



# sexualidade planeamento familiar

**APF**

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

nº **48/49**



Pág. **2** Lei 16/2007  
Um Ano depois...

Pág. **1** G nero e Vivência dos  
Fantasmas Eróticos

Pág. **29** Modelos de Promo o de Saúde num  
Projecto de Apoio a Prostitutas(os)

Pág. **4** Mulheres Ciganas, Representa es  
e Práticas Contraceptivas

Pág. **22** Educa o Sexual dos Jovens Universitários  
e Agentes de Socializa o

Pág. **35** Projectos de Interven o  
Comunitária



# sexualidade planeamento familiar

<b>Director</b>	José Pacheco
<b>Coordenadora</b>	Elisa Guerreiro
<b>Conselho Editorial</b>	Ana Nunes de Almeida (Sociologia) António Manuel Marques (Sociologia) Conceição Brito Lopes (Direito) David Rebelo (Ginecologia/Obstetrícia) Duarte Vilar (Sociologia) Francisco Allen Gomes (Sexologia) Gabriela Moita (Psicologia, Educação e Sexologia) João Dória Nóbrega (Ginecologia/Obstetrícia)
<b>Propriedade</b>	APF - Associação para o Planeamento da Família
<b>Redacção e Sede</b>	Rua da Artilharia Um 38 - 2ª dt, 1250-040 Lisboa Tel. 21 385 39 93   Fax 21 388 73 79 apfportugal@mail.telepac.pt
<b>Design e Produção</b>	Ideias Virtuais Rua Acácio de Paiva, 16 - 2ª esq, 1700-006 Lisboa Tel. 21 845 13 90   Fax 21 845 13 91 ideiasvirtuais@ideiasvirtuais.pt
<b>Fotografia de Capa</b>	da autoria da Equipa do Projecto VIHquinha - APF Norte
<b>Registo</b>	106 347
<b>Depósito Legal</b>	74683/94
<b>ISSN</b>	0872 - 7023
<b>Tiragem</b>	3200 exemplares
<b>Preço de Capa</b>	€2,5
<b>Assinatura Anual</b>	€9 - Particulares €15 - Instituições

# Sumário

nº48/49 • Janeiro/junho 2008

## Editorial

- 1 *José Pacheco*

## Actual

- 2 Um ano após a implementação da lei 16/2007  
- *Duarte Vilar*
- 4 Há muito remédio de agora não ter crianças:  
Representações e Práticas Contraceptivas de Mulheres  
Ciganas - *Aline Seabra Santos*
- 11 Fantasmas Eróticos: Uma abordagem antropológica  
- *Guadalupe Brak-Lamy*
- 22 Comportamentos Sexuais e Influência dos diferentes  
Agentes de Socialização na Educação Sexual dos Jovens  
Universitários - *Marta Reis, Margarida Gaspar de Matos*
- 29 Modelos de Promoção da saúde num projecto de apoio  
a prostitutas/os - *Raquel Magalhães, Maria João Silva,  
Graça S. Carvalho*

## Projectos de Intervenção Comunitária

- 35 Intervenção na comunidade do Bairro da Biquinha  
- *Nuno Teixeira, Paula Allen, Liliana Almeida,  
Patrícia Ribeiro*
- 38 Amar, Amar, Há Ir e Voltar: Saúde Sexual e Reprodutiva  
para Tod@s - *Joana Sousa, Lara Santos*

## Internacional

- 40 I Reunião Ministerial de Políticas para Mulheres e VIH/  
SIDA: Construindo Alianças entre Países de Língua  
Portuguesa para o Acesso Universal

A revista Sexualidade e Planeamento Familiar publica artigos e notas de investigação ou debate nos domínios ligados à saúde sexual e reprodutiva e à actividade da APF. Os originais podem ser enviados em disquete ou por email, não devendo ultrapassar os 19 500 caracteres. Os artigos deverão ter indicação do(s) nome(s) do(s) autor(es), referência ao seu estatuto profissional e contacto para correspondência.

As referências bibliográficas (apenas as citadas no texto) deverão ser indicadas por ordem alfabética no final do texto, obedecendo às seguintes normas:

López, F.; Fuertes, A. (1999) *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF.

Gomes, F. A. (1987). A sexualidade na segunda metade da vida. In F. Allen Gomes; Afonso de Albuquerque; J. Silveira Nunes (Coords.) *Sexologia em Portugal*, vol I (pp. 94-103). Lisboa: Texto Editora.

