 26 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O PRESERVATIVO MASCULINO

Sub-categ/UC	Unidades de Registo	UE
Mecanismo de ação	<i>Serve para guardar o esperma que faz a mulher engravidar.</i> (E01; E57)	2
	<i>Fica tudo aí não deixando avançar para os ovários e entrarem lá.</i> (E21)	1
	<i>Impede que os espermatozoides passem.</i> (E23; E68; E72; E73)	4
	<i>O preservativo masculino é de barreira.</i> (E25; E32; E33)	3
	<i>[...] o líquido fica lá dentro.</i> (E28; E30; E36; E45; E52; E53; E55; E56; E58; E61; E62)	11
	<i>[...] quando ele vai esporrar fica tudo guardado na camisinha.</i> (E31)	1
	<i>Aquilo não permite que o espermatozoide entre para o corpo da mulher.</i> (E34)	1
	<i>Não deixa que o esperma saia.</i> (E35; E39; E43; E67; E69; E70; E75)	7
	<i>[...] assim fica tudo na camisinha.</i> (E38; E51)	2
	<i>Evita que o líquido entre na vagina da mulher, vai ficando na camisinha.</i> (E41; E42; E44; E49; E63; E65)	6
	38	
Modo de utilização	<i>Tem-se de desdobrar/desenrolar aos poucos.</i> (E03; E16; E33; E39; E44; E57; E74)	7
	<i>É para usar quando começa a ereção.</i> (E08; E11; E20; E53)	4
	<i>[...] quando retirar ter cuidado para o líquido não sair.</i> (E11)	1
	<i>Aquilo encaixa lá e toca a andar [risos].</i> (E13)	1
	<i>Segura-se na pontinha e vai-se desenrolando [pausa].</i> (E20; E56; E58; E72)	4
	<i>Tem de arregaçar, tipo meia.</i> (E30)	1
	<i>Tem de ser colocado no pênis antes de iniciar a relação sexual.</i> (E42; E43)	2
	<i>[...] só que tem de ser antes do momento [pausa].</i> (E75)	1
	21	
Precauções	<i>Não se deve abrir a embalagem com os dentes, mas com a mão porque se pode estragar [...]</i> (E03)	1
	<i>[...] deve ser aberto com cuidado para não romper.</i> (E16; E42; E45; E63)	4
	<i>É preciso ter atenção ao biquinho para não deixar entrar ar.</i> (E12; E25; E27; E28; E30; E35; E44; E61; E72; E75)	10
	<i>Quando se insere no pênis deve-se ter cuidado para não estoirar.</i> (E12; E28; E33; E49; E72)	5
	<i>Deve-se ver a embalagem e a data de validade [...]</i> (E25; E38; E49; E53)	4
	<i>[...] ver se não está furado ou rebentado.</i> (E20; E25; E27)	3
	<i>[...] deve ser de uma marca boa, resistente, se não [pausa]</i> (E20)	1
	<i>[...] no final tem que dar um nó.</i> (E25)	1
	<i>Tem de ficar um espaço na pontinha para não romper.</i> (E39)	1
	<i>[...] tem de ter cuidado para não rebentar ou furar [...]</i> (E43; E44; E68; E74; E75)	5
	<i>Deve-se ver se não sai durante o ato [...]</i> (E49; E63; E75)	3
<i>[...] ver se o esperma está a sair.</i> (E49)	1	
<i>Deve-se retirar logo, antes do pênis perder a ereção, para não verter.</i> (E72)	1	
	40	
Vantagens	<i>Acho que pode evitar a gravidez indesejada [...]</i> (E04)	1
	<i>Isso é o primeiro porque evita muita coisa [...]</i> (E06)	1
	<i>[...] não é só para prevenir a gravidez, mas para proteger de certas doenças.</i> (E10; E18; E28; E30; E31; E35; E38; E45; E53; E55; E57; E60; E70; E74)	14
	<i>É bom para cuidar das doenças [...]</i> (E50)	1
	17	
Eficácia	<i>Com isso é muito difícil de engravidar, mesmo estando no período fértil.</i> (E38)	1
	<i>É dos métodos mais fiáveis.</i> (E69)	1
	2	
Desvantagens	<i>O preservativo é um pouco arriscado...há muita gente a engravidar com camisinha.</i> (E07; E68)	2
	<i>Ele evita a gravidez se não rebentar [...]</i> (E16; E28; E43)	3
	<i>[...] nem sempre isso é 100%, porque às vezes podem romper e engravidar.</i> (E23; E30; E44)	3
	<i>Se furar não tem validade nenhuma, eu posso engravidar [...]</i> (E35; E53)	2
	<i>[...] já ouvi dizer que rompe.</i> (E55)	1
	<i>Protege se não tiver buraco [pausa] se não rasgar.</i> (E58; E61; E62)	3
	14	
Efeitos indesejáveis	<i>Alguns fazem alergia [...]</i> (E13; E38)	2
	<i>Pode dar irritações, dependendo da marca.</i> (E38; E54)	2
		4

As participantes relataram, essencialmente, as precauções no uso do preservativo masculino e a forma de o utilizar de modo a garantir a sua eficácia e o mecanismo de ação do método associado à barreira física que impede a entrada dos espermatozoides na vagina, resultados idênticos revelados em outros estudos (Almeida, 2005; Dias & Rocha, 2009).

Sobre as vantagens do preservativo masculino, 14 participantes referem-se em simultâneo à função contraceptiva e à prevenção das IST; apenas 1 aborda o primeiro aspeto e outra o segundo; 1 participante apresentou uma resposta vaga sobre o assunto:

“[...] para evitar a gravidez é melhor proteger diferente.” (E50)

Face às 63 participantes que referiram ter conhecimento acerca do método, consideramos reduzido o número de respostas no domínio da prevenção da gravidez e da IST, ainda que tenha sido ligeiramente superior no que concerne ao preservativo feminino. A razão dessa superioridade pode dever-se ao facto de o preservativo masculino ser mais divulgado e usado do que o feminino.

Apesar das afirmações anteriores, apenas 2 participantes consideram o preservativo masculino muito seguro, sendo que 14 levantam a questão da sua reduzida eficácia associada ao facto de poder estar “furado” e ao risco de rompimento durante o coito. Sublinha-se ainda o testemunho:

“O do homem não é seguro porque o homem é malandro e pode furar de propósito.” (E57)

Porém, apesar da falta de confiança no preservativo masculino é o método mais usado pelas participantes.

Uma participante apresenta desconhecimento total acerca do mecanismo de ação do preservativo masculino afirmando que:

“Acho que o lubrificante dele [preservativo] é que impede a gravidez e doenças também.” (E54)

Duas apresentam um conhecimento incorreto sobre a forma de ser usado:

“Então, ele sopra o pacote [preservativo] para ver se está direito e mete.” (E15)

“A camisinha [risos] tira-se da saqueta, põe-se aquela parte para baixo, estica-se para ver se o preservativo está rasgado.” (E64)

Destaca-se outro testemunho por representar a resposta mais completa sobre o método:

“A camisinha essa eu pratico. Coloca e pronto. Tem dois tamanhos e é preciso adequar para não se sentir apertado [risos]. Deve evitar que fure com as unhas ou os dentes e tem de colocar até ao final. Ele evita a gravidez deixando o esperma dentro dele. E também evita as doenças.” (E70)

Vários testemunhos revelam a dificuldade de os homens usarem o preservativo masculino:

“A camisinha é o melhor de todos, só que com os nossos maridos deixa de usar.” (E10)

“Eu pôr a camisinha não sei. Eles é que põem. Eu já usei uma vez, mas não sei [como funciona]. Os nossos homens africanos não gostam disso.” (E17)

“A camisinha já ouvi, mas não sei como é. Nunca usei, ele [companheiro] não gosta.” (E29)

“Tem na Guiné, sim. Mas o meu marido nunca usou isso.” (E59)

A alusão à dificuldade de o homem aceitar o uso do preservativo, especialmente em relações duradoras, coaduna-se com os dados encontrados na literatura que relacionam a não utilização do preservativo à interferência na qualidade da relação sexual e, também, à inadequada perceção do risco e à suscetibilidade ao risco, aspetos ligados aos comportamentos sexuais (Almeida & Vilar, 2008; Gomes, 2010; Coutinho & Moleiro, 2017).

Para além disso, os dados epidemiológicos sobre a prática contraceptiva nos países de origem das participantes espelham a diferença do uso do preservativo entre as mulheres solteiras e as que vivem em casal.

O testemunho de uma participante evidencia que também as mulheres podem não reconhecer a vantagem do preservativo:

“Parece estranho, mas eu nunca usei. Eu não gosto, é de plástico, é estranho. Quando namorei durante dois anos ele punha a camisinha e eu dizia «Nhá! não quero!», mas nessa altura eu não era responsável. Agora penso diferente.” (E64)

Esta participante, com 19 anos à data da entrevista, iniciara a atividade sexual aos 16 anos de idade e teve *“prai uns 5 parceiros sexuais”*. O comportamento sexual de risco relatado salienta não só a falta de informação sobre o tema e a ideia de falsa perceção do risco e de suscetibilidade a ele, mas também a importância de se definirem estratégias de educação em contexto de saúde sexual e reprodutiva, de proximidade, sistematizadas e mantidas no tempo.

Para outra participante o preservativo é um método pouco recomendável porque:

“Dizem que camisinha tem doenças [risos]. Eu não sei [pausa].” (E47)

Conhecimento – Espermicida

As 3 participantes (E25, E51, E66) que referiram o espermicida como método contraceptivo abordaram, essencialmente, a sua apresentação em forma de creme, não demonstrando qualquer outro conhecimento sobre o método.

Uma participante que se referiu ao momento da aplicação, fê-lo de forma incorreta:

“É aplicado a seguir ao ato.” (E66)

De comum, estas participantes apresentam nível de escolaridade médio/elevado e significativo tempo de permanência em Portugal (entre 6 e 19 anos). Distinguem-nas a nacionalidade (santomense, cabo-verdiana, brasileira), a idade (22 anos, 39 anos, 47 anos) e a situação profissional (desempregada, doméstica, especialista das profissões intelectuais e científica), pelo que parece não se encontrar qualquer associação entre estas variáveis e o conhecimento sobre o espermicida.

Conhecimento – Contraceção de emergência

Das 3 participantes que referiram a contraceção de emergência (CE) como método contraceptivo, 1 não tem qualquer informação sobre o mesmo, apesar de já o ter usado. As 2 participantes que explicam o método, abordam, exclusivamente, o período ideal de utilização após a relação sexual:

“Tem de se tomar até 24 a 48 horas depois.” (E69)

“Sei que pode ser até 72 horas. (E70)

Destas, apenas uma utiliza o método fazendo-o por rotina:

“[...] tenho medo de engravidar [...]. (E70)

Estas duas participantes têm em comum a nacionalidade (brasileira), a idade (39 e 48 anos) e o tempo de permanência em Portugal (entre 12 e 19 anos).

Salienta-se o facto de o recurso ao uso da contraceção de emergência ser superior no Brasil face ao uso do método nos países africanos em análise, pelo que se esperava obter mais informações por parte das mulheres brasileiras.

Conhecimento – Coito interrompido

As 11 participantes referiram-se ao coito interrompido sobretudo no que respeita à sua descrição, sendo que apenas 4 reconhecem a reduzida fiabilidade deste método (Quadro 27).

QUADRO 27 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O COITO INTERROMPIDO

Sub-categ/U C	Unidades de Registo	UE
Descrição	[...] quando o homem vai ejacular não ejacula para dentro e ejacula fora. (E11; E14; E25; E62; E69)	5
	Se tirar fora o líquido não entra [...]. (E17)	1
	É interromper o ato sexual antes da ejaculação. (E32; E42)	2
	É quando o parceiro está-se a vir sai lá de dentro. (E49)	1
	O coito interrompido é o gozar fora [risos]. (E75)	1
		10
Eficácia	Eu sei que pode falhar porque há aqueles princípios [risos]. (E14)	1
	[...] acho que não seja seguro.” (E62; E69)	2
	Não tenho grande confiança [silêncio]. (E75)	1
		4

No grupo de participantes que referiram o coito interrompido estão representadas todas as nacionalidades, embora com o predomínio das mulheres cabo-verdianas e brasileiras, situação que se pode justificar pelo facto de terem sido estas as que mais métodos contraceptivos enumeraram. Existe uma transversalidade no que respeita à idade. Destaca-se o nível de escolaridade médio/elevado, profissões qualificadas e tempo de permanência em Portugal entre 6 e 20 anos (Quadro 28).

QUADRO 28 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUE TÊM CONHECIMENTO SOBRE O COITO INTERROMPIDO

Características sociodemográficas	Participantes
Nacionalidade:	
Santomense	1
Angolana	1
Guineense	1
Cabo-verdiana	4
Brasileira	4
Grupo etário (anos):	
20 - 24	2
25 - 29	3
30 - 34	1
35 - 39	2
40 - 44	1
45 - 49	2
Tempo de permanência em Portugal:	
Entre 1 e 2 anos	1
Entre 6 e 10 anos	6
Entre 11 e 20 anos	3
Mais de 20 anos	1
Escolaridade:	
3º Ciclo	3
Ensino secundário	3
Curso Técnico-Profissional	1
Licenciatura	3
Mestrado	1
Situação Profissional:	
Empregada	6
Desempregada	4
Estudante	1
Profissão:	
Especialista das Profissões Intelectuais e Científicas	3
Pessoal Administrativo e Similares	1
Pessoal dos Serviços e Vendedores	2

Relativamente à prática contracetiva anterior, verifica-se que das 11 participantes que abordaram o coito interrompido como método contracetivo, apenas 2 já o usaram em algum momento da sua vida sexual ativa (E11; E75); uma participante (E01) utilizadora com regularidade deste método não o mencionou.

De salientar que uma outra aborda, ainda, o aspeto da intervenção masculina na utilização deste método, bem como a necessidade de uma relação de confiança entre o casal, exigida para o seu sucesso:

“Para se fazer isso é preciso falar com o nosso companheiro: «olha, eu não estou protegida [da gravidez] por isso não te podes vir dentro de mim». E nós temos de ter confiança que ele antes de se vir saia.” (E20)

Conhecimento – Método com base no Calendário

Das 12 participantes que referiram o método contraceptivo com base no calendário, 4 não têm conhecimento sobre o mesmo (E07; E11; E17; E18). Salienta-se o facto de nenhuma mulher santomense ter referido este método.

No Quadro 29 apresenta-se a comparação entre as participantes que mencionam o método, mas não o descreveram e as que o fizeram.

QUADRO 29 - COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ENTRE AS PARTICIPANTES QUE TÊM/NÃO TÊM CONHECIMENTO ACERCA DO MÉTODO COM BASE NO CALENDÁRIO

Características sociodemográficas	Participantes	
	Não tem conhecimento	Tem conhecimento
Nacionalidade:		
Santomense		
Angolana	1	
Guineense	2	2
Cabo-verdiana		3
Brasileira	1	3
Grupo etário (anos):		
25 – 29	0	2
30 – 34	0	3
35 – 39	0	2
40 – 44	2	
45 - 49	2	1
Tempo de permanência em Portugal:		
Entre 1 e 2 anos	1	0
Entre 3 e 5 anos	0	1
Entre 6 e 10 anos	1	3
Entre 11 e 20 anos	1	4
Mais de 20 anos	1	0
Escolaridade:		
2º Ciclo	1	2
3º Ciclo	1	1
Ensino Secundário		1
Curso Técnico-Profissional	1	0
Licenciatura	1	1
Mestrado		2
Situação Profissional		
Empregada	2	5
Desempregada	1	2
Estudante	1	0
Doméstica		1
Profissão:		
Especialista das Profissões Intelectuais e Científicas		2
Pessoal Administrativo e Similares		0
Pessoal dos Serviços e Vendedores		0
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares		1
Trabalhadora não qualificada	2	0
		2

Da análise do Quadro 29 verifica-se que a variável “idade” parece distinguir os dois grupos de participantes, sendo que as mulheres mais velhas têm menor conhecimento do método. O nível de escolaridade, a situação profissional e a profissão também apresentam alguma diferenciação, mas em menor grau.

As participantes associaram, essencialmente, a utilização do método com base no calendário ao período fértil:

“Conta-se os 14 dias e tem-se cuidado nos 2 dias antes e 2 dias depois.” (E08)

“Diz quando é o período fértil que é o perigoso e o que está livre para fazer.” (E14)

“É contabilizar os dias de forma a permitir dizer qual o período fértil, para não ter relações sexuais nessa altura ou então proteger.” (E32)

“É controlar o período fértil.” (E44)

“A tabelinha permite evitar o dia certo para não engravidar.” (E75)

Contudo, algumas participantes demonstraram incorreções relativamente à forma como este período pode ser calculado:

“É para ver o dia, por exemplo para ver que dia da semana calha o dia 27 [dia em que refere menstruar todos os meses].” (E06)

“É saber controlar o último dia da menstruação e evita. Quando for menstruar, o colo começa a ficar aberto e engravida.” (E31)

“A tabelinha eu utilizei isso por ser regulada. Depois da menstruação eu fazia até 14, 15 dias e protegia nos dias que sabia que estava fértil.” (E51)

A dificuldade em determinar o período fértil já tinha sido verificada nas respostas dadas à questão sobre qual “a fase mais fácil para a mulher engravidar”, anteriormente analisadas.

Somente uma participante se referiu à eficácia do método:

“[...] mas não é fiável porque nunca temos a certeza.” (E44)

Conhecimento – Método do Muco cervical

O método do muco cervical foi referido por duas participantes, sendo que uma assinala a sua pouca eficácia e a outra as características do muco:

“Diz que se pode controlar através do corrimento, mas pode falhar.” (E44)

“Também se pode ver o muco, ver a elasticidade, se líquido, se espesso.” (E75)

Conhecimento – Diafragma

As 3 participantes que referiram o diafragma como método contraceutivo não têm qualquer conhecimento sobre o mesmo:

“Também há diafragma que é uma borrachinha, mas não sei como é.” (E09; E32; E53)

Conhecimento sobre o método contraceutivo usado no momento da entrevista

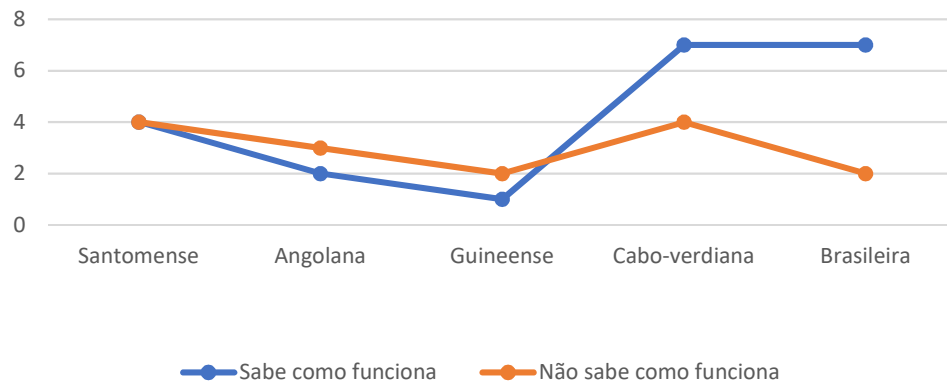
Seguidamente, apresentam-se os testemunhos das participantes em relação ao conhecimento sobre o funcionamento e os efeitos secundários do principal método que estavam a usar no momento da entrevista.

Das 36 que utilizavam contraceção no momento da entrevista, 15 desconheciam o funcionamento do método contraceutivo (MC) usado e 8 não sabiam os seus efeitos secundários.

O manifesto desconhecimento do método utilizado salienta a importância da informação por parte dos profissionais de saúde e revela a necessidade de se empoderar as mulheres para que possam ser proativas na escolha do método (sendo imprescindível deter conhecimento sobre o mesmo) adequado às características de cada uma, traduzindo-se numa utilização mais responsável e efetiva (Alves & Lopes, 2008; Belo & Silva, 2004; Penaforte *et al.*, 2010; Maia, Ribeiro & Guimarães, 2011; Neves, 2013; Gontijo, 2014; Wyatt *et al.*, 2014; Águas, Bombas & Silva, 2016).

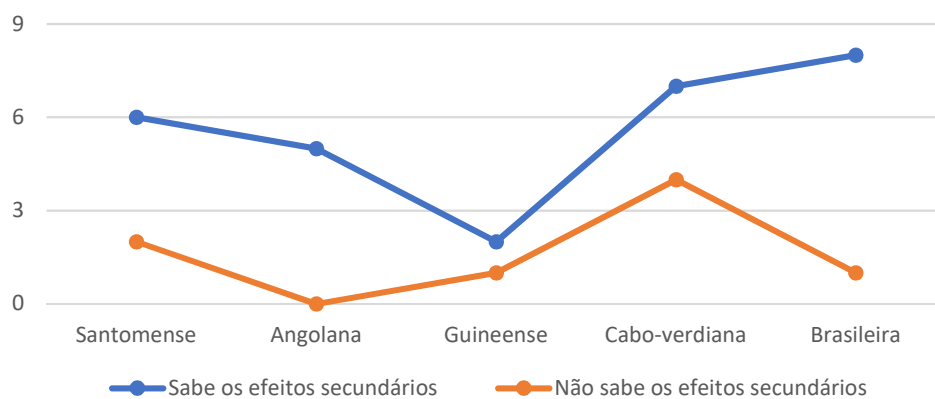
São as mulheres brasileiras e as cabo-verdianas que mais referem saber como funciona o seu método contraceptivo (19,4% para cada nacionalidade) enquanto as angolanas e guineenses as que menos o conhecem (5,6% e 2,8% respetivamente) (Figura 44).

FIGURA 44 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A NACIONALIDADE VS O CONHECIMENTO SOBRE COMO FUNCIONA O SEU MÉTODO CONTRACETIVO



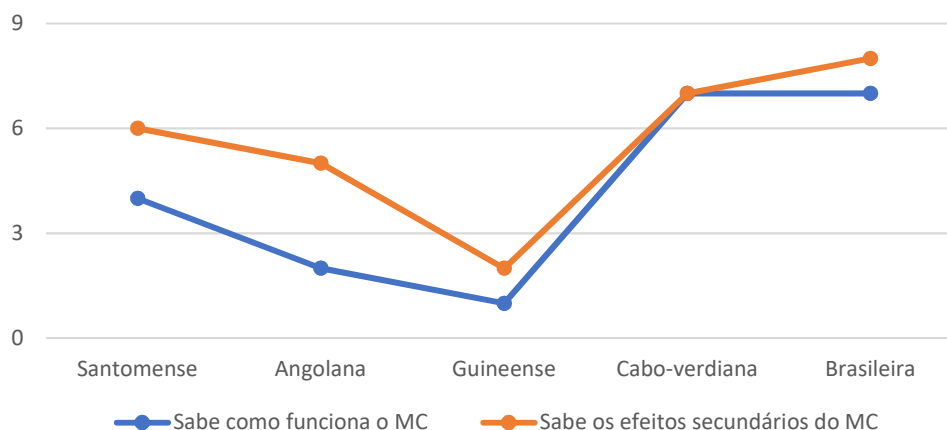
Quanto ao conhecimento sobre os efeitos secundários do método contraceptivo utilizado, são as mulheres cabo-verdianas e as brasileiras que mais respondem afirmativamente (11,4% para cada nacionalidade) enquanto as mulheres guineenses e angolanas são as que mais afirmam não ter conhecimento sobre o assunto (2,8% e 5,6% respetivamente) (Figura 45).

FIGURA 45 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A NACIONALIDADE VS O CONHECIMENTO SOBRE OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DO MC USADO NO MOMENTO DA ENTREVISTA



Pela análise da Figura 46, verifica-se que as participantes referem conhecer melhor os efeitos secundários do MC usado no momento da entrevista do que o seu funcionamento, à exceção das mulheres guineenses e cabo-verdianas que apresentam um nível de conhecimento semelhante nos dois aspetos, embora com valores distintos nos dois grupos.

FIGURA 46 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A NACIONALIDADE VS O CONHECIMENTO SOBRE O FUNCIONAMENTO E OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DO MC USADO NO MOMENTO DA ENTREVISTA



Pediu-se às participantes que referiram ter conhecimento sobre o funcionamento e os efeitos secundários do principal método que estavam a usar que os relatassem, pelo que se apresenta, seguidamente, a análise dos testemunhos segundo o tipo de método e por ordem decrescente da sua utilização.

Preservativo masculino

A totalidade das participantes (13) que utilizavam o preservativo masculino como principal método contraceptivo, indicaram a sua ação de barreira e a ausência de efeitos indesejáveis, à exceção de uma que referiu a possibilidade da existência de alergias, situação que está em consonância com o conhecimento demonstrado anteriormente.