Savin-Williams, R. C.; Diamond, L. M. (2000) Sexual identity trajectories among sexual minority youths: gender comparisons. *Archives of Sexual Behaviour*, 29 (6), 607-627.

A equipa editorial reserva o direito de, com conhecimento e anuência dos autores, proceder a alterações ou adaptações do texto ou das figuras e quadros dos artigos para publicação.

# Editorial

**José Pacheco** [Vice-Presidente da APF, Director da Revista “Sexualidade e Planeamento Familiar”]

Este número da revista reflecte, em grande medida, a ideia que dela fazemos, um espaço de reflexão e de estudo sobre diferentes temáticas e ângulos de análise da saúde sexual e reprodutiva.

Os estudos publicados são uma pequena amostra da pujança produtiva que se tem desenvolvido ao longo da última década em Portugal. Esta circunstância é do maior relevo para se ter um conhecimento mais seguro sobre as atitudes e comportamentos das mais variegadas populações específicas, como os jovens universitários ou grupos minoritários de emigrantes, de mulheres da etnia cigana ou de pessoas que se prostituem.

Este estado da arte é, seguramente, encorajador. No entanto, sendo certo que estes conhecimentos são de uma notável valia para a adopção de melhores acções e estratégias no sentido de melhorar a saúde sexual e reprodutiva destes grupos e minorias, é um facto que podem ser, em grande parte, inutilizados se o Estado continuar, sob os ditames de uma visão meramente economicista, a limitar os investimentos nesta área.

Como fica claro da análise do Director Executivo da APF sobre a situação actual, o Estado não conseguiu encontrar um fio condutor claro sobre o papel das ONG no

*A melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva da população, mesmo que envolva alguns custos adicionais, implica igualmente um retorno, seguramente significativo, na poupança em custos de saúde, que estão implícitos quando esta área é deficitária, sobretudo nas variáveis da prevenção e da promoção.*

campo da Educação Sexual e da Saúde Sexual e Reprodutiva, assim como dos organismos estatais. Na verdade, navega-se ao sabor das marés, oscilando-se entre a política do Estado «faz tudo», como no caso da Educação Sexual, ou de remeter todas as acções para a responsabilidade da sociedade civil. Mas, mesmo neste último caso, com uma suposição milagrosa – os recursos não-de cair dos céus. É pois preciso encontrar uma política coerente que, minimizando custos, permita alcançar o objectivo de melhorar a Saúde Sexual e Reprodutiva das populações e, finalmente, promover a Educação Sexual nas escolas. Por certo a APF encontra-se numa condição privilegiada, pelo seu histórico, de dar sérios contributos para que se ponha em prática as medidas que há muito deviam ter sido adoptadas. Para além disso, a melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva da população, mesmo que envolva alguns custos adicionais, implica igualmente um retorno, seguramente significativo, na poupança em custos de saúde, que estão implícitos quando esta área é deficitária, sobretudo nas variáveis da prevenção e da promoção.

A par disso é preciso louvar a forma como o Estado organizou e pôs em prática a legalização do aborto. A lei, de facto, não ficou no papel e isso, num país onde as leis se costumam perder em regulamentações, é exemplar. É ainda preciso recordar que a *Sexualidade em Linha*, uma importante parceria entre a APF e o Instituto Português da Juventude, acaba de comemorar o seu décimo aniversário e que, apesar de uma ou outra vicissitude, tem desempenhado um papel de relevo no esclarecimento de questões sexuais junto de adolescentes e jovens. Estes são assim sinais positivos de que é possível continuar a lutar para que a Saúde Sexual e Reprodutiva não saia da agenda política. **x**

# Um ano após a implementação da lei 16/2007

Duarte Vilar [Sociólogo, Director Executivo da APF]

Este número da revista da APF chegará aos sócios e demais leitores aproximadamente um ano depois de ter entrado em vigor a Lei 16/2007 que veio permitir a IVG a pedido da Mulher até às 10 semanas de gravidez. Mesmo sendo só um ano, queremos realçar alguns aspectos essenciais deste processo.

**Em primeiro lugar**, sublinharemos a forma exemplar como a lei foi regulamentada. Em contraste com o que se passava anteriormente, em que a legislação sobre IVG era interpretada livremente pelos serviços hospitalares e pelos próprios profissionais de saúde, a Lei 16/2007 foi regulamentada ao detalhe, não deixando aspectos vagos, fornecendo todos os instrumentos aos serviços e profissionais envolvidos e estruturando rapidamente uma rede de serviços e contactos que, de resto, pode ser acedida no próprio *website* da Direcção Geral da Saúde.