Pílula

Das 8 participantes que utilizavam o anticoncepcional oral, apenas 1 descreve o mecanismo de ação do método – “*não deixa a gente ovular*” (E14).

Analisando as variáveis sociodemográficas das 8 participantes, verifica-se a existência de uma certa transversalidade no que respeita à nacionalidade, idade, escolaridade, situação profissional e tempo de permanência em Portugal. No âmbito dos recursos de saúde, apenas duas não tiveram orientação clínica para a escolha do método, sendo que as restantes o tiveram. Deste modo, as variáveis apontadas parecem não influenciar o desconhecimento sobre o mecanismo de ação do anticoncepcional oral.

Relativamente aos efeitos secundários associados à toma da pílula, 1 participante desconhece a sua existência, 1 diz não existirem e 6 enumeram vários aspetos físicos ligados aos efeitos indesejáveis, sendo as cefaleias e as alterações do peso corporal as mais significativas (Quadro 30).

QUADRO 30 - EFEITOS SECUNDÁRIOS ASSOCIADOS À TOMA DA PÍLULA

Efeitos secundários associados à toma da pílula	
Dor de cabeça	3
Aumento de peso	3
Mau estar	1
Fadiga	1
Enjoos	1
Retenção de líquidos	1
Manchas na cara	1
Coceira	1
Secura vaginal	1
Diminuição da libido	1
Trombose	1
Entupimento de veia	1

Face aos conhecimentos evidenciados pelas utilizadoras da pílula pode constatar-se que possuem uma reduzida informação, sobretudo no que concerne ao mecanismo de ação do contraceptivo, situação que se pode traduzir numa fraca adesão ao método, numa toma pouco eficaz ou na descontinuação da sua utilização.

A importância que as participantes dão aos efeitos indesejáveis dos anticoncepcionais orais leva-nos a pensar que terão estado na razão do abandono deste método anteriormente usado,

o que está de acordo com os resultados apresentados em vários estudos (Pacheco *et al.*, 2011; Bombas *et al.*, 2012; Neves, 2013; Wyatt *et al.*, 2014).

Implante contraceutivo

As 6 participantes que usavam o implante contraceutivo desconheciam o seu mecanismo de ação, sendo que 2 têm uma concepção errada sobre o mesmo:

“É um líquido que fica lá dentro e vai desfazendo no corpo e isso vai protegendo [...]” (E09)

“[...] proíbe que os espermatozoides que estão a vir para dentro do meu útero [pausa] é tipo barreira [pausa]” (E64)

Os efeitos indesejáveis foram referidos apenas por 4 participantes, verificando-se uma variedade de respostas, conforme Quadro 31.

QUADRO 31 - EFEITOS SECUNDÁRIOS ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DO IMPLANTE CONTRACETIVO

Efeitos secundários associados à utilização do implante contraceutivo	
Engordar	1
Inchaço	1
Ausência do período	1
Muito sangramento	1
Perda do desejo sexual	2

Injeção contracetiva

As 2 participantes que utilizavam a injeção contracetiva não sabiam como funciona o método; sobre os efeitos indesejáveis, uma diz não existirem e a outra refere alterações do peso corporal (perda/aumento de peso).

Dispositivo intrauterino

As 2 participantes que usavam o DIU têm uma concepção incorreta sobre o funcionamento deste método, reforçando os seus testemunhos anteriores (alusão à ação anovulatória e abortiva).

Destas, apenas uma atribui efeitos secundários ao uso do DIU:

“Faz as perdas de sangue aumentadas, dores e tensão no período pré e pós-menstrual.” (E32)

A participante que usa o SIU não sabe o seu mecanismo de ação. Como efeito secundário aponta uma situação que pode não ser considerada como tal e que, eventualmente, poderia ter sido resolvida na Consulta de Planeamento Familiar, onde tinha estado pela última vez há 4 meses:

“É muito incomodativo, estou sempre a senti-lo!” (E69)

Laqueação tubária

Das 4 participantes que têm laqueação tubária, apenas uma (E23) sabe o mecanismo de ação do método e não lhe confere qualquer efeito secundário, o que parece dever-se ao seu maior nível de escolaridade (Curso Técnico).

Duas participantes atribuem à laqueação tubária alguns efeitos secundários que constituem concepções erradas, evidenciando total desconhecimento sobre o método:

“Alguns dizem que isso é que faz dores constantes [que refere ter] nas ancas e pernas [...] e também dizem que faz parar a menstruação.” (E48)

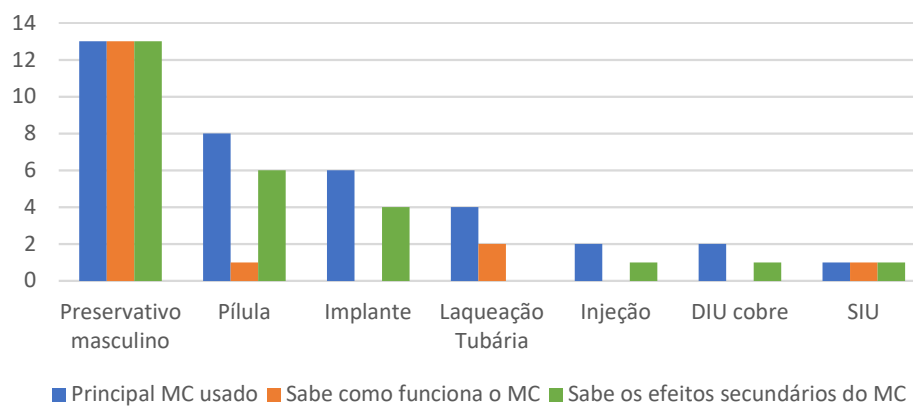
“O meu período aumentou bastante, dantes era três dias e agora são quatro e mais abundante. Não sei se é da laqueação ou dos anticoagulantes [pausa].” (E51).

Salienta-se que uma participante (E48) que foi submetida a esta técnica nem sequer a menciona como método contraceptivo.

Face aos resultados apresentados podemos afirmar que, da análise do conjunto de dados relativos ao conhecimento sobre o mecanismo de ação e os efeitos secundários do principal método contraceptivo usado no momento da entrevista, as participantes revelam menor conhecimento sobre o assunto do que julgam ter.

No total, 21 participantes referiram saber o mecanismo de ação do seu contraceptivo, mas apenas 17 o souberam descrever efetivamente. Quanto aos efeitos secundários, a diferença foi menos representativa, sendo que do total de 28 apenas 2 não detinham um conhecimento correto sobre o assunto. Analisando o nível de conhecimento segundo o MC usado, verifica-se que todas as participantes que utilizavam o preservativo masculino apresentavam bom conhecimento sobre o método, o mesmo não acontecendo com os outros contraceptivos (Figura 47).

FIGURA 47 – CONHECIMENTO SOBRE O MECANISMO DE AÇÃO E OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DO MC USADO NO MOMENTO DA ENTREVISTA



Nos vários depoimentos apresentados, relativamente ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos, ressalta a falta de informação por parte das participantes. Apesar de estarem presentes fatores socioeconómicos e culturais que podem promover esta situação, não deixa de estar vincada a falta de comunicação das participantes com os profissionais de saúde e a dificuldade em aceitar a opinião da mulher/casal, a qual resulta em grande parte desses mesmos fatores socioeconómicos e culturais.

8. CONTRACEÇÃO E ATITUDE

Pretendemos, nesta fase da entrevista, compreender as atitudes das participantes relativamente à contraceção e aos métodos contraceptivos, pelo que lhes foi solicitado que manifestassem a sua opinião relativamente a quinze afirmações sobre o assunto em estudo.

Para o efeito foi apresentada uma escala tipo Likert, com cinco níveis: 1. concordo completamente; 2. concordo; 3. não concordo nem discordo; 4. discordo; 5. discordo completamente. Foi, ainda, dada a possibilidade de responder “não sabe” ou “não responde”. A maioria indicou a sua opinião no intervalo entre “concordo completamente” e “discordo completamente”, existindo poucas respostas “não sei” ou “não responde”.

Algumas participantes pediram que assinalássemos as suas opiniões, outras procederam ao autopreenchimento junto da investigadora, permitindo o esclarecimento pontual de uma ou outra afirmação.

Na análise das suas opiniões, foram apenas consideradas as respostas contidas entre “concordo completamente” e “discordo completamente”, excluindo as respostas “não sei” ou “não responde”, sendo os valores apresentados respeitantes ao número total de participantes que responderam efetivamente a cada item.

Apresentamos, seguidamente, o nível de concordância das participantes perante as quinze afirmações nas respetivas Figuras, bem como alguns testemunhos que consideraram importantes dar como forma de justificar a sua opinião.

Afirmação 1 - Ter relações sexuais sem usar qualquer método contraceptivo pode levar a uma gravidez

72 participantes (97,3%) concordam plenamente/concordam que as relações sexuais desprotegidas podem levar a uma gravidez indesejada, sendo a distribuição por nacionalidade praticamente equitativa (Figura 48).

As 2 participantes (mulheres cabo-verdianas) que referem não concordar nem discordar justificam que:

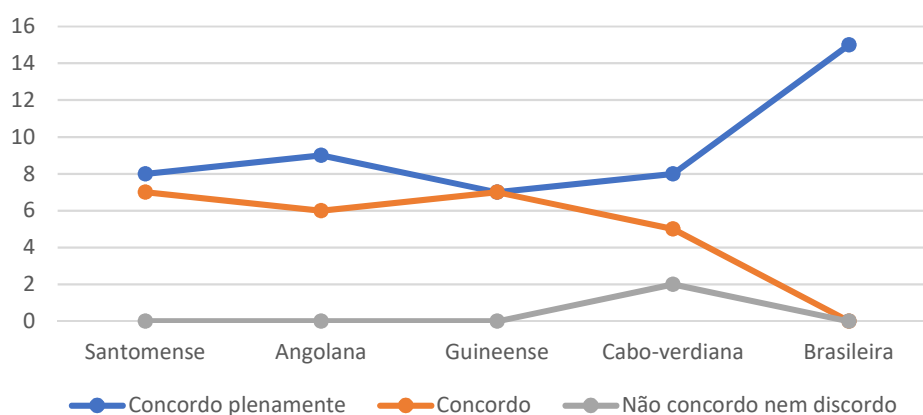
“Ter relações desprotegidas nem sempre pode levar a uma gravidez. Isso depende do tempo de ovulação.” (E23)

“Nem sempre, porque às vezes podemos engravidar e outras vezes não.” (E52)

Quanto ao primeiro testemunho é importante salientar que, apesar de E23 se referir ao período da ovulação como correspondendo ao período fértil, situa-o como ocorrendo “três ou quatro dias antes do período” que, como já vimos, é uma situação que dificilmente acontece.

No segundo testemunho, embora seja possível engravidar mesmo usando anticoncepcionais, pois todos têm uma margem de erro de pelo menos 0,01% (Pacheco *et al.*, 2011; Neves, 2013), não foi possível compreender o que a participante na realidade quis dizer.

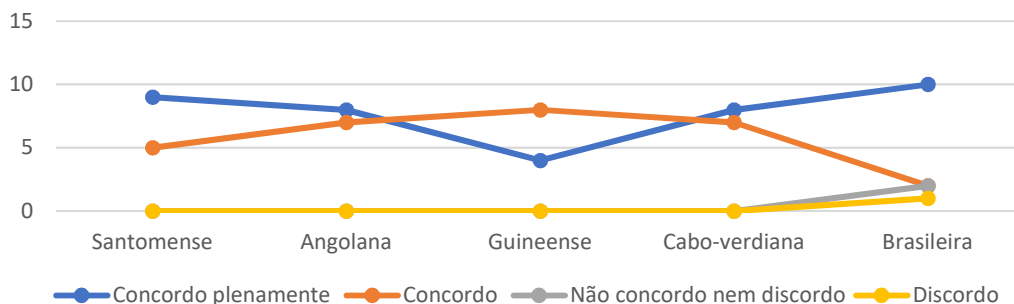
FIGURA 48 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *TER RELAÇÕES SEXUAIS SEM USAR QUALQUER MÉTODO CONTRACETIVO PODE LEVAR A UMA GRAVIDEZ* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 74)



Afirmção 2 - Fazer contraceção faz parte de uma sexualidade responsável

68 participantes (95,7%) concordam plenamente/concordam com a afirmação, tendo menor representatividade o grupo das mulheres guineenses (Figura 49).

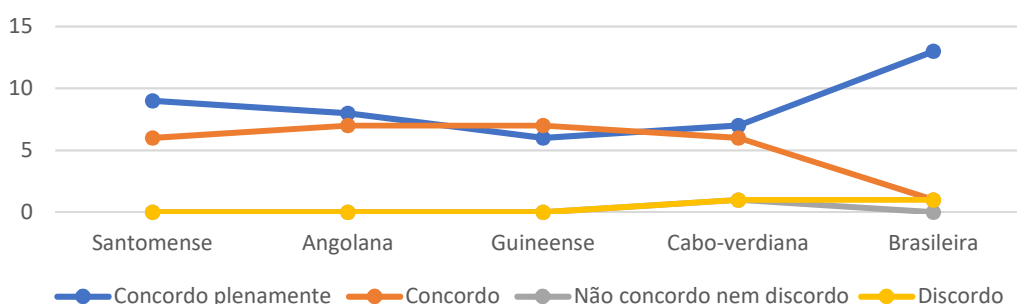
FIGURA 49 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *FAZER CONTRACEÇÃO FAZ PARTE DE UMA SEXUALIDADE RESPONSÁVEL* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 71)



Afirmção 3 - Quando não desejo engravidar utilizo contraceção de uma forma correta

70 participantes (95,9%) concordam plenamente/concordam que utilizar contraceção de uma forma correta evita uma gravidez indesejada, distribuindo-se as repostas de forma praticamente equitativa entre as várias nacionalidades. Contudo, 2 referem discordar da afirmação (1 mulher cabo-verdiana e outra brasileira) e, ainda, 1 mulher cabo-verdiana refere não concordar nem discordar (Figura 50).

FIGURA 50 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *QUANDO NÃO DESEJO ENGRAVIDAR UTILIZO CONTRACEÇÃO DE UMA FORMA CORRETA* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 73)

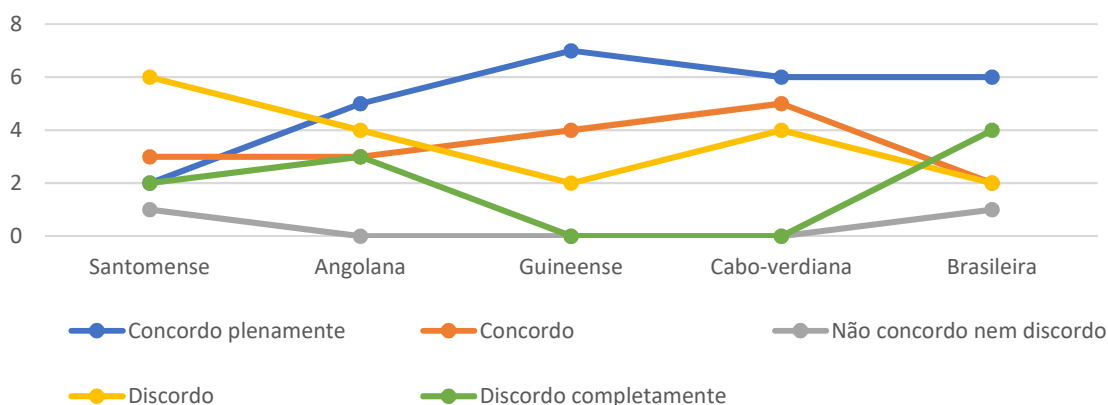


Afirmção 4 - Uma mulher é sempre responsável por uma gravidez

A opinião das participantes relativamente a esta afirmação, encontra-se mais repartida que as anteriores. Enquanto que 43 (59,7%) concordam plenamente/concordam que uma mulher é sempre responsável por uma gravidez (das quais 26 concordam completamente), 27

(37,5%) discordam completamente/discordam dessa afirmação, sendo as mulheres guineenses e as cabo-verdianas as que mais atribuem a responsabilidade da gravidez à mulher (Figura 51).

FIGURA 51 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *UMA MULHER É SEMPRE RESPONSÁVEL POR UMA GRAVIDEZ* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 72)



As participantes que assumem a gravidez como sua responsabilidade, defendem que a mulher deve tomar as devidas precauções:

“[...] porque é ela que deve dar o primeiro passo para se proteger da gravidez.” (E16)

“Ela também tem de se cuidar.” (E34)

“[...] porque tem tanta coisa hoje em dia [silêncio].” (E50)

“Ela é que tem que fazer métodos se não quer engravidar.” (E53)

“[...] porque você sabe o que vai fazer, não é?” (E56)

Uma reforça, ainda, que a mulher tem o conhecimento sobre o seu próprio ciclo, embora não saiba a definição de período fértil, como anteriormente se observou:

“Você sabe que está no período fértil!” (E17)

De salientar que uma participante evidencia a necessidade de informação para que a mulher possa assumir essa responsabilidade:

“A mulher é sempre responsável por uma gravidez, mas temos de excluir as crianças e raparigas que são menstruadas muito novas, por vezes aos nove anos, e não sabem nada sobre isso.” (E42)

Das participantes que referem não concordar que a mulher seja sempre responsável por uma gravidez, algumas evidenciam a ideia da partilha da responsabilidade pelo casal:

“A responsabilidade de uma gravidez é sempre dos dois!” (E62)

“Os dois é que são responsáveis pela gravidez, porque a mulher não o fez sozinha.” (E68)

“O homem também é responsável pela gravidez, mas a mulher é um pouco mais porque ela sabe o seu dia fértil.” (E71)

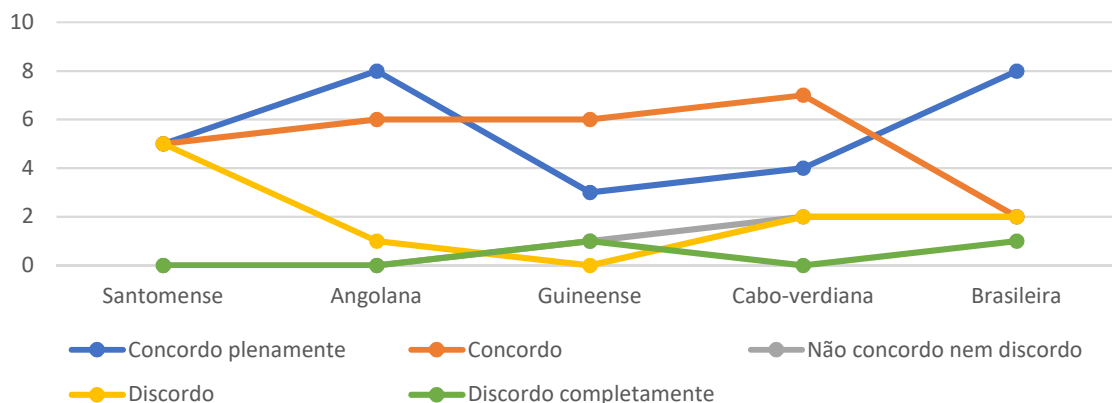
Salienta-se que a participante (E71), tal com a (E17), não soube definir o período fértil, embora ambas assumam que a mulher se deve proteger nessa altura para evitar uma gravidez não desejada.

Uma outra refere que *“Nem sempre uma mulher é responsável por uma gravidez. Por vezes o companheiro rompe o preservativo de prepósito ou diz que tira fora e fica lá um bocadinho de esperma, para fazer filho.” (E36)*

Afirmção 5 - Fazer contraceção é fácil

54 participantes (76,0%) concordam plenamente/concordam ser fácil fazer contraceção, sendo as mulheres angolanas, cabo-verdianas e brasileiras que mais o afirmam, porém, as primeiras revelaram ser as que menos o faziam no momento da entrevista. As mulheres santomenses são as que mais discordam da afirmação (Figura 52).

FIGURA 52 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO FAZER CONTRACEÇÃO É FÁCIL SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 71)



Algumas participantes que concordam com a afirmação, atribuem importância à variedade e disponibilidade dos métodos contraceptivos e ao aspeto da informação:

“[...] porque há muitas coisas para evitar. Não é como antigamente.” (E18)

“[...] porque agora há muitos métodos. Há muita gravidez indesejada porque não [pausa] como posso explicar? [pausa] porque não soube proteger. (E67)

“Fazer contraceção é fácil, mas é uma questão de informação!” (E74)

As que não concordam com a afirmação, salientam a dificuldade na toma do contraceptivo (sobretudo do anticoncecional oral) e os seus efeitos colaterais, bem como a necessidade de adaptação da mulher ao uso do método:

“Para mim não é fácil fazer contraceção. Fazer a pílula não. Agora o preservativo feminino já é acessível.” (E33)

“Fazer contraceção só é fácil se o perfil da pessoa for para isso. Quando eu tive que tomar a pílula, para o período descer, eu esquecia muitas vezes.” (E69)

“Fazer contraceção é muito difícil. Tem de se saber bem o que se está a fazer, tem efeitos colaterais e, depois tem problemas futuros. Não é assim tão simples, não.” (E70)

Afirmação 6 - Hoje em dia só engravida quem quer

56 (76,7%) participantes concordam plenamente/concordam que hoje em dia só engravida quem quer, distribuindo-se os valores de forma praticamente equitativa pelas diferentes nacionalidades (Figura 53).

Nas suas justificações surge, de novo, a disponibilidade e a variedade dos métodos contraceptivos e o benefício da informação sobre o assunto:

“Hoje só engravida quem quer, antigamente não.” (E31)

“Sim! já há tantos métodos!” (E34)

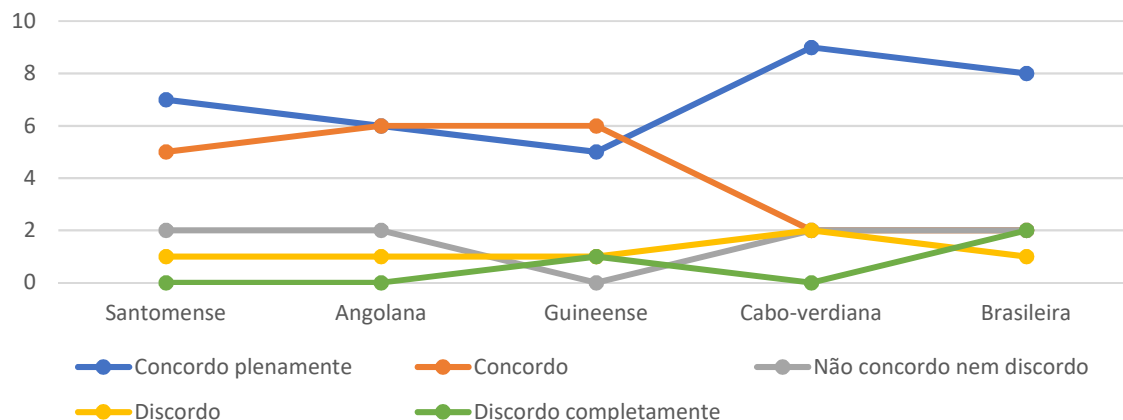
“[...] porque hoje tem tudo e antigamente não tinha [...].” (E64)

“[...] mas se há tantos métodos contraceptivos é só querer.” (E65)

“Se as pessoas não querem engravidar previnem, mas às vezes há pessoas que não sabem e acontece.” (E68)

A diversidade de métodos contraceptivos surge, assim, como aspeto vantajoso na prevenção da gravidez indesejada em oposição às consequências negativas da falta de informação sobre o assunto, resultados também encontrados por Dias e Rocha (2009).

FIGURA 53 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *HOJE EM DIA SÓ ENGRAVIDA QUEM QUER* (N 73)



De salientar que, das mulheres que não concordam com a afirmação ou não concordam nem discordam, sobressai a ideia da possibilidade de falha do método contraceptivo e a falta de informação:

“[...] mas também pode acontecer um desastre e aí pode ter que se recorrer ao aborto.” (E08)

“[...] mas pode acontecer por fazer um método de forma errada.” (E14)

“[...] porque se pode fazer os métodos contraceptivos, mas pode haver uma falha, por exemplo o preservativo pode romper.” (E21)

“Depende das famílias. Se houver informação para as miúdas e abertura [pausa]” (E30)

Uma participante brasileira refere que, segundo algumas culturas, a mulher deve mostrar a sua fertilidade, sendo mesmo forçada a engravidar:

“Hoje em dia só engravida quem quer, depende. Na sociedade ocidental sim, de facto. Numa tribo africana pode ser forçada. Depende dos contextos.” (E33)

Afirmção 7 - É preferível ter uma gravidez não desejada do que usar/tomar contraceptivos

52 (73,2%) participantes referem discordar completamente/discordar da afirmação, sendo as mulheres cabo-verdianas as mais representativas e as santomenses as menos (Figura 54).

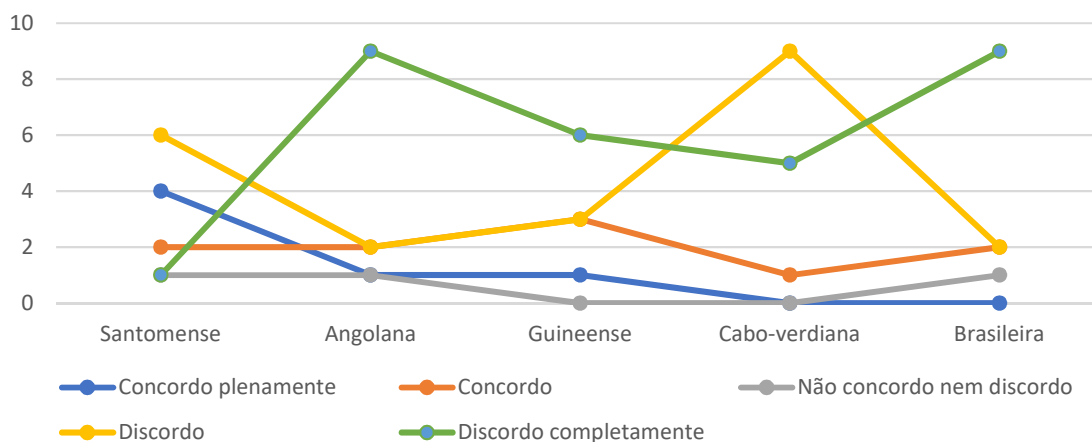
Das participantes que discordam da afirmação, 2 dão ênfase à valorização do feto/criança:

“[...] por isso é preferível fazer contraceptivos para não ter uma criança indesejada! A criança não é culpada, não pediu para vir ao mundo [pausa] o erro foi nosso!” (E62)

“Claro que é preferível fazer contraceção do que ter uma gravidez que não queremos [pausa] um filho é para a vida toda [silêncio].” (E71)

Estes testemunhos são idênticos aos registados nos estudos de Almeida (2004) e Dias e Rocha (2009) em que esteve patente a defesa da vida intrauterina, revelando a exigência moral de proteger o “feto” ou a “criança” da ignorância ou dos comportamentos de risco dos pais.

FIGURA 54 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO É PREFERÍVEL TER UMA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA DO QUE USAR/TOMAR CONTRACETIVOS SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 71)



No entanto, 16 (22,5%) participantes concordam plenamente/concordam com a afirmação, sendo que uma justifica a sua opinião pelos possíveis efeitos colaterais dos métodos contraceptivos:

“Eu tenho uma ideia assim, por exemplo os métodos contraceptivos não fazem muito bem à saúde da mulher. Eu já li que a pílula faz muito mal ao útero da mulher. Com

a minha prima ficou uma massa no útero dela. Pode até evitar a gravidez, mas pode trazer outro mal [silêncio].” (E54)

De notar que esta participante tem dois filhos, todos resultantes de gestações não planeadas; apesar de já ter utilizado anteriormente métodos hormonais não faz qualquer contraceção por receio dos efeitos secundários; não pode usar o preservativo por alergia.

Das 3 participantes (4,2%) que responderam “não concordo, nem discordo” salienta-se o argumento de uma que reforça a necessidade de o contracetivo se adaptar ao perfil de cada mulher, sendo necessário para isso um aconselhamento clínico:

“[...] isso depende. Eu como era muito difícil, fiz várias marcas da pílula e desistia! Eu preciso ter uma pessoa para orientar, mas eu não tive [silêncio].” (E30)

Apesar de na sua maioria as participantes discordarem que seja preferível ter uma gravidez não desejada do que usar/tomar contracetivos, recordamos que 49 já tiveram gravidezes não planeadas (45,9% relativamente ao número total de gestações) (*vide* Figura 30).

Afirmção 8 - Todas as mulheres têm o direito de decidir fazer contraceção

71 (98,6%) participantes concordam plenamente/concordam que todas as mulheres têm o direito a decidir fazer contraceção, sendo a representatividade distribuída pelas nacionalidades de forma praticamente equitativa (Figura 55).

Algumas destacam a importância da participação masculina na decisão da mulher em utilizar ou não contraceção e no seu uso efetivo:

“Os africanos gostam muito de fazer filhos e por isso não gostam quando a mulher entra num método.” (E02)

“[...] mas os homens africanos não gostam. Dizem que a pílula estraga a mulher, fica com corrimento, engorda. O meu pai diz isso e o meu [companheiro] também.” (E45)

“[...] mas tem de ser de acordo com o seu organismo. Mas o homem tem de concordar, mas nem sempre, porque se ele disser não, não pode pegar criança todo o dia.” (E53)

O testemunho de uma participante evidencia a dificuldade que, por vezes, a mulher tem relativamente à liberdade de poder fazer contraceção, com a consequente ocorrência da gravidez não planeada (dos três filhos nenhum foi planeado):

“Eu tomava isso [pílula] depois começou a fazer mal e eu parei. Aí o médico [em África] disse que eu havia dias que não podia fazer sexo. Eu fui em casa e disse ao meu marido e ele zangou comigo e até chegou a bater. Ele disse que o médico me queria enganar, por isso eu tinha que sair dele [marido] porque senão era só filhos, só filhos [silêncio].” (E09)

Apesar de 1 participante discordar da afirmação utiliza, no entanto, o mesmo argumento que os supracitados:

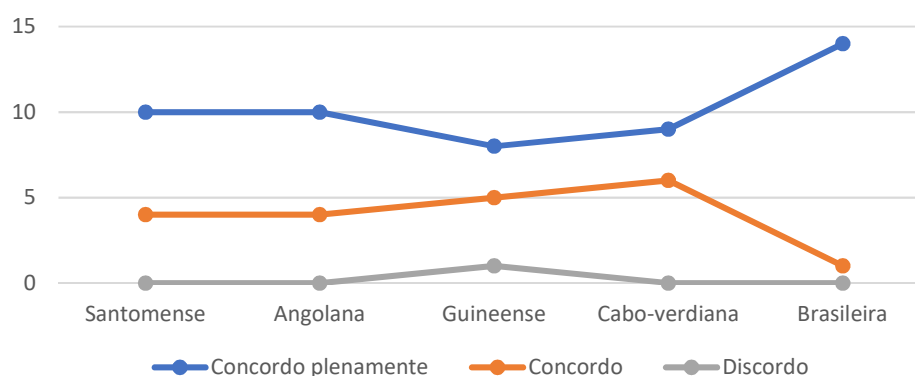
“Se o marido não quer ela não deve fazer [contraceção]. Só se já tiver 4 filhos ou mais e já não quiser mais.” (E47)

Salienta-se que nunca tendo feito qualquer método contracetivo, esta participante tem quatro filhos, nenhum planeado porque “[...] nós não temos isso!”.

No grupo das participantes que concordam plenamente/concordam com a afirmação, uma levanta a questão do preconceito associado à mulher que faz contraceção:

“Eu concordo. Porém o homem avalia mal a mulher que está sempre protegida. Ele interpreta a mulher como promíscua e vulgar. Isto na cultura portuguesa, mas também brasileira. Mas as próprias mulheres trabalham essa ação masculina.” (E66)

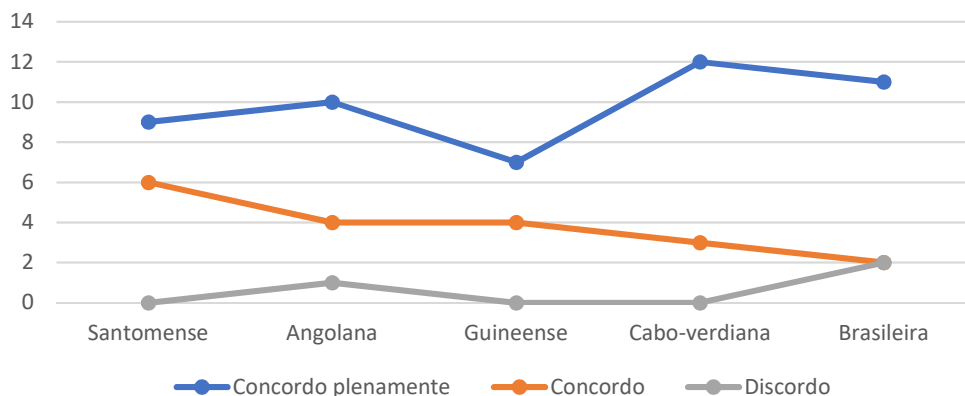
FIGURA 55 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *TODAS AS MULHERES TÊM O DIREITO DE DECIDIR FAZER CONTRACEÇÃO* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 72)



Afirmação 9 - Todas as mulheres têm o direito de escolher o contraceptivo que querem usar

68 (95,8%) participantes concordam com a afirmação (49 concorda plenamente), sendo as mulheres guineenses as que menos se destacam neste grupo; 1 mulher angolana e 2 brasileiras discordam da afirmação (Figura 56).

FIGURA 56 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *TODAS AS MULHERES TÊM O DIREITO DE ESCOLHER O CONTRACETIVO QUE QUEREM USAR* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 71)



Das participantes que consideram que as mulheres têm o direito de escolher o contraceptivo que querem usar, algumas referem-se à propriedade feminina do seu próprio “corpo físico”:

“[...] porque o corpo é dela. Já nos disseram [os profissionais de saúde] o que é bom, agora está nas nossas mãos.” (E18)

“[...] porque se ela não quer engravidar, não é problema, o corpo é dela.” (E58)

“[...] porque ela é que é dona do seu corpo.” (E64)

“[...] porque o corpo é dela [silêncio] ela é que manda!” (E73)

A alusão aos direitos da mulher ao uso do seu corpo, evidenciados por estas participantes, parece estar em concordância com os resultados apresentados por Almeida (2004), distinguindo-se apenas o aspeto da escolaridade e profissão das mesmas. No referido estudo, “a defesa da autonomia individual” registou-se em “franjas particularmente instruídas e profissionalmente qualificadas” (*idem*: 227) enquanto que na nossa pesquisa a escolaridade distribui-se entre o 2º ciclo do ensino básico e o curso técnico-profissional e a profissão é essencialmente não qualificada. Para tentar perceber a razão desta dissemelhança analisámos outras variáveis, tendo-se constatado heterogeneidade no que respeita à nacionalidade (Angola, Guiné, Brasil), à idade (entre 19 e 44 anos) e ao tempo de permanência em Portugal (entre os 9 e os 18 anos). Acreditamos, assim, que a valorização dos direitos da mulher ao

uso do seu corpo, por parte das participantes do presente estudo, não parece estar relacionada com aspetos étnicos e culturais, mas provavelmente com aspetos da própria personalidade e das experiências vividas.

Outras participantes dão ênfase ao aconselhamento pelo profissional de saúde:

“[...] desde que o médico explique, isto assim [pausa] e ela escolhe.” (E45)

“A mulher pode escolher, mas se o médico ou o enfermeiro disser o que é melhor, é para bem da pessoa.” (E50)

“As mulheres têm o direito de escolher o contraceptivo, mas a opinião do médico é importante e válida. Eu prefiro ter a opinião, mas a decisão é sempre da mulher.” (E63)

“A escolha tem de ser nossa com a opinião de uma médica, porque pode não se dar bem.” (E68)

Das 3 que discordam da afirmação, 2 referem que a escolha contraceptiva deve estar centrada na decisão médica:

“[...] eu acho que é o médico que diz o que se tem de usar, porque ele é que sabe o que eu tenho de usar.” (E67)

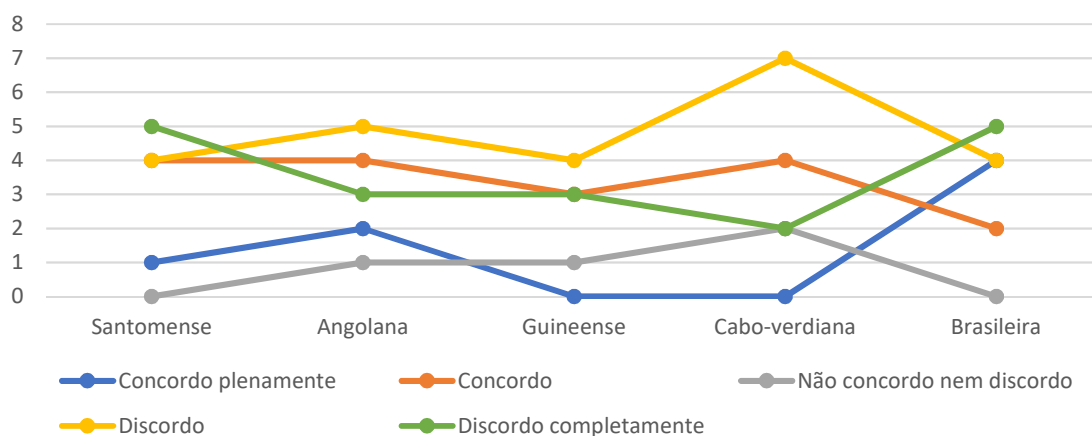
“A escolha deve ser feita pelo médico, porque há mulheres que não aceitam mesmo um método e aí o médico deve decidir.” (E71)

Afirmação 10 - A responsabilidade de fazer contraceção é exclusivamente da mulher

Quanto à responsabilidade de fazer contraceção ser exclusivamente da mulher, 42 (60,0%) participantes discordam/discordam completamente da afirmação, encontrando-se as diferentes nacionalidades representadas de forma praticamente equitativa (Figura 57).

As mulheres guineenses foram as que menos expressaram a sua opinião, embora com predomínio da discordância da afirmação.

FIGURA 57 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO A RESPONSABILIDADE DE FAZER CONTRACEÇÃO É EXCLUSIVAMENTE DA MULHER SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 70)



Algumas participantes assumem a contraceção como atividade da sua responsabilidade face à atitude do homem de se demitir desse compromisso ou, mesmo, desaprovar ou impedir que a mulher o faça:

“Eu digo que a responsabilidade é só da mulher porque elas têm de estar sempre precavidas, porque o homem pode dizer uma coisa e fazer outra.” (E07)

“[...] penso que a responsabilidade também possa ser do casal, mas por vezes o homem não quer saber disso, então é a mulher que tem de ter essa responsabilidade.” (E08)

“A responsabilidade de fazer contraceção pode ser dos dois se ele for responsável, mas se ele não for ela deve ser responsável, porque quem sofre é sempre a mulher.” (E45)

“Quando a mulher está longe do homem ele não gosta que tome pílula porque ela pode trair!” (E53)

“[...] pode ser do casal se tem boa relação, senão é só da mulher.” (E56)

“Se tu encontrares um homem que compreende é dos dois, senão vai fazer complicação!” (E60)

“[...] também pode ser do casal, mas no meu caso, ele não queria e eu tinha que levar a pílula para o trabalho. Depois passava o tempo e não havia nada [gravidez] então ele perguntava porquê.” (E35)

Outras assumem a responsabilidade por entenderem que:

“[...] faz parte da sua saúde.” (E57)

“[...] isso é coisa mesmo de mulher.” (E70)

As participantes que discordam/discordam completamente que a responsabilidade contraceptiva seja exclusivamente da mulher, atribuem integralmente a responsabilidade ao casal.

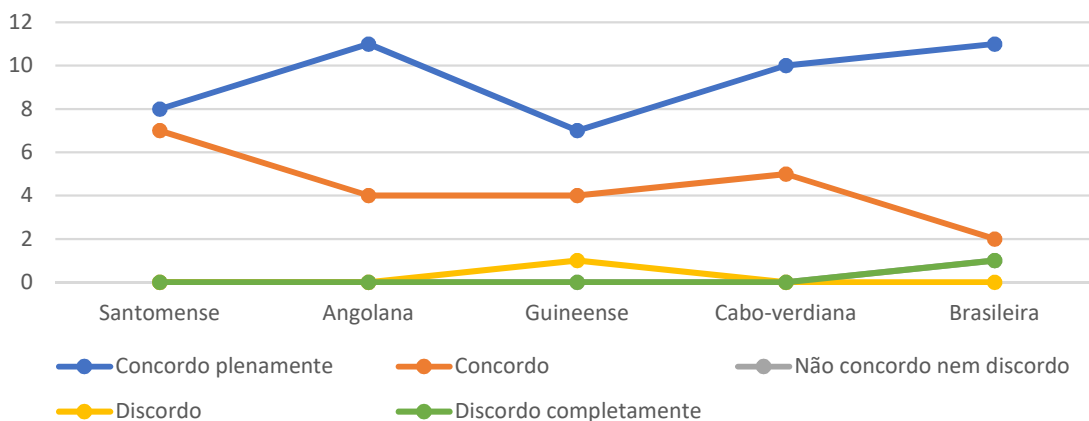
Uma das participantes que “não concorda nem discorda” justifica a sua resposta dizendo que:

“A responsabilidade de fazer contraceção não tem que ser só da mulher. Depende, depende de como é a relação deles. Se eu uso um método ele tem de compreender que é para evitar muita coisa. Se ele gosta de mim tem de aceitar. Senão temos que fazer análises os dois.” (E18)

Afirmção 11 - É importante falar com o companheiro sobre o uso de contraceptivos

Sobre a importância de falar com o companheiro sobre o uso de contraceptivos, 69 (95,9%) participantes referem concordar plenamente/concordar com a afirmação. As mulheres guineenses foram as que menos expressaram a sua opinião, embora concordando essencialmente com a afirmação (Figura 58).

FIGURA 58 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO É IMPORTANTE FALAR COM O COMPANHEIRO SOBRE O USO DE CONTRACETIVOS SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 72)



Algumas participantes fundamentaram as suas opiniões relativamente à importância de falar com o parceiro sobre contraceção, referindo que:

“Isso de falar com o companheiro sobre os contraceptivos depende. Porque eu não preciso de falar, mas se eu me sinto mal eu falo. Agora, às vezes eles nem sabem se estamos usando pílula!” (E10)

“Por vezes eu falo para saber se ele compreende ou não. Se não compreende não vale a pena.” (E60)

“Eu falo com o meu companheiro sobre isso porque eu gosto de falar sobre isso e ele aceita e dá opiniões. Por acaso é a única pessoa que eu falo sobre isso!” (E65)

Uma das participantes que não reconhece a importância da comunicação com o companheiro sobre contraceptivos, justifica assim:

“Não concordo que se fale com o companheiro sobre estes assuntos, mas isto é a minha opinião machista. No Brasil as mulheres estão a ficar muito machistas!” (E70)

Na análise das respostas a esta afirmação e à anterior, verifica-se a importância da compreensão e aceitação das práticas contraceptivas pelo sexo masculino. Na realidade a falta de participação masculina no processo de contraceção continua a ser um elemento impeditivo para o sucesso da prevenção das gestações não planeadas (Carvalho, Pirotta & Schor, 2001).

Por outro lado, a falta de comunicação entre os parceiros sexuais pode ser considerada um fator inibidor da participação masculina na contraceção e, a manter-se, poderá “dificultar o início de um processo de mudança nessa questão” (*idem*: 30).

Apesar do direito das mulheres à saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente no que respeita ao planeamento familiar, estar contemplado desde há algumas décadas em vários instrumentos internacionais de direitos humanos, foi na Declaração de Beijing, realizada em 1995, que se alertou para a “importância de se incentivar os homens a participar de ações que visem garantir a igualdade entre os sexos”, estimulando a divisão da responsabilidade pela contraceção entre si (Guarnieri, 2010: 24).

Neste contexto, competirá ao poder político contribuir para o estabelecimento de padrões normativos para o exercício dos direitos reprodutivos de mulheres e homens e aos serviços de saúde promover e fomentar a consciência global sobre esses direitos, bem como prover as condições para a sua consecução (Carvalho, Pirotta & Schor, 2001; Guarnieri, 2010).

Por outro lado, Carvalho, Pirotta e Schor (2001: 30) consideram que o controlo da fecundidade poderá estar relacionado a um “exercício de poder da mulher sobre seu próprio corpo, regulando a sua fertilidade e seu destino biológico da procriação, considerando que as consequências de uma gravidez indesejada recairiam sobre ela”, ideia que poderá ser corroborada pelos testemunhos acima expostos.

Afirmção 12 - O aborto é um método de evitar a gravidez

Nesta afirmação e seguinte considerámos o conceito “aborto” como interrupção da gravidez por opção da mulher (vulgarmente chamada de interrupção voluntária da gravidez ou IVG), tendo sido esclarecido o significado da mesma a cada participante, quando apresentadas as respetivas afirmações.

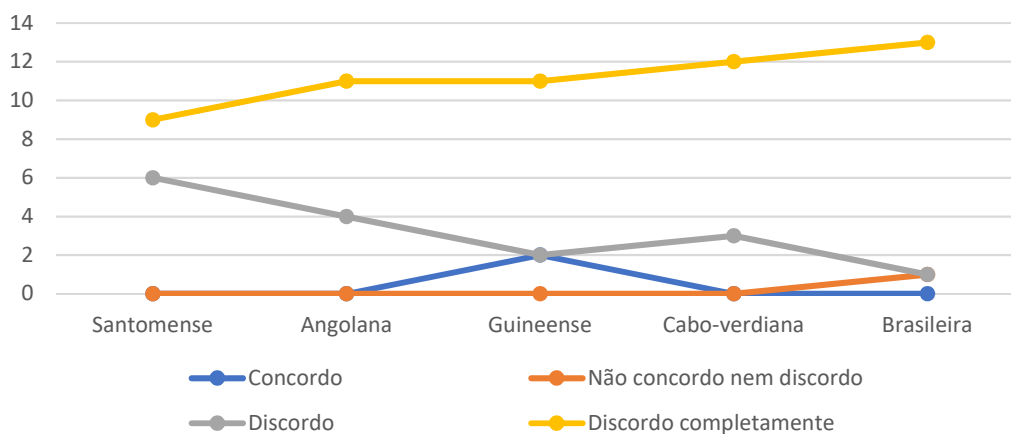
Salienta-se que a totalidade das participantes deu a sua opinião sobre esta afirmação, sendo que 72 (96,0%) discordam que o aborto seja um método de evitar a gravidez (das quais 56 discordam completamente) (Figura 59), destacando-se as razões que três apontam para a sua opinião:

“[...] jamais deixaria de fazer um método contraceptivo a pensar que podia fazer um aborto.” (E11)

“[...] utilizar o aborto como método contraceptivo, não concordo.” (E39)

“[...] eu não concordo não fazer métodos e fazer aborto.” (E63)

FIGURA 59 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *O ABORTO É UM MÉTODO DE EVITAR A GRAVIDEZ* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 75)



Afirmção 13 - Fazer um aborto é uma boa forma de terminar uma gravidez não desejada

Tal como na afirmação anterior, foi esclarecido o significado dado à palavra “aborto”.

62 participantes (83,8%) discordam/discordam completamente de que o aborto seja uma boa forma de terminar uma gravidez não desejada (Figura 60), destacando-se os testemunhos de duas participantes:

“Eu não concordo com o aborto porque eu não gosto de tirar gravidez. É matar uma pessoa.” (E46)

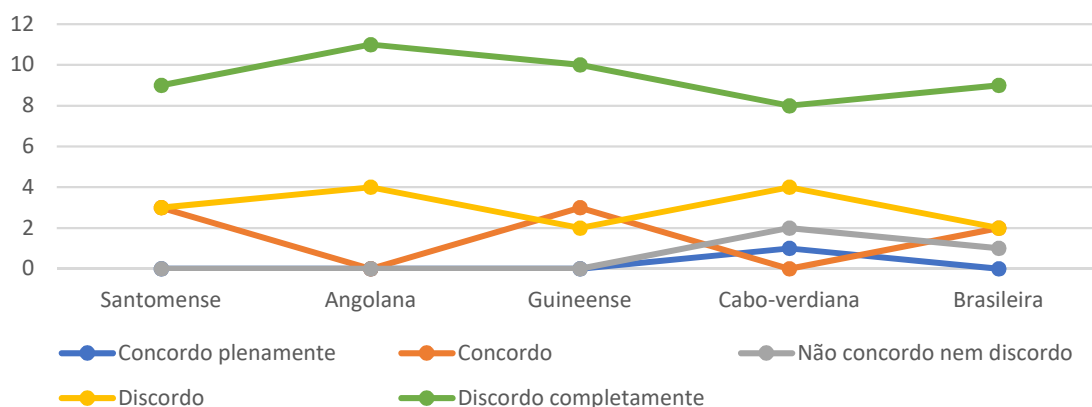
“Para mim é para parir, ter filho na barriga!” (E47)

Estes testemunhos parecem estar de acordo com a sua história ginecológica e obstétrica. Apesar de não relatarem a ocorrência de IVG, E46 teve 5 filhos, dos quais 2 não foram planeados e E47 teve 4 filhos, todos decorrentes de gravidezes não planeadas.