Esta dinâmica traduziu-se num envolvimento extremamente significativo dos serviços de saúde, em que a maioria dos hospitais portugueses respondem rapidamente e gratuitamente aos pedidos de IVG das mulheres, confirmando as palavras de Maria José Alves na noite do Referendo, quando, anunciando a vitória do SIM, afirmou que finalmente as mulheres portuguesas iam ser tratadas com dignidade.

O significativo envolvimento dos hospitais públicos – 36 em 51 – veio, por outro lado, evidenciar o desejo que as instituições e os profissionais de saúde tinham em resolver os problemas decorrentes dos milhares de abortos clandestinos e inseguros que traziam milhares de mulheres anualmente às urgências hospitalares, por complicações decorrentes de manobras abortivas ou por abortos incompletos.

**Em segundo lugar**, um breve comentário à polémica em torno dos números do aborto em Portugal que surgiu em torno do 1º aniversário do referendo.

A APF esforçou-se sempre, por estudar, divulgar e debater com todo o rigor possível o problema do aborto.

Recordamos os estudos mais antigos de 1981 no Bairro do Charquinho em Lisboa, em 1987 na Região Centro, em 1991/92 o primeiro levantamento sobre IVG legal e aplicação da então lei 6/84 nos hospitais portugueses, o estudo realizado também em 1992 em diversos serviços hospitalares e centros de saúde a partir dos índices obstétricos das mulheres utentes e, em 2006, o primeiro estudo nacional sobre o aborto, com uma amostra representativa de mais de 2 mil mulheres portuguesas.

Tendo justamente em conta os números do estudo da APF de 2006 (que apontava para cerca de 17000 abortos no ano anterior ao estudo) e tendo em conta os primeiros números de aborto legal no contexto da lei 16/2007, não duvidamos que baixou dramaticamente o número de abortos clandestinos e o recurso às clínicas espanholas e, o facto de as IVG serem agora maioritariamente feitas nos hospitais vai permitir um maior conhecimento dos contextos em que ocorrem as gravidezes não desejadas, os motivos do atraso no recurso aos serviços e a própria qualidade da resposta pública.

Por outro lado, o processo do registo das IVG legais vai permitir, por outro lado, identificar melhor algumas características das mulheres que recorrem à IVG, e possibilitar o uso desta informação na organização de novos programas e projectos que possam baixar, o mais possível, a ocorrência de gravidezes não desejadas.

**Em terceiro lugar**, os primeiros dados disponíveis confirmam os ganhos em saúde que a IVG legal e segura trouxe. Por exemplo, na Maternidade Alfredo da Costa, o número de complicações por aborto ilegal reduziu-se dramaticamente assim como se reduziu o número de casos de aborto incompleto e retido (muitos deles derivados de auto abortos com o uso do Cytotec.

Ficamos a aguardar a publicação dos dados a nível nacional, os quais em princípio confirmarão esta mudança, mas reafirmamos a necessidade de ser reforçada a informação sobre a nova legislação sobre IVG a todas as mulheres, e em especial aos grupos de mulheres socialmente mais vulneráveis, para que se reduza cada vez mais o recurso ao aborto clandestino.

**Por último**, ao contrário do que seria esperado no pós referendo, a APF vive momentos preocupantes no que toca aos apoios que tem recebido por parte do Estado Português.

Após o referendo de 2007, foi suspenso o apoio à APF por parte do Ministério da Educação, no contexto de incompreensíveis teorias sobre o papel das ONG na promoção da educação sexual nas escolas. Reconhecendo a APF (e tendo sempre defendido publicamente esta posição) que o Ministério da Educação deverá ser o principal responsável pela educação sexual nas escolas, o ME nunca foi nem será suficiente para implementar estas políticas que, muitas vezes, têm ainda de trilhar caminhos difíceis.

A APF teve um papel fundamental no apoio a muitos professores e escolas em todo o território nacional e este apoio deixou de ser feito por falta de apoio do ME. Apesar do Relatório Final do GTES (Setembro de 2007) fazer menção à necessidade de o ME colaborar com as ONG na promoção da educação sexual nas escolas, não foram criados nenhuns mecanismos para incen-

tivar esta colaboração e tão pouco sequer obtiveram resposta os vários pedidos de apoio que a APF foi apresentando ao ME.