Em oposição encontram-se 9 participantes que concordam plenamente/concordam com a afirmação, estando repartidas pelas diferentes nacionalidades, à exceção da angolana.

Analisando o conjunto das respostas sobre o tema *aborto* verifica-se que, apesar de a maioria das participantes rejeitarem o aborto como método de planeamento familiar, algumas reconhecem-no como um recurso que corrige falhas do contraceptivo ou do seu uso inconsistente, aspeto que vem ao encontro dos resultados dos estudos de Almeida (2004) e de Dias e Rocha (2009). Este resultado vem reforçar a “necessidade de, em matéria de políticas de saúde, se partir de comportamentos, e não de grupos ou categorias de risco” (Almeida, André & Lalanda, 2002).

FIGURA 60 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO FAZER UM ABORTO É UMA BOA FORMA DE TERMINAR UMA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 74)



Após expressarem a sua opinião relativamente às afirmações 12 e 13 obtivemos uma enorme variedade de argumentações (qualquer que tenha sido o grau de concordância das participantes) elencadas em simultâneo para as duas questões, pelo que se considerou

pertinente a sua análise em conjunto. As categorias que emergiram da análise das respostas das participantes encontram-se no Quadro 32.

QUADRO 32 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS À OPINIÃO SOBRE O ABORTO NÃO SER UM MÉTODO DE EVITAR E/OU DE TERMINAR UMA GRAVIDEZ INDESEJADA

Sub-categ/U C	Unidades de Registo	UE
Prevenção da gravidez indesejada	<i>Isso é assim, se ela não queria a gravidez ela planeava.</i> (E09; E13; E39)	3
	<i>Se a mulher não quer ter filho, não faça, não é?</i> (E13)	1
	<i>Se tem forma de evitar, tem de responsabilizar-se.</i> (E22)	1
	<i>A melhor maneira é não engravidar e não fazer aborto.</i> (E35)	1
	<i>Se ela não quer engravidar então porque não se previne?</i> (E8; E16; E17; E36; E54)	5
	<i>Se não quer gravidez tem de se proteger.</i> (E20; E55; E61; E62; E66; E67)	6
	<i>Para mim tem que evitar antes de fazer aborto.</i> (E17; E23; E28)	3
	<i>Tomar medicamento para evitar fica melhor [...].</i> (E46; E50)	2
	<i>Se não quer ficar grávida é melhor fazer contraceptivo.”</i> (E11; E53; E57; E61; E62; E63)	6
	<i>O aborto é um método sim, mas não justifica tirar uma vida que você sabe que pode evitar.</i> (E12)	1
	29	
Diversidade/oferta de métodos contraceptivos	<i>Se já tem tanta coisa para evitar, não concordo.</i> (E18)	1
	<i>Acho que temos muitos métodos contraceptivos antes de engravidar, do que passar pela última coisa.</i> (E21)	1
	<i>Se a mulher não quiser ter filhos tem vários métodos para evitar isso e escolher o melhor que se adapta.</i> (E23)	1
	<i>Se não tivesse métodos de evitar, isso era uma coisa, mas temos.</i> (E41)	1
	4	
Carácter excepcional do aborto	<i>[...] mas se você já tem um filho e isso sucedeu sem querer, tem que fazer aborto, como foi o meu caso.</i> (E17)	1
	<i>[...] mas se esqueceu ou fez antibiótico e aconteceu e não quer a gravidez pode optar.</i> (E55)	1
	<i>[...] mas se fizer métodos e acontecer depende [...].”</i> (E39; E63)	2
	<i>[...] mas se acontece eu penso que o aborto é uma boa forma de terminar uma gravidez que não é desejada.</i> (E66)	1
	5	
Oposição ao aborto	<i>[...] mesmo que tenha sido falha do método, se naquele momento estás bem, tem de continuar com a gravidez.</i> (E41; E75)	2
	<i>Mesmo se foi sem querer, a criança não tem culpa...por mim eu vou aguentar na mesma.</i> (60)	1
	<i>[...] se acontecer alguma coisa, você tem de arcar com as consequências.</i> (E75)	1
	4	
Importância da informação na tomada de decisão	<i>Se fosse hoje em dia e o mesmo conhecimento, não teria optado por esse método.</i> (E35)	1
	<i>Eu também fiz aborto [silêncio] não fazia métodos contraceptivos. Não sabia nada disso [silêncio].</i> (E36)	1
		2

Dos testemunhos obtidos ressalta a ideia de responsabilidade e dever de prevenir uma gravidez indesejada.

É importante realçar que o uso da contraceção, nesta perspetiva, é visto como estando ao encargo da mulher (os testemunhos estão sempre no feminino: “ela”, “mulher”) imputando-lhe a irresponsabilidade de uma gravidez indesejada, o que está em desacordo com a maioria das opiniões dadas na afirmação 10, em que a responsabilidade contracetiva é atribuída, essencialmente, ao casal.

Por outro lado, atentamos no facto de as participantes falarem na terceira pessoa, parecendo querer distanciarem-se desta realidade, contudo 17 já tinham realizado interrupção voluntária da gravidez, por recusa da própria ou do companheiro em usar contraceção, por falha do método, por não serem efetivas no seu uso ou porque utilizavam métodos pouco seguros. Outros motivos apontados relacionam-se com o facto de se desconhecer que se pode ficar grávida na primeira relação sexual ou de se pensar que não se pode engravidar pela presença de “quistos nos ovários”.

Tendo em conta o que se referiu parece existir alguma discordância entre o que as participantes pensam e a sua prática.

Foram poucos os testemunhos em relação à possibilidade de aceitação ou recusa da prática de IVG, encontrando-se as opiniões divididas de forma praticamente equitativa. O carácter excecional do aborto é baseado na situação de falha do método usado e não como uma prática regular de controlo da natalidade ou como método contracetivo. Quanto à atitude de oposição ao aborto, é reforçado o valor moral de manter a gravidez, tendo em conta a proteção da criança, tal como aconteceu na *Afirmação 7*.

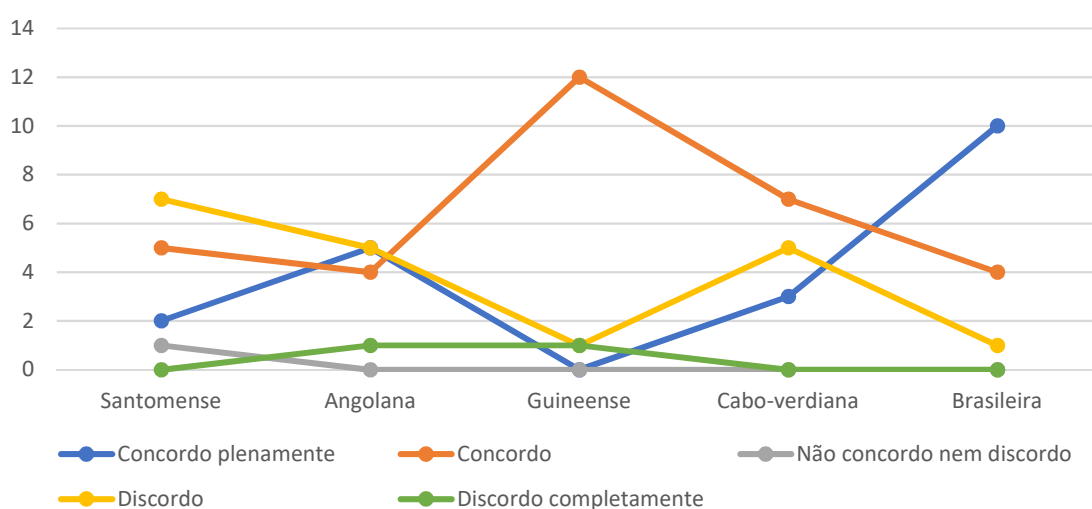
Salientamos que os nossos resultados estão em consonância com os dados obtidos por outros estudos (Almeida, 2004; Dias & Rocha, 2009) quer relativamente ao argumento de que a gravidez indesejada se deve e pode prevenir, quer aos motivos de aceitação ou recusa da prática de IVG.

Afirmação 14 - Os preservativos são um bom método para evitar a gravidez não desejada
52 participantes (70,2%) concordam plenamente/concordam com a afirmação, sendo as mulheres brasileiras (14) e as guineenses (12) que mais corroboram esta opinião (Figura 61).

Em contrapartida, 21 participantes (28,4%) discordam/discordam completamente que os preservativos sejam um bom método para evitar a gravidez não desejada, sendo as mulheres santomenses (7) e as angolanas (6) que mais defenderam esta opinião.

Quando se compara a opinião sobre a eficácia do preservativo masculino com os relatos na dimensão conhecimento, apenas duas participantes reconheceram segurança/confiança no método contra 17 que afirmaram a possibilidade de perda de eficácia por possível rutura do preservativo.

FIGURA 61 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO *OS PRESERVATIVOS SÃO UM BOM MÉTODO PARA EVITAR A GRAVIDEZ NÃO DESEJADA* SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 74)



Afirmção 15 - É fácil sugerir ao meu companheiro para usarmos o preservativo

46 participantes (65,7%) concordam plenamente/concordam com a afirmação, enquanto 24 (34,3%) discordam dela. São as mulheres brasileiras e angolanas que mais corroboram com a afirmação e as guineenses as que menos concordam com ela (Figura 62).

Das participantes que discordam da afirmação, duas (cujos maridos estão ausentes nos seus países de origem a trabalhar) baseiam-se no sentimento de confiança embora em vertentes diferentes:

“Homem tem confiança em mim, não precisa de camisinha.” (37)

“Eu não tenho medo que ele me passe doença. Para mim ele não tem ninguém [silêncio] não conheço a camisinha, nunca fiz sexo com isso!” (E48)

Estes testemunhos levantam duas questões - por um lado as participantes centralizam o problema da fidelidade nas relações conjugais apenas na sua própria pessoa e, por outro lado, o facto de ilibarem os seus companheiros está em desacordo com vários depoimentos que relatam os frequentes comportamentos de risco dos homens (sobretudo mais relacionado com os homens africanos), aspetos também encontrados no estudo de Dias e Rocha (2009).

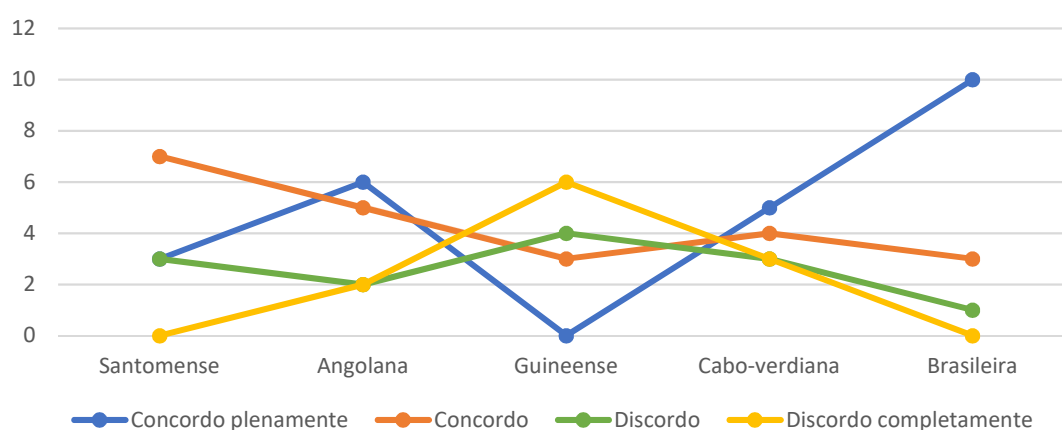
Outra participante revela a sua incapacidade de comunicação/negociação:

“Para mim não é fácil, tenho vergonha. Às vezes custa a dizer [silêncio].” (E58)

As afirmações parecem indicar um certo desconhecimento em relação às formas de contágio e ao risco de contrair IST, ou uma atitude de otimismo irreal levando-as a considerarem-se isentas de risco; a última mostra a incapacidade feminina de determinar comportamentos preventivos, numa relação muitas vezes dominada pelas atitudes sexuais masculinas.

Estes testemunhos enfatizam a importância de abordar a questão do planeamento familiar, da vivência das relações de afetividade/conjugalidade e sexuais e das IST como aspetos da saúde reprodutiva e da saúde em geral (Couto & Schraiber, 2005).

FIGURA 62 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES RELATIVA À AFIRMAÇÃO É FÁCIL SUGERIR AO MEU COMPANHEIRO PARA USARMOS O PRESERVATIVO SEGUNDO A NACIONALIDADE (N 70)



Tal como no tema relativo ao aborto, também as questões sobre o preservativo suscitaram diversos testemunhos, sobretudo das participantes que discordaram das afirmações, cuja análise conjunta se apresenta no Quadro 33.

QUADRO 33 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) RELATIVAS À OPINIÃO SOBRE O PRESERVATIVO SER UM BOM MÉTODO DE EVITAR UMA GRAVIDEZ INDESEJADA E A FACILIDADE EM SUGERIR O SEU USO AO COMPANHEIRO

Sub-categ/U.C.	Unidades de Registo	UE
Eficácia na prevenção da gravidez indesejada	<i>Os preservativos devem ser o complemento de outros métodos.</i> (E10; E18; E21; E23; E49; E51; E63)	7
	<i>Se é só para evitar gravidez, a gente usa pílula, é mais discreto.</i> (E18)	1
	<i>O preservativo não é 100% seguro porque me aconteceu.</i> (E30)	1
	<i>Há uns que são bons para evitar a gravidez e outros não. Depende das marcas.</i> (E56)	1
	<i>Ele não é bom para evitar a gravidez, porque pode furar ou estoirar!</i> (E23; E27; E36; E45; E64; E68; E74)	7
	<i>Ele não é seguro para evitar gravidez porque às vezes o homem fura.</i> (E57)	1
	<i>Eu penso que não é confiável [silêncio] já ouvi dizer que há mulheres que rompem de propósito sem ele saber!</i> (E70)	1
	19	
Facilidade em sugerir o uso do preservativo ao companheiro	<i>Se for ele a falar, a mulher aceita, não é? Mas se for a mulher, já vem desconfiança...</i> (E28)	1
	<i>[...] com os nossos maridos deixa-se de usar [...].</i> (E10; E75)	2
	<i>É importante falar com ele, mas eu nunca falei sobre isso.</i> (E29)	1
	<i>[...] de uma forma geral não é fácil.</i> (E42; E63)	2
	<i>Para mim não é fácil, tenho vergonha. Às vezes custa a dizer [...].</i> (E58)	1
	<i>Nem sempre é fácil dizer ao companheiro para usar preservativo, principalmente na Guiné há alguns [homens] que não aceitam.</i> (E48)	1
	<i>Depende dos companheiros, uns aceitam outros não, vai depender deles se querem usar ou não [...].</i> (E28; E41; E45; E51; E53; E56; E62; E73)	8
	<i>Às vezes é complicado. O meu não aceita.</i> (E68)	1
	<i>Não é comum [sugerir ao companheiro o uso do preservativo] porque é aquela coisa de que o preservativo diminui o prazer.</i> (E44)	1
	<i>Não é, não! Não sei porquê! Uns dizem que não gostam.</i> (E55)	1
	<i>Não é fácil, não! Porque eles não querem nada de borracha. Querem o contacto pele a pele!</i> (E74)	1
	<i>Usar camisinha é difícil porque pode dar desconfiança no casal.</i> (E12; E17; E28)	3
	<i>...é mesmo muito difícil falar com o nosso companheiro.</i> (E17; E44; E48; E53; E55; E58; E68; E74)	8
	<i>Eles não gostam de camisinha...não gostam, dizem que não sentem prazer.</i> (E3; E20; E22; E26; E27; E30; E42; E44; E49; E51; E53; E55; E57; E60; E62; E68)	16
<i>O africano, no geral, não gosta de usar preservativo [...].</i> (E20; E21; E22 E26; E48; E49)	6	
	53	

Da análise destes testemunhos, constata-se que as participantes estão conscientes do risco da ineficácia do preservativo masculino associado à possibilidade de ocorrência de rutura durante o coito ou por deficiência do material ou, até, pela possibilidade de ser furado intencionalmente por um dos parceiros. De qualquer forma, um grupo significativo destas participantes reconhece a importância do método na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A preocupação das participantes à cerca da segurança do preservativo masculino como método contraceptivo parece estar de acordo com o estudo de Almeida (2004) exceto no que respeita ao último detalhe; o facto de ser furado de propósito remete para a falta de confiança entre o casal, o que pode condicionar a prática contraceptiva.

No que respeita à facilidade em sugerir o uso do preservativo masculino ao parceiro, registou-se uma dissonância entre o que as participantes assinalaram como sendo o nível da sua concordância e, posteriormente, como justificam a sua resposta. Assim, enquanto afirmaram, maioritariamente, ser fácil sugerir o uso do preservativo masculino ao parceiro, quando comentam a afirmação sobressai a ideia contrária. Consideramos que esta situação pode ligar-se ao facto de a resposta ser pouco pensada e, quando mais refletida e tranquila, surge um comentário mais condizente com a sua experiência pessoal.

Verifica-se que o uso do preservativo masculino, associado à perda de prazer sexual e a relações casuais, está dependente da vontade do homem, sendo difícil para a mulher impor a sua utilização, aspetos igualmente referenciados no estudo de Dias e Rocha (2009).

Algumas participantes partilham estratégias para exercer a sua vontade:

“Comigo, se ele não quiser usar não faço sexo!” (E19; E45; E51; E62; E73; E74)

“Se não usar não tem nada [pausa] você tem de bater o pé, ser firme [pausa].” (E54)

“Mas eu não me importo que fiquem felizes ou não, desde que eu fique bem [pausa] se não for ele é outro!” (E60)

“O meu marido também não gosta, aquilo é de plástico, mas quando tem de usar, usa!” (E62)

“Então, tem de insistir! Não usa, não faz [pausa] depois a responsabilidade fica como?” (E73)

“Quando não há confiança é complicado, é uma guerra! Eu ganho sempre [pausa] conversando nas calminhas, fazendo entender [pausa].” (E74)

Em síntese, poder-se-á afirmar que, da análise das opiniões apresentadas, sobressai a ideia de uma atitude positiva face à contraceção e ao benefício do seu uso; a manifestação de algumas atitudes menos positivas em algumas afirmações variou em função da nacionalidade das diversas participantes.

9. CONTRACEÇÃO E PRÁTICA

Na Dimensão Prática pretende-se determinar a *prática contraceptiva da mulher migrante de origem angolana, cabo-verdiana, guineense, santomense e brasileira*, quer no momento da entrevista, quer no passado.

Prática contraceptiva atual

No que concerne à utilização de métodos contraceptivos (MC) no momento da entrevista, 39 participantes (51,9%) não utilizavam qualquer contraceção, com relevo para as mulheres guineenses (16,0 %) e angolanas (13,3 %); as mulheres cabo-verdianas são as que mais fazem contraceção (14,7%) seguindo-se as brasileiras (12,0%) e as santomenses (10,7%) (Figuras 63 e 64).

FIGURA 63 - DISTRIBUIÇÃO DAS PARTICIPANTES SEGUNDO A UTILIZAÇÃO DE CONTRACEÇÃO NO MOMENTO DA ENTREVISTA

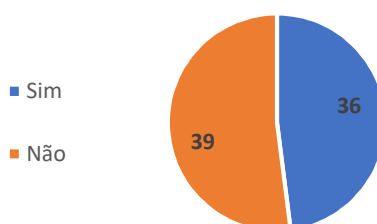
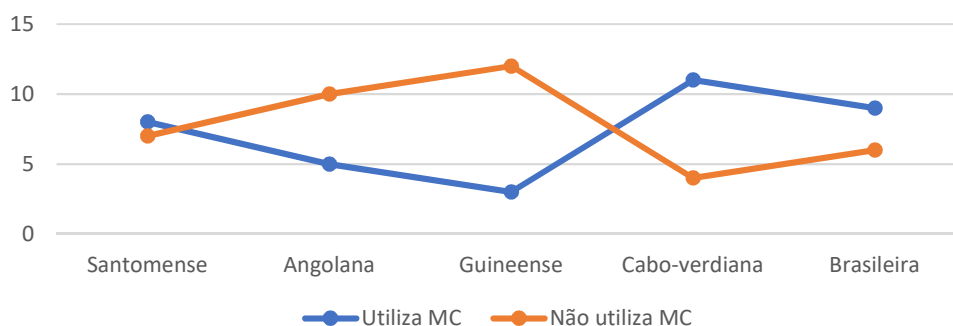
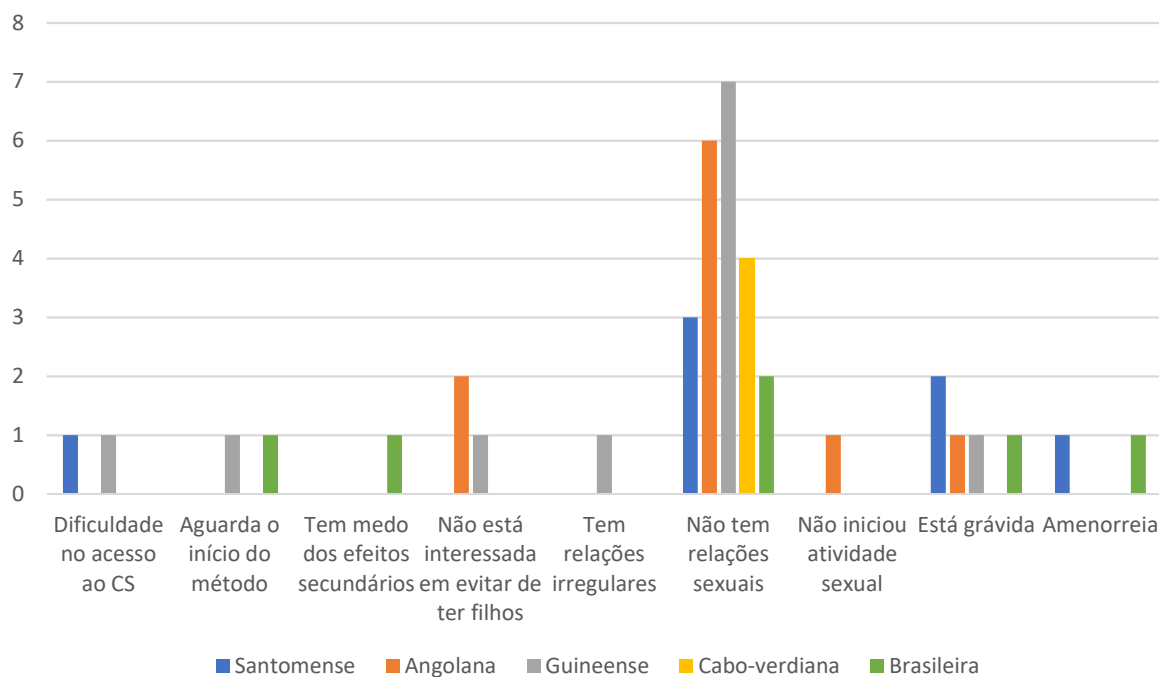


FIGURA 64 - UTILIZAÇÃO DE CONTRACEÇÃO NO MOMENTO DA ENTREVISTA SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



O motivo mais apontado pelas participantes para não fazerem contraceção prende-se com o facto de não terem atividade sexual, não terem companheiro nesse momento (relembra-se que 22 participantes tinham referido anteriormente não ter parceiro sexual) ou porque o companheiro se encontra ausente, sendo as mulheres guineenses e angolanas as que mais reportam essa situação (Figura 65).

FIGURA 65 - MOTIVO PARA NÃO FAZER CONTRACEÇÃO SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



Algumas mulheres associam a necessidade de fazer contraceção à presença do companheiro, como no caso de E19 que só utiliza o anticoncepcional oral quando o marido vem a Portugal. Esta situação merece algum destaque pois, segundo a nossa experiência profissional, a visita inesperada do companheiro leva, muitas vezes, a uma gravidez não planeada e não desejada, com as respetivas implicações para a mulher, especialmente quando volta a ficar só.

Por outro lado, a fraca adesão à contraceção revelada pelas participantes opõe-se à atitude positiva demonstrada anteriormente - *ter relações sexuais sem usar qualquer método contraceptivo pode levar a uma gravidez (97,3%), fazer contraceção faz parte de uma sexualidade responsável (95,7%), fazer contraceção é fácil (76,0%) e é preferível usar/tomar contraceptivos do que ter uma gravidez não desejada (73,2%)*.

Apesar de as mulheres santomenses (10) terem referido em maior número que *não é fácil fazer contraceção*, não representam o grupo que, na altura, fazia menos contraceção (Figura 64).

As mulheres guineenses são as que menos utilizam contraceção (Figuras 64 e 67), podendo esta situação relacionar-se com o facto de não fazerem consulta de planeamento familiar e não terem parceiro sexual no momento da entrevista. Por outro lado, a baixa escolaridade, associada ao desemprego ou a uma profissão indiferenciada e mal remunerada pode contribuir, também, para uma prática contracetiva mais deficitária.

Analisando a distribuição dos métodos contracetivos usados pelas 36 participantes no momento da entrevista (Figuras 66 e 67), verifica-se que metade utilizava o preservativo masculino, das quais 5 faziam-no como dupla proteção, sendo mais preponderante nas mulheres brasileiras, para além de uma usar ainda, por rotina, a contraceção de emergência como tripla proteção.

FIGURA 66 - MÉTODO CONTRACETIVO (TOTAL) USADO NO MOMENTO DA ENTREVISTA

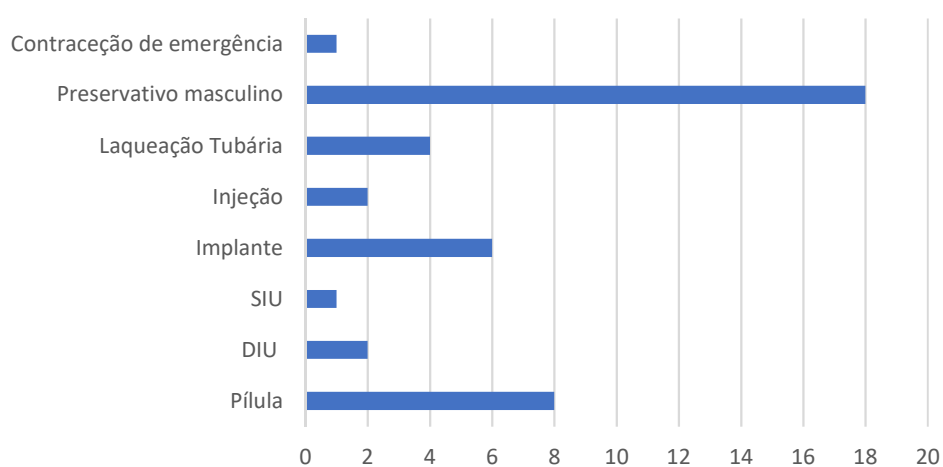
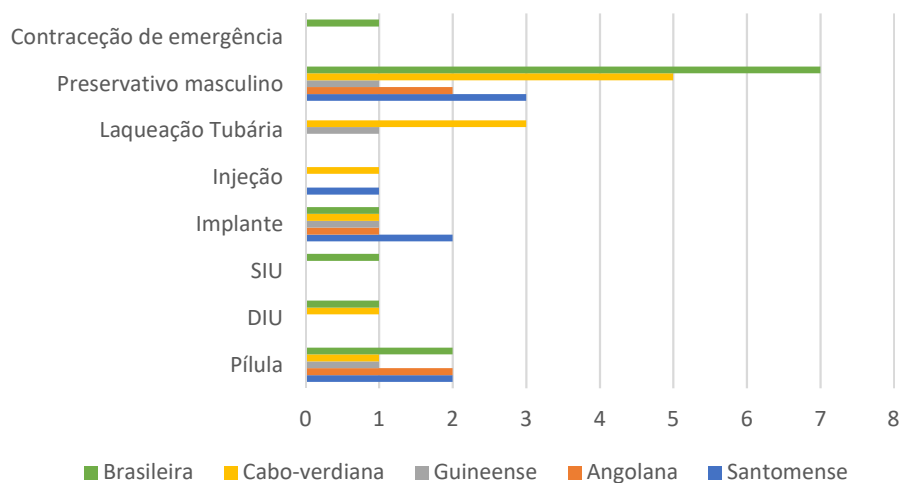
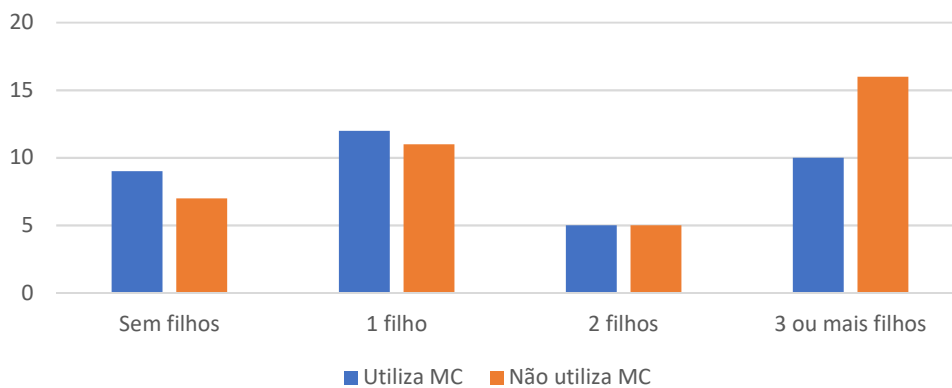


FIGURA 67 – MÉTODO CONTRACETIVO USADO SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



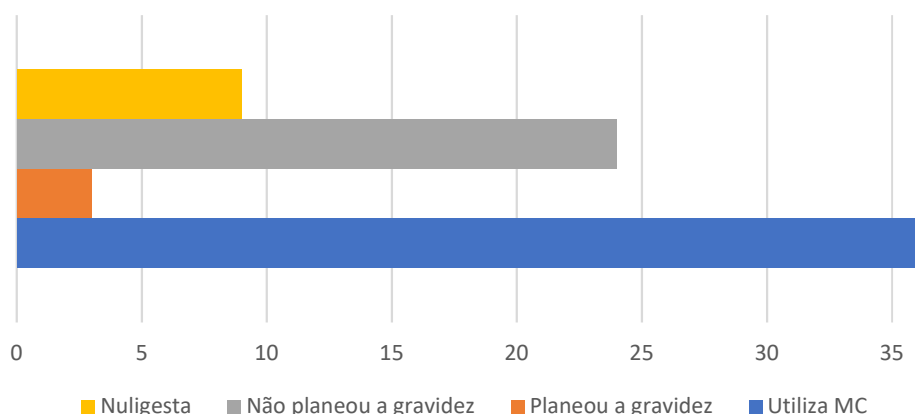
Fomos comparar o perfil das práticas contraceptivas no momento da entrevista com a história obstétrica (Figura 68) tendo-se verificado que são as participantes com mais filhos que apresentam uma ausência de contraceção mais expressiva. Estes resultados, apesar de relevantes, são inferiores aos dados apresentados pelo Inquérito à Fecundidade 2013 (INE-Portugal, 2014).

FIGURA 68 - UTILIZAÇÃO DE CONTRACEÇÃO SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS



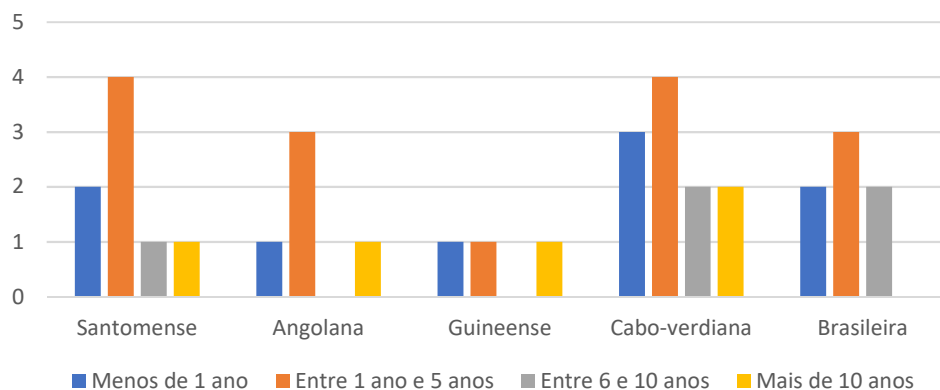
Por referência ao número de gravidezes não planeadas em função da prática contraceptiva atual, verifica-se que das participantes (36) que faziam contraceção 9 eram nuligesta; das restantes, 24 tiveram, na globalidade, 58 filhos dos quais 35 decorrentes de gravidezes não planeadas; apenas 3 planearam todos os filhos que tiveram (Figura 69).

FIGURA 69 – RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE GRAVIDEZES NÃO PLANEADAS E A PRÁTICA CONTRACETIVA NO MOMENTO DA ENTREVISTA



Das 36 participantes que utilizavam um método contracetivo, 2 não sabiam há quanto tempo o faziam (E8 e E12, ambas a utilizar o preservativo). Das restantes, 9 usavam-no há menos de 1 ano e 15 entre 1 e 5 anos; apenas 10 participantes apresentam uma continuidade do método superior a 6 anos, sendo as mulheres cabo-verdianas as que mais representam esta situação (Figura 70).

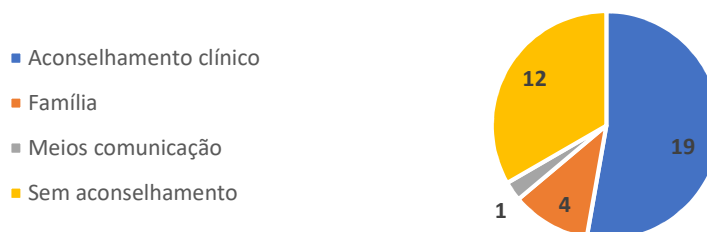
FIGURA 70 - TEMPO DE USO DO MC SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



Aconselhamento no uso da contraceção

No que respeita ao aconselhamento no uso da contraceção, 12 participantes referem que não tiveram qualquer tipo de orientação clínica nesse âmbito, 17 foram aconselhadas pelo médico e 2 pelo enfermeiro (Figura 71). Outros veículos de aconselhamento para o uso de contraceção foram o marido/companheiro e a família e os meios de comunicação social.

FIGURA 71 – ACONSELHAMENTO NO USO DE CONTRACEÇÃO

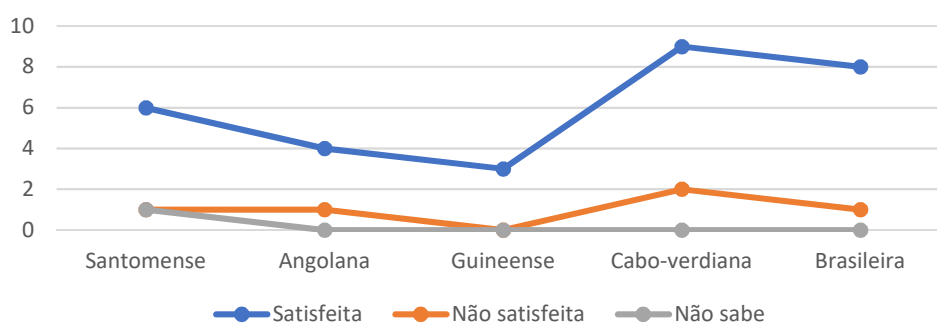


Das participantes que não tiveram aconselhamento clínico, verifica-se uma maior utilização do preservativo masculino em prol de métodos mais eficazes e de longa duração, enquanto as outras participantes utilizavam essencialmente métodos com essas características.

Satisfação com o método contracetivo

Relativamente à satisfação com o método contracetivo atual, 30 participantes estão satisfeitas, sendo as mulheres cabo-verdianas e brasileiras as que mais o manifestam. Uma participante (E43) não determina o grau de satisfação, dado ter iniciado o uso de ACO há um dia (Figura 72).

FIGURA 72 - SATISFAÇÃO RELATIVAMENTE AO USO DO MC SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



A ausência de efeitos secundários representa o motivo principal da satisfação das participantes relativamente aos métodos contraceptivos que se encontravam a utilizar; as que

usavam o preservativo indicaram, para além do efeito contraceutivo, a prevenção de IST como razão do seu agrado.

No aconselhamento clínico no uso de contraceção é importante ter em consideração como os possíveis efeitos secundários de um contraceutivo podem influenciar a satisfação da mulher e levá-la a uma maior adesão ao método e a um uso mais consistente (Neves, 2013; Wyatt *et al.*, 2014; Coutinho & Moleiro, 2017).

Uma participante justifica assim a sua satisfação com o método contraceutivo usado:

“Escolhi este [pílula] porque quando ele está eu tomo, quando não está não tomo.”
(E19)

Este testemunho indica o conhecimento deficiente desta participante relativamente ao mecanismo de ação da pílula e à necessidade do uso consistente para a sua eficácia.

Insatisfação com o método contraceutivo

Das 5 participantes que se encontravam insatisfeitas, 3 utilizavam o implante, 1 o DIU e outra a pílula, sendo que 3 métodos tinham sido aconselhados pelos profissionais de saúde (implante, DIU e pílula) e 2 pela família (implante).

As principais causas para a insatisfação prendem-se com os efeitos indesejáveis, as alterações do padrão menstrual e a variação de peso (uma refere-se à perda de peso e outra ao seu aumento) relacionados com o seu método contraceutivo (Quadro 34). Mais uma vez, as participantes revelam a importância da adequação do contraceutivo a cada mulher.

QUADRO 34 - RAZÕES PARA A INSATISFAÇÃO COM O MÉTODO CONTRACETIVO ATUAL

Razões para a insatisfação com o método contraceutivo atual	
Engordar	1
Emagrecer	1
Cansaço	1
Dor no corpo	2
Odor intenso no corpo	1
Enjoos	1
Tonturas	1
Infeções	1
Ausência do período	1
Muito sangramento	1
Irregularidade menstrual	1

Soluções para melhorar a insatisfação com o método contraceptivo atual

A mudança de método contraceptivo é a solução apresentada por 3 participantes, face ao descontentamento do método atual, apesar de umxa saber da resistência do médico em concordar com a ideia:

“Estou a pensar tirar antes do tempo [validade]”. (E32, a utilizar implante)

“Eu penso em mudar de método [pausa].” (E52, a utilizar implante)

“Mudar de pílula, mas o médico não aceita, diz «para que queres menstruar? Estás bem assim!».” (E73)

Uma participante não sabe como agir para modificar a situação:

“Por mim podia fazer alguma coisa, mas não estou a saber nada [silêncio].” (E05)

Outra quer manter o método pela segurança que lhe transmite na prevenção da gravidez:

“Eu prefiro ficar assim porque não quero filho agora [...].” (E64)

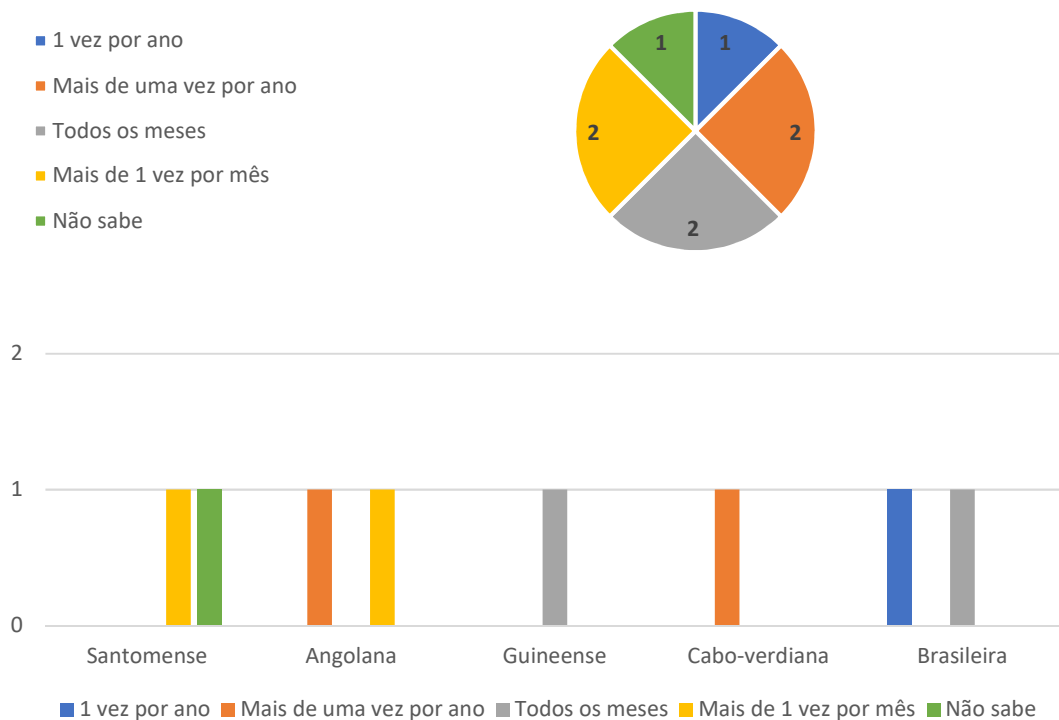
Intercorrências/adversidades na utilização do método contraceptivo

A questão das intercorrências na utilização do método contraceptivo e as medidas de precaução em caso de adversidade, foi colocada apenas às participantes utilizadoras do anticoncepcional oral e do preservativo masculino. Escolheram-se estes métodos por serem os mais usados no momento da entrevista, sendo que o primeiro está diretamente dependente da ação da mulher e o segundo envolve a participação do companheiro.

Esquecimento na toma da pílula

Das 8 participantes que utilizavam a pílula, 1 não sabe com que frequência se esquece de a tomar; 4 esquecem-se pelo menos uma vez por mês; 3 têm um ou dois momentos de esquecimento por ano. São as mulheres cabo-verdianas e brasileiras que se esquecem da toma da pílula com menos regularidade (Figura 73).

FIGURA 73 - ESQUECIMENTO DA TOMA DA PÍLULA SEGUNDO A FREQUÊNCIA E A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



As medidas de precaução face ao esquecimento de uma ou mais vezes por mês da toma do anticoncepcional oral são:

“Eu tomo as duas no dia seguinte e esse mês faço coito interrompido, todo o mês.” (E14)

“Eu tomo as duas e naquele dia eu não fazia nada.” (E19)

“Eu tomo as duas no dia seguinte.” (E24)

“Quando esqueço de tomar à noite tomo logo de manhã [pausa] se eu não tomo, não aceito fazer sexo.” (E41)

A participante que não sabe quantas vezes se esquece da toma da pílula refere que quando isso acontece “[...] não faço nada [...].” (E43).

As 3 participantes que se esquecem com menor regularidade (uma ou mais vezes por ano) da toma da pílula, dizem que “[...] tomo as duas no dia seguinte [...].” (E62; E72; E73).

Apenas uma participante revela associar outro método quando do esquecimento da toma do ACO, embora utilize um pouco eficaz (coito interrompido). De salientar que 3 participantes recorrem à abstinência sexual apenas no dia do esquecimento, o que se traduz num comportamento de risco para a gravidez não desejada.

Estes relatos indicam falta de informação das participantes relativamente às medidas corretas a tomar em caso de adversidade no uso do contraceptivo oral, sendo que as suas práticas põem em causa a eficácia do método e, desta forma, a prevenção da gravidez indesejada.

O esquecimento da toma da pílula é um dos fatores que mais contribui para a falha do método e a maior causa da recorrência ao aborto (Vilar, 2009).

Intercorrências no uso do preservativo masculino

Relativamente às participantes que usavam o preservativo como principal método contraceptivo, a maioria utilizava-o em todas as relações sexuais e desde o início da mesma. No que respeita às medidas tomadas quando das intercorrências com o seu uso (não usar, rompimento, retenção) 7 participantes referem nunca terem tido qualquer incidente com este método, enquanto as restantes afirmam que

“Ele tira fora [coito interrompido].” (E01; E27)

“Faço a pílula do dia seguinte.” (E11; E38)

e ainda:

“Quando ele estoura corro a lavar tudo lá por dentro, mas às vezes penso se ainda estou a fazer pior, se ainda empurro os espermatozoides mais para cima.” (E08)

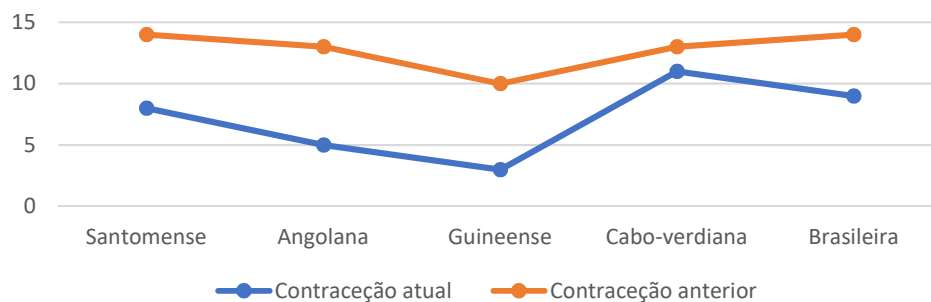
“Normalmente fico de pé e dou com pé no chão para deixar sair.” (E61)

Como se pode verificar, algumas participantes utilizam meios adicionais de precaução pouco eficientes nas intercorrências com o uso do preservativo masculino.

Prática contraceptiva anterior

Relativamente ao uso anterior de contraceção, 64 participantes já tinham utilizado algum método, sendo representado de forma quase equilibrada entre as várias nacionalidades, à exceção das mulheres guineenses que apresentam uma prática ligeiramente inferior (Figura 74).

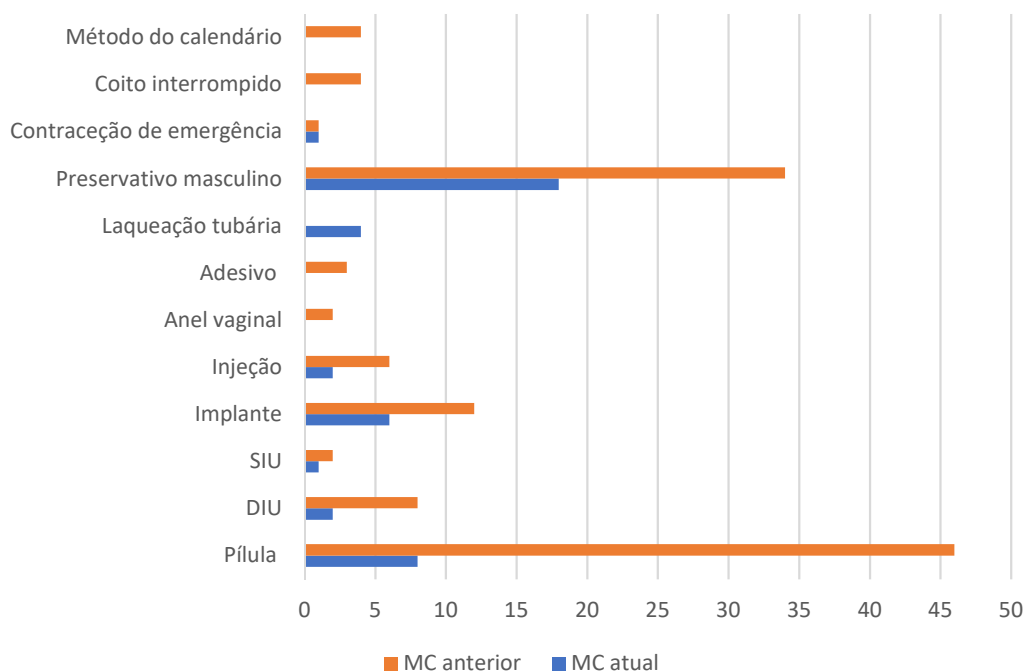
FIGURA 74 - USO ATUAL E ANTERIOR DE CONTRACEÇÃO SEGUNDO A NACIONALIDADE DAS PARTICIPANTES



Existe uma considerável diferença entre a prática contraceptiva atual e anterior, com um decréscimo de participantes a utilizarem contraceção no momento da entrevista. Embora acontecendo nas várias nacionalidades, a diminuição do uso de contraceção é mais acentuada no grupo das mulheres santomenses, angolanas e guineenses.

O método contraceptivo mais utilizado anteriormente foi o anticoncecional oral e o preservativo masculino (com maior expressão do primeiro) seguido do implante e do DIU, embora com valores significativamente mais baixos (Figura 75). Comparativamente com os métodos usados no momento da entrevista, verifica-se uma diferença acentuada no que respeita à utilização de métodos contraceptivos hormonais, nomeadamente a diminuição do uso da pílula e do implante, bem como o facto de o anel vaginal e o adesivo deixarem de ser utilizados na atualidade.

Figura 75 - Contraceção atual e anterior segundo o método contraceptivo



De salientar que das 4 participantes que nunca fizeram contraceção, 3 são mulheres guineenses, entre os 35 e os 40 anos de idade, de baixa escolaridade, a viverem em Portugal entre 1 e 8 anos; a outra participante é angolana, de 48 anos de idade, com o ensino secundário, administrativa, a viver em Portugal há 9 anos. Da comparação das características sociodemográficas analisadas poder-se-á concluir que, para além da escolaridade, os fatores culturais podem influenciar a adesão à prática contraceptiva.

As razões que levaram as participantes a deixarem de utilizar o método contraceptivo anterior foram analisadas segundo o tipo de método usado e são apresentadas no Quadro 35.

QUADRO 35 – MOTIVOS PARA DEIXAR DE UTILIZAR O ÚLTIMO MÉTODO CONTRACETIVO

Motivos para deixar de utilizar a pílula	
Aumento do peso	3
Diminuição do peso	1
Sensação de enfartamento	1
Má disposição / Mau estar	4

Vômitos e náuseas	3
Tonturas	1
Sonolência	1
Retenção de líquidos e inchaço	3
Varizes	1
Dor de cabeça	2
Inadaptação (após experimentar vários tipos)	4
Presença de quistos	2
Esquecimento frequente	1
Dificuldade no acesso	1
Ausência de atividade sexual	1

Motivos para deixar de utilizar o DIU	
Dores abdominais	1
Aumento da hemorragia	1
Inflamação	1
Dor de cabeça	1
Expulsão do dispositivo	1
Antes de sair de Angola para vir para Portugal	1
Ausência de atividade sexual	1

Motivos para deixar de utilizar o implante contraceptivo	
Aumento do peso	3
Dor no corpo	1
Dor de barriga	1
Irregularidade menstrual	3
Hemorragia aumentada	1
Retenção de líquidos e inchaço	2
Queda do cabelo	1
Alterações de humor	1
Estava fora de prazo	3
Dificuldade no acesso	1
Antes de sair da Guiné para vir para Portugal	2
Para engravidar	1
Porque ia para a Guiné e acabava o prazo	1

Motivo para deixar de utilizar a injeção contraceptiva	
Ausência de atividade sexual	2

Motivo para deixar de utilizar o adesivo contraceptivo	
Falta de confiança no método	1

Motivos para deixar de utilizar o preservativo masculino	
Ausência de atividade sexual	3
Para engravidar	2
Por não gostar	2
Porque tem confiança no companheiro	1

Como referido anteriormente, os efeitos indesejáveis continuam a ser apontados como o principal motivo para deixar de utilizar um método contraceutivo, situação que levanta a questão da importância do acompanhamento clínico e da adequação às características da mulher para a efetiva continuidade do método.

Utilização da contraceção de emergência

A questão da utilização da “pílula do dia seguinte” foi colocada tendo em conta toda a experiência contracetiva, verificando-se que 24 (32%) participantes já usaram este método, enquanto 51 (68%) nunca o fizeram (uma participante não tinha iniciado atividade sexual).

A não utilização de contraceção, a falha no uso do método contraceutivo regular e a insegurança em relação à sua eficácia são os principais motivos para utilizar a contraceção de emergência (Quadro 36), fatores igualmente indicados em diversos estudos e que apontam para uma adequada finalidade, isto é, prevenir a gravidez inoportuna ou indesejada após uma relação sexual que por algum motivo foi desprotegida (Castro & Rodrigues, 2009; Veloso *et al.*, 2014).

QUADRO 36 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) DAS RAZÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Sub-categ/U C	Unidades de Registo	UE
Sem proteção contracetiva	<i>Já usei porque achei que estava no período fértil e não usei proteção e ele ejaculou dentro.</i> (E01)	1
	<i>Porque ele não usou camisinha.</i> (E12; E16; E44; E72)	4
	<i>Porque o meu namorado não fez o coito interrompido.</i> (E14)	1
	<i>Porque às vezes esquecia a pílula [...].</i> (E26)	1
		7
Rutura/retenção do preservativo	<i>Porque a camisinha rompeu [...].</i> (E02; E08; E10; E13; E15; E27; E36)	7
	<i>Porque o preservativo ficou retido.</i> (E11)	1
		8
Precaução	<i>Nas duas vezes usei por dúvida. Houve alteração no meu ciclo menstrual e achei melhor assim.</i> (E21)	1
	<i>Porque fiquei com medo de ficar grávida e na dúvida [pausa]”</i> (E32; E38; E40; E42; E63; E66; E70)	7
	<i>Eu fiz tudo certo. Usei a camisinha e fazia a pílula, mas tive medo, até por causa da minha mãe [...]. Ainda custou uns 40 reais!</i> (E75)	1
		9

No que respeita às razões indicadas para que a contraceção de emergência não tenha sido utilizada, destaca-se a ideia da não necessidade do seu uso e o desconhecimento do próprio método (Quadro 37) aspetos pouco coincidentes com os dados de estudos anteriores (*idem*).

QUADRO 37 - SUB-CATEGORIAS/UNIDADES DE CONTEXTO (UC), UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE) DAS RAZÕES PARA A NÃO UTILIZAÇÃO DA CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Sub-categ/U C	Unidades de Registo	UE
Desconhecimento da existência do método	<i>Nunca ouvi falar disso [...].</i> (E05; E19; E29; E31; E57; E58; E60; E61)	8
	<i>Nem sabia que isso existia. Só ouvi agora.</i> (E17; E18)	2
	<i>Não sei o que é isso.</i> (E22; E28; E47; E59)	4
	<i>Não conheço nada disso [...].</i> (E46; E48)	2
	<i>Nunca fiz isso, não sabia.</i> (E50)	1
	<i>Só soube depois de ter o meu bebé.</i> (E52)	1
	<i>Eu tive sorte esse tempo todo. O que eu fiz uma vez foi uma amiga me deu uma tabelinha e eu tomei um comprimido. Eu julgava que isso é que era a pílula do dia seguinte!</i> (E64)	1
	<i>Nunca ouvi isso. Sei que as minha amigas quando se esquecem, tomam no dia seguinte.</i> (E67)	1
	20	
Nunca usou porque...	<i>[...] nunca tive dúvidas.</i> (E09; E65)	2
	<i>[...] sempre usei a pílula e o preservativo.</i> (E25)	1
	<i>[...] nunca precisei.</i> (E43; E45)	2
	<i>[...] já ouvi falar, mas nunca fiz.</i> (E51)	1
	<i>[...] nunca pensei nisso.</i> (E54)	1
	<i>[...] nunca tive razão para tomar.</i> (E03; E04; E07; E20; E24; E30; E34; E35; E39; E49; E53; E55; E56; E62; E68; E69; E71; E73; E74)	19
	26	
Não sabe como usar	<i>Eu já ouvi falar, mas não sei como se usa.</i> (E06)	1
	<i>Não sei como é [como se toma].</i> (E37; E41)	2
	3	
Sem acesso ao método	<i>Em Cabo Verde não tem. Se naquela época houvesse até teria feio.</i> (E23)	1
	1	

De notar que a justificação de uma participante para nunca ter usado a CE foi “[...] *porque sempre usei a pílula e o preservativo.*” (E25), porém engravidou enquanto utilizava estes métodos.

A contraceção de emergência é manifestamente desconhecida pelas participantes (20), sendo que algumas referiram que se tivessem conhecimento do método tê-lo-iam tomado em situações anteriores, o que poderia ter evitado uma gestação não planeada ou o recurso ao aborto. Este facto revela como a falta de informação é um obstáculo ao uso da CE e, deste modo, à prevenção da gravidez não desejada.

Duas participantes referem a possibilidade de utilizar a pílula contraceptiva “normal”, no dia seguinte à relação desprotegida, confundindo-a com a “pílula do dia seguinte”, dados também encontrados no estudo de Silva *et al.* (2017).

Das 26 participantes que consideraram não ter sido necessário fazer contraceção de emergência, 3 nunca estiveram grávidas, pelo que analisámos o grupo das restantes 23. Relativamente ao número de filhos nascidos (vivos e falecidos) 12 participantes não planearam nenhuma das gravidezes (24 gravidezes no total das 12 participantes) e 8 não planearam algumas das gestações (9 gravidezes no total das 8 participantes). No que respeita à IVG, 4 participantes já realizaram uma interrupção voluntária da gravidez e 2 foram reincidentes na situação (o que corresponde a 8 gravidezes no total das 6 participantes). Estes factos revelam que, provavelmente, as participantes podiam ter usado, em algum momento, a contraceção de emergência e prevenido a ocorrência de algumas destas 41 gestações não planeadas, se tivessem a perceção real da necessidade do uso deste método e o fizessem atempadamente. A ideia irreal da não necessidade de usar contraceção de emergência pode estar ligada a aspetos da personalidade ou à falta de conhecimento do uso correto do método usado ou, ainda, à forma de atuar em caso de intercorrência do mesmo.

Os testemunhos de duas participantes revelam como a perceção sobre a necessidade do uso da contraceção pode estar distorcida, como por vezes não encontram justificação para o insucesso do contraceptivo que lhes permitiu uma gravidez que não desejavam e como o aconselhamento clínico desadequado pode facilitar uma nova gravidez indesejada.

E24 (santomense, 21 anos, com o ensino secundário, trabalhadora não qualificada, a viver há 6 anos em Portugal) refere que:

“Descobri que estava grávida a fazer a pílula [...] esqueço de a tomar mais de uma vez por mês [...] depois do parto estou a fazer a pílula da amamentação [...] o enfermeiro disse [...] escolhi porque as pessoas põem implante e dói e o que é dor para mim não gosto”.

Por sua vez, E25 (santomense, 22 anos, com o ensino secundário, trabalhadora não qualificada, a viver há 6 anos em Portugal) diz que:

“Deixei de fazer a pílula porque fiquei grávida [...] sempre tomei a pílula e o preservativo [...] nunca me esqueci da pílula!”.

Uma participante aponta, ainda, a falta de disponibilidade do método nos serviços de saúde como uma dificuldade para o seu uso.

Voltando ao desconhecimento da existência da contraceção de emergência, os resultados do presente estudo apontam para alguma diferença relativamente aos dados de diversas pesquisas que, embora revelem alguma desinformação sobre o mecanismo de ação e de efeitos colaterais, não indicam um desconhecimento do próprio método tão elevado como o encontrado no nosso universo de trabalho (Castro & Rodrigues, 2009; Veloso *et al.*, 2014; Fonseca *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2017).

Outra questão que nos leva a refletir prende-se com o facto de nenhuma das participantes do presente estudo, em momento algum, terem mencionado desvantagens associadas ao uso da CE, situação vulgarmente encontrada em estudos nos mais variados contextos, nomeadamente na população em geral, em estudantes universitários e nos próprios profissionais de saúde. Na realidade, a CE é vista por muitos como sendo uma “bomba hormonal”, abortiva e teratogénica, com muitas contraindicações, perigosa para a mulher e que causa infertilidade (Veloso *et al.*, 2014; Fonseca *et al.*, 2015; Figueiredo & Bastos, 2016; Brandão *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2017).

Para além disso, o facto de não se ter obtido comentários preconceituosos ou valores morais e religiosos acerca da contraceção de emergência, como os registados em diversos estudos nesta área, pode dever-se ao fraco conhecimento que as participantes têm sobre o método. No entanto, nesta análise não devemos esquecer que a atitude face à CE é, habitualmente, uma questão de postura pessoal que não se fundamenta em conhecimentos efetivos, mas que se liga a características morais e culturais da população em relação ao método (Castro & Rodrigues, 2009; Veloso *et al.*, 2014).

Mantendo a divergência com os resultados da presente pesquisa, também o estudo de Almeida (2004: 327) revelou que a maior parte dos sujeitos sabia da existência da contraceção de emergência e tinha alguma informação sobre as suas características sendo, no entanto, exceção o grupo das mulheres menos escolarizadas que não faziam a “*mínima ideia do que se tratava*”.

Fomos, assim, proceder à análise das características do grupo das 20 participantes que nunca ouviram falar da “pílula do dia seguinte” tendo-se verificado que: as mulheres guineenses são a maioria (12); maior prevalência a partir dos 35 anos (13); escolaridade média/baixa (5 sem escolaridade); desempregadas (12) ou trabalhadoras não qualificadas (5); tempo de

permanência em Portugal compreendido entre 1 a mais de 20 anos (quinze há mais de 6 anos).

Reconhecendo à *priori* a diferença entre a amostra do referido estudo e do nosso universo de trabalho e do tempo que dista entre as colheitas de dados de ambas as pesquisas, consideramos poder concluir que o nível de escolaridade baixo e a situação profissional precária, habitualmente variáveis associadas entre si e determinantes para o nível socioeconómico das pessoas, são os fatores que se destacam no desconhecimento sobre a contraceção de emergência, situação também evidenciada por Almeida (2004).

CONCLUSÃO

Na conclusão da presente tese pretende-se sintetizar os principais resultados da pesquisa, tecer algumas reflexões sobre os mesmos, apresentar as dificuldades experienciadas ao longo do percurso e sugerir estudos e estratégias na área da saúde da mulher.

A contraceção regular é a forma de prevenir a gravidez não desejada, pelo que a prática contracetiva revela-se uma *práxis* importante na vida das mulheres, representando, assim, um vasto domínio de pesquisa ao longo dos tempos, embora de forma heterógena quanto às variáveis e dimensões em estudo.

Como profissional de saúde na área da Saúde da Mulher e perante a diversidade cultural e étnica da sociedade portuguesa, sentiu-se necessidade de aprofundar a temática junto da população imigrante feminina.

Nesta perspetiva, considerou-se importante identificar e compreender os conhecimentos, as atitudes e as práticas face aos métodos contracetivos das mulheres de origem angolana, cabo-verdiana, guineense, santomense e brasileira residentes em Portugal, na região de Lisboa.

As questões centrais que nortearam o estudo contemplaram as três dimensões em análise:

- *Quais os conhecimentos das mulheres de origem africana e brasileira, relativamente à fisiologia reprodutiva e à contraceção?*
- *Quais as crenças, valores, atitudes e experiências das mulheres de origem africana e brasileira relativas à contraceção e aos diferentes métodos contracetivos?*
- *Qual a prática contracetiva das mulheres de origem africana e brasileira?*

Para o desenvolvimento da pesquisa definiram-se os seguintes objetivos:

- *Descrever o perfil das participantes quanto às características sociodemográficas e migratórias;*
- *Descrever os conhecimentos, as atitudes e as práticas das participantes em relação à contraceção e aos métodos contracetivos;*
- *Compreender a relação existente entre o conhecimento e a atitude relativamente à contraceção e aos métodos contracetivos e a prática contracetiva das participantes;*
- *Identificar transversalidades aos diferentes grupos étnico-culturais auscultados.*

Desenvolveu-se um estudo descritivo, exploratório e transversal com o recurso a metodologia mista, procurando compreender o verdadeiro problema numa complementaridade entre a perspetiva qualitativa/interpretativa e a quantitativa/positivista, adaptando-se uma estratégia flexível e dinâmica ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Foi utilizado o processo de amostragem não probabilística acidental, tendo permitido constituir e estudar um grupo de setenta e cinco mulheres migrantes oriundas de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé Brasil e Príncipe e Brasil e que cumpriam os critérios de inclusão.

A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em instituições recreativas, sociais, religiosas e autárquicas. Os dados quantitativos foram analisados no software SPSS 24.0 e os qualitativos com o recurso à técnica de análise de conteúdo temática.

Consideramos que as opções metodológicas assumidas foram importantes para avaliar a problemática em estudo e aos objetivos definidos. Foi possível dar a palavra às mulheres de diversas nacionalidades, num ambiente favorável, permitindo compreender o seu conhecimento e atitude sobre contraceção e a sua prática contracetiva, obtendo-se um conjunto variado e rico de testemunhos que foram tratados com o recurso a duas técnicas, atenuando as limitações de cada uma quando usada isoladamente.

Seguidamente, procede-se a uma breve caracterização das participantes e sistematiza-se as principais evidências reveladas pelo estudo face aos objetivos inicialmente traçados.

O nosso universo de trabalho é constituído por setenta e cinco participantes, quinze de cada nacionalidade. O grupo apresenta uma média de trinta e cinco anos de idade, sendo as mulheres angolanas e guineenses as mais velhas. A maioria são solteiras a viver com filhos e família e professa uma religião. Cerca de metade das participantes tem o nível de escolaridade completo igual ou superior ao ensino secundário, com as mulheres brasileiras e cabo-verdianas a apresentarem maior instrução e as guineenses níveis de escolaridade mais baixos; são empregadas por conta de outrem, com prevalência do trabalho não qualificado.

O tempo de permanência das participantes em Portugal varia entre 1 e 41 anos, sendo que mais de metade está em Portugal entre os 6 e os 20 anos; são as mulheres brasileiras que residem há menos tempo no país e as angolanas há mais tempo. A maioria não deseja voltar ao país de origem. Os principais motivos para as participantes virem para Portugal foram o

estudo/formação, o reagrupamento familiar, o acompanhamento de familiares e a doença da própria ou do filho.

Da história ginecológica e obstétrica, salienta-se o início precoce da atividade sexual, a gravidez na adolescência, a existência de múltiplos parceiros (mais acentuada nas mulheres brasileiras), a significativa ocorrência de gestações não planejadas e, embora não muito expressiva, a interrupção da gravidez por opção da mulher.

Embora a maior parte das participantes realizem vigilância da saúde ginecológica por rotina, existe uma deficiente comunicação sobre contraceção com os profissionais de saúde, o que se deve à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à inexistência de médico de família, à rapidez da consulta, à rotatividade dos profissionais e às suas dificuldades em falar sobre o assunto. São as mulheres santomenses as que mais referem as dificuldades apontadas, enquanto que para as mulheres brasileiras estas dificuldades são menos significativas.

Na dimensão conhecimento foram analisados os discursos das participantes relacionados com o conhecimento sobre a fisiologia reprodutiva, os métodos contraceptivos e o funcionamento e os efeitos secundários do principal método que estavam a usar no momento da entrevista.

Na globalidade, registou-se um manifesto desconhecimento sobre as fases do ciclo menstrual e a determinação do período fértil, com maior incidência nas mulheres santomenses e guineenses, obtendo-se um conjunto significativo de respostas incompletas, confusas e, por vezes, completamente erradas.

No que concerne aos métodos contraceptivos, as participantes mencionaram no mínimo três e no máximo doze métodos; em média as mulheres brasileiras e cabo-verdianas conhecem sete métodos e as restantes cinco. A pílula e o preservativo foram os métodos mais enumerados (100,0% e 96,0% respetivamente), seguindo-se o implante contraceptivo, o DIU e o preservativo feminino, de uma forma quase transversal quanto à nacionalidade das participantes; os métodos cirúrgicos foram somente referidos pelas mulheres cabo-verdianas e brasileiras. As participantes com escolaridade mais baixa são as que mencionaram menos métodos contraceptivos, com relevo para o SIU, a esterilização feminina e masculina e os métodos naturais.

Ainda na dimensão conhecimento, é notória a diferença entre o que as participantes diziam ter e o que na realidade detinham sobre as características dos anticoncepcionais, revelando que o “ouvir dizer” não é indicador de um conhecimento efetivo sobre o assunto.

As mulheres cabo-verdianas e brasileiras apresentaram maior nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, de uma forma geral, e sobre o método que estavam a utilizar no momento da entrevista. Embora se registasse mais frequentemente fatores que pareciam influenciar o nível de conhecimento como a escolaridade, o desemprego ou a profissão não qualificada, houve situações diferentes indicando que outros fatores interferiam, como por exemplo a tradição da contraceção e os métodos mais conhecidos nos seus países de origem.

Na dimensão atitude, constatou-se uma atitude positiva relativamente à contraceção, existindo similaridades, mas, também, algumas diferenças entre as participantes das distintas nacionalidades.

Em relação ao uso de contraceção, as participantes consideram, de uma forma maioritária, que as relações sexuais desprotegidas podem levar a uma gravidez indesejada; que usar contraceção faz parte de uma sexualidade responsável e que é necessária uma correta utilização para que seja eficaz; que todas as mulheres têm o direito de decidir fazer contraceção e a escolher o método contraceptivo, embora o possam fazer com aconselhamento médico; que a responsabilidade de fazer contraceção não deve ser exclusiva da mulher mas a cargo do casal.

Apesar de algumas participantes afirmarem que é preferível ter uma gravidez não desejada do que usar ou tomar contraceptivos (mais representado pelas mulheres santomenses), a grande maioria manifestou opinião favorável ao uso da contraceção, valorizando a proteção do feto/criança e discordando de que o aborto seja um método de evitar a gravidez e uma boa forma de terminar uma gravidez não desejada.

As respostas relativas à eficácia do preservativo como prevenção da gravidez foram mais diversificadas, embora com maior tendência para uma opinião favorável. Apesar da diferença da opinião das participantes, um número significativo revelou dificuldade em sugerir aos seus companheiros o uso do preservativo e na aceitação em usá-lo.

Na dimensão prática, apenas trinta e seis participantes faziam contraceção no momento da entrevista, mais notório nas mulheres cabo-verdianas e brasileiras e menos nas mulheres

guineenses. O preservativo masculino era o método contraceptivo maioritariamente usado, seguido da pílula e do implante, mas significativamente inferior ao preservativo; o tempo máximo de utilização da contraceção era de cinco anos (à exceção da participante com laqueação tubária).

A decisão da escolha do método contraceptivo por vinte e duas participantes foi feita com orientação clínica; as restantes decidiram-se aleatoriamente por um método, sendo o preservativo masculino preferido.

As participantes que utilizavam o preservativo apontaram como principais razões de satisfação a ausência de efeitos secundários e de alterações menstruais e a prevenção da gravidez e de infeções sexualmente transmissíveis; as que usavam o implante referiram os efeitos secundários e as alterações menstruais como causas para a sua insatisfação.

O esquecimento frequente na toma da pílula (pelo menos uma vez por mês) e as adversidades no uso do preservativo, levou-as a recorrer a medidas adicionais de proteção, por vezes com procedimentos pouco eficazes. As mulheres cabo-verdianas e brasileiras utilizam os métodos contraceptivos de forma mais consistente.

Sobre a prática contraceptiva anterior, na sua maioria as participantes já tinham utilizado algum método contraceptivo, apresentando as mulheres guineenses um uso ligeiramente inferior relativamente às restantes. O método contraceptivo mais utilizado anteriormente foi a pílula e o preservativo masculino, seguido do implante e do DIU, mas com valores claramente mais baixos. Os efeitos secundários foram as principais razões para as participantes desistirem do uso da pílula, do DIU e do implante, enquanto que o abandono do preservativo se deve ao facto de não gostarem de o usar, quererem engravidar ou “porque existe confiança entre os companheiros”.

A maioria das participantes nunca utilizou a contraceção de emergência por desconhecimento da sua existência ou por não sentirem necessidade de o fazer; a falha do método contraceptivo ou a incorreta utilização constituem os principais motivos para o recurso a este método.

Após a síntese dos principais resultados surge a premência de extrairmos as ideias principais que a presente investigação parece evidenciar à luz das perspectivas teóricas patenteadas no *Parte I*, dando consecução aos dois últimos objetivos definidos.

Foi possível concluir que, apesar de um nível baixo/médio de conhecimento sobre contraceptivos e uma atitude favorável sobre a contraceção, a prática contraceptiva das participantes é reduzida. Para além de algumas similaridades entre as respostas registaram-se, também, algumas divergências quer entre as participantes da mesma nacionalidade, quer entre as distintas nacionalidades, aspetos que consideramos terem sido refletidos ao longo da apresentação, análise e discussão dos resultados.

Assim, a origem das participantes *per se* não parece ser o aspeto mais relevante nos resultados, mas sim os fatores individuais de cada mulher condicionados pela própria personalidade, pelo contexto familiar e pelos fatores políticos, psicossociais, culturais e económicos, tão decisivos sobretudo quando se estuda a população migrante feminina. É, ainda, necessário sublinhar que alguns resultados foram transversais quanto ao tempo de permanência em Portugal, revelando que no processo de aculturação permanece a coexistência de referências tradicionais/culturais na prática contraceptiva, apesar da adoção de alguns comportamentos e hábitos da sociedade de acolhimento.

Os níveis mais baixos de literacia parecem determinar a falta de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, bem como no domínio concreto dos processos fisiológicos e reprodutores das participantes, aspetos que condicionam a utilização eficaz da contraceção.

A prevalência contraceptiva pode aumentar com o nível de escolaridade da população em geral e das mulheres em particular, mas é também importante que, paralelamente, se complemente com o desenvolvimento e a divulgação de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva, assim como o acesso universal aos cuidados de saúde nesta área.

Por alguns indicadores analisados foi possível observar que os países de origem das participantes não se encontravam todos no mesmo estadio de desenvolvimento de um programa efetivo de planeamento familiar, o que pôde determinar alguns dos resultados obtidos nas três dimensões avaliadas.

Na dimensão atitude é de destacar a importância das relações de género, no que respeita à participação masculina na contraceção, quer por falta de interesse do homem, quer por decisão da mulher e, ainda, pela dificuldade em negociar comportamentos sexuais seguros com o companheiro.

Quanto à prática contraceptiva salienta-se a importância das questões ligadas às características dos próprios métodos contraceptivos, aos possíveis efeitos colaterais que podem ter ou que as participantes consideram que têm, aos mitos que envolvem a ideia de ineficácia de alguns métodos, do seu malefício para as mulheres e da interferência na qualidade da relação sexual; aspetos diretamente relacionados com a decisão em fazer contraceção, escolher um determinado método contraceptivo e usá-lo de forma eficaz. Concomitantemente a estes fatores, não podemos esquecer a relevância do conhecimento e da atitude sobre a prática contraceptiva, aspetos já várias vezes abordados.

Foi ainda notória, ao longo de todo o trabalho, a falta de informação que as participantes revelam em variadíssimos assuntos abordados, mostrando a deficiente comunicação que existe com os profissionais, mesmo para as que habitualmente recorrem aos serviços de saúde.

Esta multidimensionalidade e conjugalidade de fatores intrínsecos à sexualidade, reprodução e contraceção torna-se um desafio para os profissionais de saúde em geral e para os que trabalham na área da saúde sexual e reprodutiva em particular.

Considerando o Planeamento Familiar uma componente fundamental para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos dos cidadãos e a contraceção como o pilar para a vivência de uma sexualidade saudável e responsável, sugerem-se algumas estratégias que julgamos importantes no trabalho a desenvolver nesta área.

É de lembrar que, apesar do universo de trabalho ser exclusivamente feminino, estamos conscientes que os homens também sentem necessidade de apoio e aconselhamento a nível da sua saúde sexual e reprodutiva, da importância da sua participação na prática contraceptiva do casal e da necessidade de os incluir nos programas de planeamento familiar, pelo que mesmo que nos referimos à *mulher* consideramo-la incorporada numa relação afetiva ou de conjugalidade, onde o homem se encontra envolvido.

Estamos igualmente conscientes que não só é imprescindível a adaptação das consultas e dos profissionais de saúde à participação masculina, desenvolvendo-se uma atitude positiva no que respeita à igualdade de género em contexto contraceptivo, como também uma mudança de mentalidade, de atitude e de comportamento tanto do homem como da mulher.

Os testemunhos das participantes salientam, ainda, a importância de considerar o desenvolvimento e a implementação de estratégias de promoção da saúde, que visem o empoderamento da mulher para expressar as suas necessidades e desejos e saber comunicar de forma assertiva, ferramentas necessárias para uma decisão informada, esclarecida e responsável sobre contraceção e para negociar com o parceiro comportamentos sexuais seguros.

A educação para a saúde, envolvendo a mudança de atitudes e práticas de vida saudável tem, obrigatoriamente, que envolver um processo contínuo de acompanhamento, informação e aconselhamento adequados, com consultas regulares e abertas às necessidades específicas de cada mulher/homem/casal.

Esta filosofia está longe de acontecer na maioria dos casos, em que as tradicionais consultas anuais (ou mesmo com menor periodicidade) servem apenas para um exame ginecológico, para renovação de receitas ou para ir buscar a pílula ou o preservativo, mas sem se ouvir de forma ativa e empática a satisfação da mulher sobre o método usado ou dar-lhe a oportunidade de esclarecer dúvidas, receios, dificuldades ou desejo/intenção de mudança.

O acompanhamento clínico regular assente numa perspetiva de alteridade permite que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação de confiança com os indivíduos, ajudando-os a conhecê-los na sua globalidade, a compreender os fatores de risco associado à prática contracetiva e a incorporá-los no plano de educação para a saúde, visando um comportamento sexual satisfatório e seguro.

Assim, as ações de educação para a saúde devem contemplar a natureza multifacetada da mulher/casal, considerando os aspetos biológicos (que predizem certas condutas que regulam o comportamento de uma pessoa) e os cognitivos, sociais, psicológicos e culturais que modelam a motivação e a intencionalidade (compromisso pessoal com a ação) e o impacto que a adesão à contraceção efetiva pode ter para a mulher/casal e a importância que estes lhes atribuem, tendo em vista as diferentes visões e sentimentos de género.

Os valores culturais influenciam de modo direto na forma como os indivíduos conhecem, pensam e agem diante da contraceção, pelo que são vários os aspetos a valorizar nesta abordagem - considerar a forma como se comunica assuntos ligados à sexualidade e às relações afetivas nas diferentes culturas; integrar os saberes tradicionais associando-os aos

científicos; propor, sempre que possível, métodos contraceptivos modernos e eficazes, que se integrem nas expectativas de reprodução e culturais da mulher/casal e explicar a necessidade clínica de propor um método em detrimento de outro de maior preferência para o casal.

Os profissionais de saúde são o veículo principal para que as orientações e normativos legais, internacionais e nacionais, se possam traduzir em práticas contraceptivas adequadas à população em geral, com ênfase na diversidade cultural, devendo os cuidados de saúde serem, necessariamente, fundados nos pressupostos da competência cultural e da comunicação intercultural. É necessário que adotem uma atitude de respeito e compreensão pelo outro; sejam sensíveis e expressem respeito pelas diferenças individuais e socioculturais; desconstruam os mitos existentes; conheçam as normas culturais relacionadas com a sexualidade, reprodução e contraceção e, sobretudo, que reconheçam os seus próprios valores, crenças e atitudes e como podem influenciar a qualidade de cuidados que prestam à população.

No que respeita à investigadora, enquanto profissional de saúde com experiência prática no tema em estudo, consideramos ter mantido uma postura de isenção das nossas crenças e valores, analisando os dados de cariz interpretativo com a maior objetividade possível, isenta de preconceitos ou juízos de valor. No sentido de garantir este objetivo submetemos a informação coligida nas diversas fases de análise à apreciação de peritos no domínio das Ciências Sociais (nomeadamente a orientadora da investigação) e das técnicas de investigação e de profissionais na área da Saúde Materna, concretamente na vertente do planeamento familiar em contexto de diversidade cultural.

Em suma, podemos afirmar que a prática contraceptiva, envolvendo uma complexidade de fatores que interagem entre si, reflete uma componente de qualquer programa de desenvolvimento sustentável e, também, um direito à saúde em geral e à saúde reprodutiva em particular, permitindo a vivência e relacionamento sexual de forma gratificante, a liberdade dos indivíduos controlarem a sua fecundidade e a decisão de como o podem fazer.

Ainda que a metodologia usada neste estudo não possibilite a generalização dos resultados obtidos a outras populações ou contextos, torna-se evidente o quanto estamos longe de se atingir as metas propostas pelas conferências mundiais e pelos dispositivos legais estabelecidos em cada país.

Deste modo, considera-se pertinente sugerir algumas estratégias cujos principais destinatários são os vários agentes envolvidos na Saúde da Mulher. Na diversa literatura na área em estudo é frequente a enumeração de várias estratégias (como já o fizemos quando da dissertação de mestrado em comunicação e saúde) que, lamentavelmente, acabam por não ter eco no plano prático dos cuidados de saúde; assim, fá-lo-emos de forma micro, centrada nas ideias que surgiram dos discursos obtidos.

Ao nível das decisões políticas consideramos desejável que se estabeleça uma monitorização dos *outcomes* em saúde sexual e reprodutiva; isto é, determinar os ganhos efetivos para a população com os cuidados prestados nesta vertente.

Quanto às instituições de saúde é necessário que adaptem as suas práticas na base de uma política de saúde em contexto de diferentes culturas, não se tratando apenas de imigrantes, mas de uma complexa diversidade humana da qual todos nós fazemos parte. Relembramos as intervenções definidas no projeto europeu *Migrants-Friendly Hospitals* que visam a melhoria dos serviços de interpretação clínica, a produção de informação amigável do migrante e a formação para os cuidados materno-infantis e, também, dos profissionais de saúde com vista à aquisição de competências culturais. Julgamos ser necessário continuar a investir nestes objetivos ao nível dos hospitais e centros de saúde pois verificam-se muitas barreiras e dificuldades nos diversos itens apontados.

Concretamente no que concerne aos profissionais de saúde, consideramos importante que a aquisição de competências (inter)culturais comece na formação inicial constituindo-se uma aprendizagem ao longo do percurso profissional. Na verdade, ser culturalmente competente é um processo dinâmico e moroso, traduzindo-se em diferentes níveis que têm que ser trabalhados continuamente, passando da fase da sensibilidade aos valores culturais até ao ser conscientemente competente.

Concretamente ao nível da educação para a saúde, que consideramos constituir a base para promover práticas de saúde adequadas no âmbito da contraceção, julgamos ter sugerido anteriormente algumas estratégias para uma prática culturalmente competente, tendo em vista a multidimensionalidade dos fatores que emergem na decisão em fazer contraceção, na escolha do anticoncepcional, na correta utilização e na sua continuidade. Resta-nos salientar a necessidade de se realizarem estudos que determinem os modelos de educação para a saúde

que melhor se podem adequar ao exercício efetivo do ensino, visando a mudança/aquisição de comportamentos sexuais seguros, contribuindo para uma prática baseada na evidência científica.

A nível da sociedade em geral, é importante a informação e comunicação adequadas de práticas políticas, civis e de saúde específicas, que consciencializem os indivíduos sobre as vantagens dos comportamentos saudáveis de saúde, da oferta dos cuidados de saúde e da necessidade de serem agentes pró-ativos no seu *continuum* saúde-doença e, ainda, que visem esclarecer, ensinar, promover, promulgar e apoiar as competências interculturais na população.

Estas questões fazem-nos voltar ao princípio; os governantes têm de garantir uma educação inclusiva e a literacia em saúde dos indivíduos e grupos; as instituições assegurar a equidade no atendimento e tratamento de todos independentemente das variáveis socioeconómicas e culturais; os profissionais de saúde prestar cuidados culturalmente congruentes com as necessidades específicas de cada pessoa e de cada utente.

Ao terminarmos esta investigação podemos afirmar que, apesar das limitações associadas às características do estudo e ao tempo disponível da investigadora para dar consecução à pesquisa, entendemos ter atingido os objetivos inicialmente propostos.

Desejamos ter contribuído para aprofundar o conhecimento sobre os determinantes dos comportamentos contraceptivos das mulheres imigrantes em Portugal, possibilitando que as conclusões possam contribuir para melhorar a saúde materna e reprodutiva. Permanecem, contudo, algumas questões que podem e deverão ser equacionadas como hipóteses de futuras investigações:

- Em que medida um estudo idêntico numa população inteiramente masculina revelaria as reais necessidades dos homens em matéria de contraceção e a sua vontade de serem integrados nas atividades de planeamento familiar?
- Qual a formação e a sensibilidade dos profissionais de saúde que trabalham na área da saúde sexual e reprodutiva para as especificidades de cada indivíduo e, designadamente, para a influência dos seus próprios valores culturais e dos utentes na qualidade dos cuidados?

-
- Como é que os resultados deste estudo e de outros semelhantes, revelados na diversa literatura a nível nacional e internacional, podem influenciar as políticas relativas ao planeamento familiar e ao aconselhamento da contraceção, num paradigma de cuidados de saúde culturalmente competentes?

Desejamos que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde seja um processo em permanente desenvolvimento e que possamos assistir ao aumento do conhecimento científico na área da sexualidade, da reprodução e da contraceção e à concretização de algumas, senão de todas, as estratégias apresentadas, seja relativamente à população migrante ou nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W.C. (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

Águas F.; Bombas T. & Silva D. P. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(3), 9 pp. Acedido janeiro 12, 2018 em http://www.spginecologia.pt/uploads/AO_Avaliac-a-o-das-pra-ticas-contracetivas-PT.pdf.

Almeida, A. N. & Vilar, D. (2008). Literacia e práticas contraceptivas masculinas. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 50/51, 34-42. Acedido março 12, 2018, em http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/sex.plan_familiar_50_51.pdf.

Almeida, A. N. (coord.) (2004). *Fecundidade e contraceção: percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Almeida, A. N.; André, I. M. & Lalanda, P. (2002). Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal. *Análise Social*, 37(163), 371-409. Acedido fevereiro 14, 2018, em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218732699N2uHX4tb3Mz73TK7.pdf>.

Almeida, J.F. (2013). Ética da investigação em ciências sociais. *Revista da Associação Portuguesa em Sociologia. Sociologia*, 6, 69-99. Acedido abril 10, 2015, em https://www.academia.edu/4995549/Etica_da_investigacao.

Alves, A. S. & Lopes, M. H. B. M. (2008). Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 11-17. Acedido janeiro 12, 2018, em <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/83187/1/S003471672008000100002.pdf>.

Alves, A. S. (2007). *Locus de controle, conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Acedido setembro 3, 2015, em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000413248>.

Américo, C. F. [et al.] (2013). Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 21(4), 7pp. Acedido dezembro 28, 2017, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0928.pdf.

Aneas, M. A. & Sandin, M. P. (2009). Intercultural and cross-cultural communication research: some reflections about culture and qualitative methods. *Forum: Qualitative Research*, 10(1), Art. 51. Acedido abril 10, 2015, em <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1251/2738>.

Araújo, I. M. B. (2004). *Aprendem a doença, educam para a saúde: influência da formação, em futuros profissionais de saúde, em concepções saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade do Minho, Portugal. Acedido março 12, 2015, em <https://core.ac.uk/download/pdf/55603919.pdf>.

Bäckström B. (2009). *Saúde e imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e doença na comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) (Tese 24).

Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo* (5.^aed.). Lisboa: Edições 70.

Belo, M. A. V. & Silva, J. L. P. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista Saúde Pública*, 38(4), 479-87. Acedido junho 3, 2015, em <https://pdfs.semanticscholar.org/82f6/825b87c37e1a3a7ed875a41e627eb25c2ba4.pdf>.

Bennett, M.J. (1998). Intercultural communication: a current perspective. In Milton J. Bennett (ed.), *Basic concepts of intercultural communication: selected readings*. Yarmouth, ME: Intercultural Press. Acedido abril 10, 2015, em http://www.mairstudents.info/intercultural_communication.pdf.

Bombas, T. [et al.] (2012). Knowledge-attitude-practice survey among Portuguese gynaecologists regarding combined hormonal contraceptives methods. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 17(2), 128-134. Acedido março 27, 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22200109>.

Brandão, E.R., [et al.] (2017). Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. *Horizontes Antropológicos*, 23(47),131-161. Acedido março 27, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/ha/v23n47/0104-7183-ha-23-47-0131.pdf>.

Brasil, Ministério da Saúde (2009). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, Série G. Estatística e Informação em Saúde. Acedido abril 28, 2018, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.

Brasil, Ministério da Saúde (2013). *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, 26. Acedido abril 28, 2018, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.

Butler, J. (2017). *Problemas de género*. Lisboa: Orfeu Negro. Acedido janeiro 25, 2018, em <https://drive.google.com/drive/folders/0B5DQ4DwbQedTM1NpLWhDdGRzbEU>.

-
- Cabral, C. S. (2017). Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 1093-1104. Acedido março 12, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-1093.pdf>.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem* (2.ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. F. [et al.] (2015). Um breve olhar pelo panorama português. [em linha]. 5.ª Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa da Contraceção. Resumo da Comunicação Livre (CL012) Acedido março 27, 2018, em https://docs.wixstatic.com/ugd/0d756d_55e2b1ff4a7b43e3983a1982a3b39535.pdf.
- Carvalho, M. L. O.; Pirotta, K. C. M. & Schor, N. (2001). Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Revista Saúde Pública*, 35(1), 23-31. Acedido março 12, 2018, em <https://pdfs.semanticscholar.org/ea8a/072e4d37e19afd4fcca9c35ffb83f91fa010.pdf>.
- Castro, J. F. & Rodrigues, V. M. C. P. (2009). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contracepção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 889-894. Acedido março 27, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n4/a21v43n4.pdf>.
- Cestari, M. E. W. & Zago, M. M. F. (2005). A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 218-221. Acedido janeiro 6, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a18.pdf>.
- Chuang, C. H. & Freund, K. M. (2005). Emergency contraception knowledge among women in a Boston community. *Contraception*, 71(2), 157-160. Acedido março 27, 2018, em [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(04\)00234-3/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(04)00234-3/fulltext).
- Corrêa, S.; Alves, J. E. D. & Jannuzzi, P. M. (2006). Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In Cavenaghi, S. (org.), *Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Capítulo I, 27-62. Acedido março 2, 2018, em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf>.
- Costa, E. & Leal, I. P. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção. *Análise Psicológica*, 3(23), 247-260. Acedido setembro 22, 2017, em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/87/pdf>.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais*. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2.ª ed.). Coimbra: Almedina.
-

-
- Coutinho, R. & Moleiro, P. (2017). Aconselhamento sexual e contraceptivo aos adolescentes: a importância do gênero. *Adolescência & Saúde*, 14(1), 112-118. Acedido março 12, 2018, em https://www.researchgate.net/profile/Pascoal_Moleiro/publication/316735853_Sexual_and_contraceptive_counseling_for_teens_the_importance_of_gender_Aconselhamento_sexual_e_contraceptivo_aos_adolescentes_a_importancia_do_genero/links/590fa2f0a6fdccad7b126b25/Sexual-and-contraceptive-counseling-for-teens-the-importance-of-gender-Aconselhamento-sexual-e-contraceptivo-aos-adolescentes-a-importancia-do-genero.pdf.
- Couto, M. T. & Schraiber, L. B. (2005). Homens, saúde e violência: Novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In Minayo, M.C.S. & Coimbra E.A (org.), *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, 687-703. Acedido janeiro 25, 2018, em <http://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920-39.pdf>.
- Cruz, M. S. (n. d.). Mitos: Suas origens e sua importância para o homem contemporâneo. [Em linha]. Universidade Federal de Juiz de Fora, Centro de Pesquisas Estratégicas Paulino Soares de Sousa. Acedido março 12, 2018, em www.ecsbdefesa.com.br/fts/MITOS.pdf.
- Dela Coleta, M. F. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia*, 7(2), 175-182. Acedido setembro 22, 2017, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n2/v7n2a07.pdf>.
- Dela Coleta, M. F. (2003). Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 111-122. Acedido setembro 22, 2017, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a03.pdf>.
- Dias, C. M. [et al.] (2008). *A saúde dos imigrantes: Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.. Acedido junho 9, 2015, em <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/267/4/Relat%C3%B3rio%20Sa%C3%BAde%20dos%20Imigrantes.pdf>.
- Dias, S. F. & Rocha, C. F. (2009). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. *Estudos Observatório da Imigração*, 32. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) Acedido março 2, 2018, em http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01922_OI_32.pdf.
- Dias, S.; Matos, M. & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 89-102. Acedido dezembro 28, 2018, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a06.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2006). *Prestação de cuidados pré-concepcionais*. Circular Normativa N°02/DSMIA. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
-

Gonçalves, A. [et al.] (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), 55-64.

Gontijo, B.A. (2014). *Diferencial de atitude frente ao uso de contracepção moderna entre as etnias quenianas, 1989-2008*. Dissertação de Pós-Graduação em Demografia, Faculdade de Ciências Econômicas, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Brasil. Acedido junho 11, 2015, em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/AMSA9NTHQH/gontijo_b.2014_diferencial_de_atitude_frente_ao_uso_de_contracep_o_moderna_entr_e_as_etnias_quenianas_1989_2008.pdf?sequence=1.

Guarnieri, T. H. (2010). Os direitos das mulheres no contexto internacional: da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing (1995). *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*. Acedido janeiro 8, 2018, em <http://re.granbery.edu.br/artigos/MzUx.pdf>.

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210. Acedido junho 9, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>.

Hallwass, A. (2003). Reflexões sobre a função psicológica do mito numa abordagem junguiana. Monografia em Psicologia, Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília, Brasil. Acedido março 12, 2018, em <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2884/2/9913809.pdf>.

Helman, C.G. (2009). *Cultura, saúde e doença* (4.^a ed.). Porto Alegre (RS): Artmed.

Horta, A. P. B. (2013). A imigração em Portugal: um contributo para o debate: Sobre as políticas e práticas de integração. In Fonseca, M. L. P. [et al.] (org.). *Migrações na Europa e em Portugal: Ensaio de homenagem a Maria Ioannis Baganha*, (227-250). Coimbra: Edições Almedina.

Instituto Nacional de Estatística (INE-Angola) (2014). Resultados preliminares: recenseamento geral da população e habitação 2014. Luanda: INE. Acedido março 15, 2018, em <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/census/documents/Angola/Angola%202014%20Census.pdf>.

Instituto Nacional de Estatística (INE-Cabo Verde) (2008). *Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, Cabo Verde, IDSR-II, 2005*. Calverton, Maryland, USA: INE. Acedido março 15, 2018, em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR203/FR203.pdf>.

Instituto Nacional de Estatística (INE-Cabo Verde) (2016). *Recenseamento Geral da População e Habitação 2010: Natalidade e Fecundidade: Censo 2010*. Praia, Cabo Verde: INE. Acedido março 15, 2018, em <http://ine.cv/wp-content/uploads/2016/11/analise-de-fecundidade-censo-2010.pdf>.

[3%ADstica+I.P.+%28INE+I.P.Portugal%29+%282017%29.+Estat%C3%ADsticas+demo
gr%C3%A1ficas+2016.+&gs_l=psyab.3...2888.2888.0.6204.1.1.0.0.0.111.111.0j1.1.0....
0...1c..64.psy-ab..0.0.0....0.VdqFiZU6rFk.](https://psycap.inec.gov.ao/inec/inec-angola-2017-estatisticas-demograficas-2016)

Instituto Nacional de Estatística IP (INE-Angola), Ministério da Saúde (MINSÁ), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MPDT) e ICF (2017). *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016: Principais resultados*. Luanda, Angola. Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSÁ, MPDT e ICF. Acedido março 15, 2018, em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR238/SR238.P.pdf>.

Kaliyaperumal, K. (2004). Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS Illumination*, 4(1), 7-9. Acedido junho 9, 2015, em [http://www.birds.cornell.edu/citscitoolkit/toolkit/steps/effects/resourcefolder/Guideline%20for%20Conducting%20a%20KAP%20Study%20\(PDF\).pdf](http://www.birds.cornell.edu/citscitoolkit/toolkit/steps/effects/resourcefolder/Guideline%20for%20Conducting%20a%20KAP%20Study%20(PDF).pdf).

Lago, T. D. G. (2015). Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006: diminuiram?. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 32(2), 387-394. Acedido março 15, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v32n2/0102-3098-rbepop-32-2-0387.pdf>.

Laraia, R. B. (2001). *Cultura: Um conceito antropológico* (14.^a ed.). Acedido março 9, 2018 em https://www.google.com/search?source=hp&ei=SRRjW8jMJpLxkwW45pzwBA&q=Laraia%2C+R.B.+%282001%29.+Cultura%3A+Um+conceito+antropol%C3%B3gico+%2814.%C2%AA+ed.%29.+Rio+de+Janeiro%3A+Jorge+Zahar&oq=Laraia%2C+R.B.+%282001%29.+Cultura%3A+Um+conceito+antropol%C3%B3gico+%2814.%C2%AA+ed.%29.+Rio+de+Janeiro%3A+Jorge+Zahar&gs_l=psyab.3...3360.3360.0.4904.1.1.0.0.0.112.112.0j1.1.0....0...1c..64.psy-ab..0.0.0....0.NsuZoYhCEnA.

Lobão, M. F. F. (coord.) (2017). *Relatório analítico de género de Angola: 2017*. Ministério da Família e Promoção da Mulher, Angola. Acedido março 15, 2018, em http://www.ao.undp.org/content/dam/angola/docs/Publications/undp_ao_PrimeiroRelatorioAnaliticodeGenero_Angola_2017.pdf.

Lopes, L. C. (2007). *Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) (Tese 11).

Louis, M. V. (2005). Dis-moi, «le genre», ça veut dire quoi?. [Em linha]. *Marie-Victoire Louis Web site*. Acedido janeiro 25, 2018, em <http://marievictoirelouis.net/document.php?id=919&themeid=877>.

Lowdermilk, D. L. & Perry, S.E. (2006). *Enfermagem na maternidade* (7.^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Machado, M. C. [et al.] (2006). *Iguais ou diferentes?: Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Bial.

Maia, L. L. Q. G. N.; Ribeiro, B. G. & Guimarães, E. A. Z. (2011). Opção contraceptiva de universitários da região Centro-Oeste de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1(4), 435-444. Acedido dezembro 28, 2017, em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/113/234>.

Manuel, H. I. B. (2008). Mulheres Timorenses em Portugal: representações e práticas sobre planeamento familiar. In Ramos, N. (org.), *Saúde, Migração e Interculturalidade: Perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 261-310.

Marcolino C. & Galastro E. P. (2001). As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planeamento familiar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(3), 77-82. Acedido março 2, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11502.pdf>.

Marques, F. P. (2014). *Cultura e política(s)*. Lisboa: Âncora Editora.

Martins, M. F. S. V. (2011). *Educação para a saúde e vigilância pré-natal: interconfluências profissionais e familiares*. Tese de Doutoramento em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Portugal. Acedido janeiro 6, 2018, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19654/1/Maria%20de%20F%C3%A1tima%20da%20Silva%20Vieira%20Martins.pdf>.

Matias, S. P. (2015). *Conhecimentos e comportamentos dos jovens do ensino superior português em relação à contraceção oral de emergência*. Dissertação de Mestrado em Aconselhamento e Informação em Farmácia, Instituto Politécnico do Porto, Portugal. Acedido dezembro 28, 2017, em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7891/1/DM_SandraPereiraMatias_2015.pdf.

Miguel, M.; Ornelas, J. & Maroco, J. (2010). Modelo de atitudes face aos sem-abrigo em Portugal. *Análise Psicológica*, 3(28), 437-450. Acedido dezembro 28, 2017, em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/310/pdf>.

Minella, L. S. (2005). *Gênero e contraceção: uma perspectiva sociológica*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Morais, A. C. B. {et al.}(2014). Participação masculina no planeamento familiar: o que pensam as mulheres?. *Cogitare Enfermagem*, 19(4), 659-666. Acedido março 2, 2018, em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/37086/23901>.

Nascimento, D. C. (2009). *Percepções de cultura e mudança organizacional*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Jornalismo, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Portugal. Acedido março 16, 2018, em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13370/1/Tese_mestrado_Diogo_Chouzal.pdf.

-
- Neves, J. (coord.) (2013). *Contraceção*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- O'Reilly, M. (2009). Careful counsel: management of unintended pregnancy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(11), 596-602. Acedido junho 11, 2015, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2009.00450.x/abstract>.
- Ogden J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, M. (2005). O uso da noção de mito em sociologia: analisando os discursos sobre Brasília. *Revista de Ciências Sociais*, 36(1/2), 105-116. Acedido março 12, 2018, em www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/viewFile/565/547.
- Onwuegbuzie, A.J. & Leech, N.L. (2005). On becoming a pragmatic researcher: the importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(5), 375-387. Acedido junho 9, 2015, em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13645570500402447?scroll=top&needAccess=true>.
- Organização Mundial da Saúde & Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins (OMS & CPC) (2007). *Planejamento Familiar: um manual global para prestadores de serviços de saúde: Orientações baseadas em evidência científica, elaboradas por meio de colaboração em âmbito mundial*. Baltimore e Genebra: CPC e OMS. Acedido dezembro 29, 2017, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/6/9780978856304_por.pdf.
- Ortega y Gasset, J. (2010). Ideas y creencias: creer y pensar. *Biblioteca Virtual, Omegalfa*. Acedido março 12, 2018, em <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina39846.pdf>.
- Osís M. J. D. [et al.] (2006). Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: Reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2481-2490. Acedido março 15, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/23.pdf>.
- Pacheco, A. [et al.] (2011). Consenso sobre a contracepção. *Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contracepção, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução* (org.). Acedido agosto 16, 2015, em www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/consenso_sobre_contracecao_2011.pdf.
- Padilla B. (2013). Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 49-68. Acedido ,em <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/04.pdf>.
- Patai, R. (1974). O mito e o homem moderno. [Em linha]. São Paulo: Cultrix. Acedido março 2, 2018, em <https://www.estantevirtual.com.br/livros/raphael-patai/o-mito-e-o-homem-moderno/778372216>
-

Patriota T. (1994). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo, 1994. *Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres*. Acedido março 2, 2018, em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.

Penaforte, M. C. L. F. [et al.] (2010). Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde em Teresópolis, RJ. *Cogitare Enfermagem*, 15(1), 124-130. Acedido fevereiro 3, 2018, em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17183/11318>.

Penna, I. S. O. (2014). Direitos da personalidade e identidade sexual: a impossibilidade de condicionar a efetivação de direitos à intervenção cirúrgica. I Congresso Internacional de Direitos da Personalidade. *UniCesumar*, Acedido fevereiro 28, 2018, em http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/pri_mestrado/pdf/03_GT3_Iana_Soares_Oliveira_Penna.pdf.

Pierre, L. A. & Clapis, M. J. (2010). Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(6), 26 pp. Acedido fevereiro 28, 2018, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf.

Pivatti, A. S. A. & Lopes, M. H. B. M. (2013). *Conhecimento, atitude e prática em relação à contracepção na adolescência: uma revisão integrativa*. Atas do Congresso Género(s) e Saúde: (In)determinações e Aproximações. Coimbra. Acedido junho 9, 2015, <http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/index.php?target=list-abstract-presentations&event=110>.

Poncet L. C. [et al.] (2013). Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. Acedido fevereiro 28, 2018, em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2013.835394?scroll=top&needAccess=true>.

Prazeres, V. (coord.) (2008). Saúde, sexo e género: factos, representações e desafios. [Em linha]. Lisboa: DGS, 137pp.. Acedido março 12, 2018, em https://www.google.pt/search?source=hp&ei=nUedWuiUIIHUpDuu6gE&q=defini%C3%A7%C3%A3o+de+sexo+e+g%C3%A9nero%2C+OMS&oq=defini%C3%A7%C3%A3o+de+sexo+e+g%C3%A9nero%2C+OMS&gs_l=psyab.3...2777.2777.0.4217.1.1.0.0.0.171.171.0j1.1.0....0...1c..64.psy-ab..0.0.0....0.07vSjaOKmbE.

Purnell, L. D. & Paulanka, B. J. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusociência.

Ramalho, I. [et al.] (2015). O impacto da formação em contraceção de emergência: estudo de uma população de farmacêuticos [em linha]. 5.^a *Reunião Nacional da Sociedade*

Portuguesa da Contraceção. Apresentação oral (CL08). Acedido março 27, 2018, em https://docs.wixstatic.com/ugd/0d756d_55e2b1ff4a7b43e3983a1982a3b39535.pdf.

Ramos, N. (2001). Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(2), 155-178.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2008a). Multiculturalidade e comunicação em saúde: Multiculturality and communication in health. In Lopes, J. C. R. [et al.] (orgs.), *Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem: Contributos para melhor cuidar. Multiculturality: Nursing perspectives: Contributions to better care*. (67-81). Lisboa: Lusociência.

Ramos, N. (2008b). Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In Ramos, N. (org.), *Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 97-132.

Ramos, N. (2009). Diversidade cultural, educação e comunicação intercultural: políticas e estratégias de promoção do diálogo intercultural. *Revista Educação em Questão*, 34(20), 9-32.

Ramos, N. (2010). Gênero e migração: questionando dinâmicas, vulnerabilidades e políticas de integração e saúde da mulher migrante. *Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Acedido junho 6, 2015, em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278173824_ARQUIVO_NataliaRamosFG9.pdf.

Ramos, N. (2012a). Comunicação em saúde e interculturalidade: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 4(6). Acedido em junho 6, 2015, em <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/672/1302>.

Ramos, N. (2012b). Migração, maternidade e saúde. *Reportório, Teatro e Dança, Movimento Criatividade e Cura*, 18 (15), 71-83.

Ramos, N. (2012c). Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. In Ramos, N. [et al.] (orgs.). *Família, educação e desenvolvimento no séc. XXI: Olhares interdisciplinares*. (21-28). Acedido junho 6, 2015, em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2189/3/ebook11.pdf>.

Ramos, N. (2015). *Famílias migrantes nas cidades interculturais: acolhimento, solidariedade e saúde*. 1 Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa, 2956-2968. Acedido em junho 6, 2015, em http://www.omeuevento.pt/Ficheiros/Livros_de_Actas_CONLAB_2015.pdf.

Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. In Rocha, M. [et al.] (orgs.). *Seguridade social, interculturalidades e Desigualdades na contemporaneidade*. Natal: EDUFRN, p. 229-269.

Relatório Anual de Segurança Interna 2017 (RASI, 2018). Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário Geral. Acedido maio 14, 2018, em <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=9f0d7743-7d45-40f3-8cf2-e448600f3af6>.

Reis, L. & Ramos, N. (2013). Migração e saúde de brasileiros residentes em Lisboa. *Revista Ambivalências*, 1(2), 29-53.

Remoaldo, P. & Nogueira, H. (2013). Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde. Lisboa: Fernando Mão de Ferro.

Ribeiro J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2.^a ed.). Acedido janeiro 7, 2018, em http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi3hueM-cvcAhWQPFAKHey8BSAQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fsp.ps.pt%2Fuploads%2Fpublicacoes%2F114_c.pdf&usq=AOvVaw3AyDXmA2xjl0UiM3LJh8gG.

Riley, J. B. (2000). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Roazzi, A. (2014). Da teoria da ação racional à teoria da ação planejada: Modelos para explicar e predizer o comportamento. *Acta Amazônica* 8(1), 175-208. Acedido janeiro 7, 2018, em https://www.researchgate.net/publication/274698176_Da_Teoria_da_Acao_Racional_a_Teoria_da_Acao_Planejada_Modelos_para_explicar_e_predizer_o_comportamento_From_Theory_of_Reasoned_Action_to_the_Theory_of_Planned_Action_Models_to_explain_and_predict_the.

Rocha, C.M.F., Dias, S.F. & Gama, A.F. (2010). Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: A percepção de mulheres imigrantes. *Caderno Saúde Pública*, 26(5), 1003-1012. Acedido dezembro 28, 2017, em <https://pdfs.semanticscholar.org/8827/6159c52adf51142d4329db7212e01d487259.pdf>.

Rodrigues, A. F. J. (2010). *Sexualidade na adolescência: atitudes e conhecimentos sobre métodos contraceptivos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal. Acedido junho 8, 2016, em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4197/1/13854.pdf>.

Ruquoy, D. (1997). Situação da entrevista e estratégia do entrevistador. In Albarello, L. [et al.] (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 84-116.

-
- Santos, R. B., [et al.] (2016). Processo de readequação de um planejamento familiar: Construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. *Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde*, 10(3). Acedido fevereiro 1, 2018, em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16977/2/12.pdf>.
- Sato, M. S. & Hoga, L. (2011). *Crenças, valores, atitudes e experiências de homens em relação aos contraceptivos: revisão sistemática de estudos qualitativos*. Acedido junho 9, 2015, em <http://www.ee.usp.br/site/dcms/app/webroot/uploads/arquivos/Priscila%20Mayumi%20-%20Luiza%20Komura.pdf>.
- Sereno, S.; Leal, I. & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2), 193-204.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (2017). População estrangeira residente em Portugal, 2016. *Serviço de Estrangeiros e Fronteiras* [em linha]. Acedido fevereiro 1, 2018, em <https://sefstat.sef.pt/distritos.aspx>.
- Silva, L. R. & Silva, R. F. (2009). Conhecimento, atitudes e crenças de mulheres ribeirinhas frente à concepção e contracepção. *VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Qualificação da Atenção Básica em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*. Teresina-PI. Acedido dezembro 28, 2018, em <http://abenfopi.com.br/vicobeon/COMORAL/Ana%20Grij%C3%B3/Conhecimento,%20Atitudes%20E%20Cren%C3%A7as%20De%20Mulheres%20Ribeirinhas%20Frente%20%C3%80%20Concep%C3%A7%C3%A3o%20e%20concep%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Silva, L. V. L. [et al.] (2017). Conhecimento de acadêmicas de enfermagem sobre o uso da contracepção de emergência. *Temas em Saúde*, 17(2), 61-79. Acedido dezembro 28, 2018, em <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/08/17205.pdf>.
- Simmonds, K. & Likis, F. E. (2011). Caring for women with unintended pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(6), 794-807. Acedido junho 11, 2015, em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1552-6909.2011.01293.x>.
- Simões, A. (revisora) (2016). Métodos contraceptivos: quadros comparativos. *Associação para o Planeamento da Família (APF)* [em linha]. Acedido janeiro 8, 2018, em <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos>.
- Sitruk-Ware, R., Nath, A. & Mishell, D.N. (2013). Contraception technology: Past, present and future. *Contraception*, 87(3), 319-330. Acedido janeiro 8, 2018, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530627/>.
-

Sousa, L. B.; Fernandes, J. F. P. & Barroso, M. G. T. (2006). Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 408-413. Acedido março 13, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a07.pdf>.

Tamparo, C. D. & Lindh, W. Q. (2007). *Therapeutic communications for health professionals* (3.^a ed.). Nova Iorque: Delmar, Cengage Learning.

Toneli, M. J. F. (2004). Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. *Psicologia & Sociedade*, 16(1), 151-160. Acedido janeiro 22, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n1/v16n1a13.pdf>.

UNESCO (2002). *Declaração Universal Sobre a Diversidade Cultural* [em linha]. Acedido março 16, 2018, em <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>.

Veloso, D. L. C., [et al.] (2014). Anticoncepção de emergência: conhecimento e atitude de acadêmicos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2) 33-9. Acedido março 27, 2018, em http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00033.pdf.

Vilar, D. (2009). Contributos para a história das políticas de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. *E-cadernos CES*, 04. Acedido julho 16, 2015, em <https://journals.openedition.org/eces/203>.

Villela, W. V.; Brito, C. F. & Lima, R. W. (2017). O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva de Cabo Verde: alcances, limites e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. Acedido abril 28, 2018 em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-programa-nacional-de-saude-reprodutiva-de-cabo-verde-alcances-limites-e-desafios/16099?id=16099&id=16099>.

World Health Organization (WHO) (2007). *Planning: a global handbook for providers*. Acedido maio 13, 2015, em https://www.ippf.org/sites/default/files/family_planning_a_global_handbook_for_providers.pdf.

World Health Organization (WHO) (2009). *Sexual health*. Acedido maio 13, 2015, em www.who.in/reproductivehealth/index.htm.

World Health Organization (WHO) (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Acedido maio 13, 2015, em [https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=7JxutqCmetUC&oi=fnd&pg=PP2&dq=World+Health+Organization+\(2010\).+Social+determinants+of+sexual+and+reproductive+health.&ots=XENzCgl5Id&sig=V2_Ia3THwHxMkO1AwmW8v4ICpMA#v=onepage&q=World%20Health%20Organization%20\(2010\).%20Social%20determinants%20of%20sexual%20and%20reproductive%20health.&f=false](https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=7JxutqCmetUC&oi=fnd&pg=PP2&dq=World+Health+Organization+(2010).+Social+determinants+of+sexual+and+reproductive+health.&ots=XENzCgl5Id&sig=V2_Ia3THwHxMkO1AwmW8v4ICpMA#v=onepage&q=World%20Health%20Organization%20(2010).%20Social%20determinants%20of%20sexual%20and%20reproductive%20health.&f=false).

World Health Organization (WHO) (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5th ed.). Acedido março 2, 2018, em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf;jsessionid=D06E218C697C83E47B7A80D852EAF6AC?sequence=1.

World Health Organization (WHO) (2016). *Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 agenda for sustainable development in Europe: Leaving no one behind*. Acedido março 2, 2018, em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/314532/66wd13e_SRHActionPlan_160524.pdf.

World Health Organization WHO) (2017). Family planning/Contraception. Acedido março 2, 2018, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>.

World Health Organization (WHO) (2018). *Family planning/Contraception*. Acedido março 2, 2018, em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>.

Wyatt, K. D. [et al.] (2014). Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids. *BMC Women's Health*, 14(28). Acedido em maio 10, 2015, em <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6874-14-28>.

ANEXOS

Anexo I - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados em trabalho de investigação (enviado por email)

Ex. Sr./Sra. (nome)

Na sequência do contato telefónico prévio, venho solicitar a facilitação de contacto com Mulheres imigrantes, dos 18 aos 49 anos, a viver em Portugal há pelo menos 1 ano, para realização de entrevistas efetuadas pela investigadora, no âmbito do estudo sobre *Comportamentos contraceptivos de mulheres imigrantes: conhecimentos, atitudes e práticas em contexto de diversidade cultural*.

O presente trabalho, inserido no Doutoramento em Relações Interculturais, da Universidade Aberta, tem como principal objetivo aprofundar o conhecimento na área da contraceção e poder contribuir para o desenvolvimento de intervenções adaptadas às necessidades específicas das Mulheres.

Como combinado, envio em anexo: Resumo do Estudo (onde se encontram os critérios de inclusão da amostra), Informação ao Sujeito de Investigação e Consentimento Informado (sendo estes dois últimos documentos entregues às Mulheres, no momento da entrevista).

Agradeço a V. disponibilidade e colaboração, ficando ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que considere necessário.

Com os melhores cumprimentos,

Lídia Correia Lopes

Anexo II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO (Original e Duplicado)

Estudo Comportamentos Contracetivos de Mulheres Imigrantes: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em contexto de Diversidade Cultural

Eu, _____ (Nome completo da participante no estudo) abaixo

assinado declaro que fui informada de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a contribuir para a compreensão dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre contraceção, pelas mulheres de diferentes origens étnicas que residem em Portugal. Pretende, assim, contribuir para aprofundar o conhecimento sobre a realidade da prática contracetiva das mulheres e para o desenvolvimento de programas, campanhas e cuidados adaptados às suas necessidades específicas.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista, com uma parte inicial de caracterização sociodemográfica e migratória, seguida de questões a nível dos conhecimentos, atitudes e práticas acerca de contraceção, tendo sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais e será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou a interromper a qualquer momento a minha participação no estudo, sem nenhum tipo de consequência por este facto. Posso, também, consultar os resultados do estudo sempre que o solicitar.

Compreendi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo *Comportamentos Contracetivos de Mulheres Imigrantes: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em contexto de Diversidade Cultural*. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, sendo garantido o anonimato.

Recebo uma cópia do Consentimento Informado, assinada e datada, e a Informação ao Sujeito da Investigação.

Nome da Participante no estudo _____

Data ___/___/_____ Assinatura _____

Nome da Investigadora _____

Data ___/___/_____ Assinatura _____

Nota: Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante pode contactar a investigadora, por telefone 966172237 ou email: lidia.clopes@gmail.com.

Anexo III – Explicação do estudo entregue às participantes

INFORMAÇÃO SOBRE A INVESTIGAÇÃO

Nome do estudo: *Comportamentos Contraceptivos de Mulheres Imigrantes: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em contexto de Diversidade Cultural*

Investigadora: Lídia Correia Lopes

Doutoramento em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Lisboa.

Contacto: 966172237; Email: lidia.clopes@gmail.com

Foi-lhe pedido para participar num estudo no âmbito do projeto de investigação *Comportamentos Contraceptivos de Mulheres Imigrantes: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em contexto de Diversidade Cultural*.

A sua participação neste estudo contribuirá para a recolha de informação com o principal objetivo de compreender os conhecimentos, as atitudes e as práticas das mulheres relativamente à contraceção. As respostas que fornecer serão analisadas juntamente com as informações recolhidas de outras mulheres e serão completamente confidenciais.

O que este estudo envolve?

A sua colaboração neste projeto consiste em realizar uma entrevista, num só momento de avaliação. Ser-lhe-á pedido para responder a questões sobre os seus conhecimentos acerca da contraceção, o que pensa sobre o assunto e quais as suas práticas relativamente à contraceção e aos diferentes métodos contraceptivos.

A quem é pedido para participar neste estudo?

Será pedido a colaboração de mulheres de diferentes origens étnicas (africanas e brasileiras) que residam em Portugal, na região de Lisboa, há pelo menos um ano.

Existem riscos nesta participação?

Não existem riscos associados à participação neste estudo.

Existem benefícios por participar?

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo poderá contribuir para identificar intervenções, no âmbito da contraceção, adaptadas às necessidades específicas das diferentes comunidades.

Quem terá acesso à minha informação?

Não há qualquer informação do seu nome em nenhum momento da entrevista, nem no resultado do tratamento dos dados obtidos. Todos os relatórios ou publicações resultantes deste estudo serão o resultado do tratamento coletivo e anónimo dos dados de todas as mulheres que decidam participar.

Existem custos envolvidos?

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo gasto para a realização de uma entrevista, que terá uma duração aproximada de 30 minutos.

Quais são os meus direitos?

A sua participação neste estudo é completamente voluntária. Se recusar participar neste estudo ou pretender desistir em qualquer momento, isso não trará qualquer consequência para si. Poderá consultar os resultados do estudo se o desejar.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante pode contactar a investigadora Lídia Correia Lopes por telefone 966172237 ou Email: lidia.clopes@gmail.com.

Grata pela sua participação!

Anexo IV – Distribuição das participantes pelo número de entrevista segundo a nacionalidade

Distribuição das participantes pelo número de entrevista segundo a nacionalidade

ENTREVISTAS / NACIONALIDADES				
Brasileira	Angolana	Cabo-verdiana	Guineense	Santomense
E08	E04	E23	E06	E01
E10	E07	E32	E16	E02
E11	E15	E38	E17	E03
E12	E20	E39	E18	E05
E13	E21	E42	E19	E09
E14	E22	E44	E29	E24
E33	E30	E49	E31	E25
E54	E34	E51	E37	E26
E64	E35	E52	E46	E27
E66	E40	E53	E47	E28
E69	E41	E56	E48	E36
E70	E67	E61	E57	E43
E71	E68	E62	E58	E45
E72	E73	E63	E59	E50
E75	E74	E65	E60	E55

Anexo V – Valores descritivos em relação às afirmações apresentadas em tabela de Likert

Valores descritivos em relação às afirmações apresentadas em tabela de Likert

	Concordo completamente (1)		Concordo (2)		Não concordo nem discordo (3)		Discordo (4)		Discordo (5) Completamente		Não sabe		Não responde		Média	Desvio Padrão
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
P52.1. Ter relações sexuais sem usar qualquer método contraceptivo pode levar a uma gravidez.	47	62,7	25	33,3	2	2,7	0	0	0	0	1	1,3	0	0	1,39	0,54
P52.2. Fazer contraceção faz parte de uma sexualidade responsável	39	52,0	29	38,7	2	2,7	1	1,3	0	0	1	1,3	3	4,0	1,51	0,63
P52.3. Quando não desejo engravidar utilizo contraceção de uma forma correta.	43	57,3	27	36,0	1	1,3	2	2,7	0	0	2	2,7	0	0	1,48	0,67
P52.4. Uma mulher é sempre responsável por uma gravidez.	26	34,7	17	22,7	2	2,7	18	24,0	9	12,0	2	2,7	1	1,3	2,54	1,50
P52.5. Fazer contraceção é fácil.	28	37,3	26	34,7	5	6,7	10	13,3	2	2,7	3	4,0	1	1,3	2,04	1,14
P52.6. Hoje em dia só engravida quem quer	35	46,7	21	28,0	8	10,7	6	8,0	3	4,0	1	1,3	1	1,3	1,92	1,14
P52.7. É preferível ter uma gravidez não desejada do que usar/tomar contraceptivos.	6	8,0	10	13,3	3	4,0	22	29,3	30	40,0	1	1,3	3	4,0	3,85	1,34
P52.8. Todas as mulheres têm o direito de decidir fazer contraceção	51	68,0	20	26,7	0	0	1	1,3	0	0	1	1,3	2	2,7	1,32	0,55
P52.9. Todas as mulheres têm o direito de escolher o contraceptivo que querem usar.	49	65,3	19	25,3	0	0	3	4,0	0	0	3	4,0	1	1,3	1,39	0,71
P52.10. A responsabilidade de fazer contraceção é exclusivamente da mulher	7	9,3	17	22,7	4	5,3	24	32,0	18	24,0	2	2,7	3	4,0	3,41	1,37
P52.11. É importante falar com o companheiro sobre o uso de contraceptivos	47	62,7	22	29,3	1	1,3	1	1,3	1	1,3	2	2,7	1	1,3	1,43	0,73
P52.12. O aborto é um método de evitar a gravidez	0	0	2	2,7	1	1,3	16	21,3	56	74,7	0	0	0	0	4,68	0,64
P52.13. Fazer um aborto é uma boa forma de terminar uma gravidez não desejada	1	1,3	8	10,7	3	4,0	15	20,0	47	62,7	0	0	1	1,3	4,34	1,06
P52.14. Os preservativos são um bom método para evitar a gravidez não desejada.	20	26,7	32	42,7	1	1,3	19	25,3	2	2,7	1	1,3	0	0	2,34	1,21
P52.15. É fácil sugerir ao meu companheiro para usarmos o preservativo	24	32,0	22	29,3	0	0	13	17,3	11	14,7	4	5,3	1	1,3	2,50	1,51