Por outro lado, a nova legislação que enquadra os apoios do Ministério da Saúde às entidades sem fins lucrativos veio limitar estes apoios a projectos temporais, excluindo outro tipo de apoios mais regulares, que vinham acontecendo há décadas.

Esta mudança, prefigura uma nova filosofia de relacionamento entre o Estado e o 3º Sector ou Sector Social que é inaceitável.

É claro que defendemos o papel essencial dos projectos na inovação da actividade das organizações. Muitos destes projectos correspondem de facto a actividades com uma dimensão temporal bem definida. Mas outros projectos, geram serviços e criam necessidades na população que vão carecer posteriormente de apoios públicos (e privados) de continuidade.

O estado não se pode demitir do seu papel nestes apoios. Pelo contrário, deve criar oportunidades de apoios continuados (tal como acontece na Acção Social e tal como acontecia anteriormente na área da Saúde) estabelecendo critérios claros para a selecção das entidades e actividades a apoiar com regularidade, e estabelecendo também os mecanismos de acompanhamento e avaliação dos quais deve depender a continuidade ou a suspensão dos apoios.

Assim, e voltando ao tema central deste artigo, estas medidas vão em sentido inverso ao que é desejável e ao que foi defendido pelos sectores que defenderam a IVG a pedido da mulher, ou seja, a necessidade de a par do acesso a cuidados de aborto legal e seguro, serem reforçados todos os mecanismos para prevenir e reduzir as situações de gravidez não desejada. **x**

# Há muito remédio de agora não ter crianças:

## Representações e Práticas Contraceptivas de Mulheres Ciganas<sup>1</sup>

**Aline Seabra Santos** [Socióloga, Assistente de Investigação no Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]

### INTRODUÇÃO

A etnia cigana é uma das etnias com a qual a população portuguesa tem contacto directo há mais tempo, havendo registos da sua presença em território nacional desde o século XV (Bastos e Bastos, 1999; Pinto, 2000). É este o grupo étnico mais numeroso em Portugal, oscilando os seus efectivos entre os 21 e os 92 mil indivíduos actualmente (*Asociación Secretariado General Gitano apud Mendes, 1998; SOS Racismo, 2001*). Sendo de esperar a existência de uma grande produção científica nacional em torno dos ciganos, vemos, logo pela disparidade destes números, que tal não acontece. Isto permite-nos afirmar, como Machado (1993: 18), que “a comunidade cigana permanece, em larga medida, uma ilustre desconhecida”. Acerca do grupo étnico cigano, uma das temáticas cujo estudo parece mais pertinente é a da saúde sexual e reprodutiva, por várias razões. Por um lado, porque há uma escassez de estudos sociológicos sobre as representações e as práticas de saúde sexual e reprodutiva dos ciganos, tal como acontece para a restante população portuguesa. Por outro lado, porque o estudo da saúde sexual e reprodutiva dos ciganos permite aceder às suas representações acerca da família, instituição que se assume central nas comunidades ciganas e, com ela, aos principais traços culturais deste grupo étnico.

Com base nestas premissas, levámos a cabo um estudo qualitativo exploratório que tinha como objectivo

principal conhecer as representações e práticas de saúde sexual e reprodutiva de mulheres ciganas portuguesas. Não se pretendendo representativo, este estudo teve como base a lógica da descoberta e da identificação, descrição e explicação dos fenómenos, apresentando-se a entrevista compreensiva como o método privilegiado de investigação. Foram, no âmbito deste estudo, entrevistadas doze mulheres ciganas, que viviam ou tinham já vivido em conjugalidade, com idades entre os 17 e os 40 anos, com níveis de escolaridade que iam da ausência de escolaridade até ao 6º ano, e que tinham diferentes ligações à tradição cigana, estando umas mais ligadas à tradição do que outras.

Neste artigo, damos a conhecer alguns resultados desta investigação no que respeita a uma das dimensões da saúde sexual e reprodutiva estudada: os métodos contraceptivos. Mostramos quais os métodos contraceptivos mais conhecidos das mulheres ciganas, que representações têm elas acerca da contracepção, como são actualmente as suas práticas contraceptivas e como se caracterizaram essas práticas ao longo de seu percurso sexual. Por fim, adiantamos algumas conclusões a que o referido estudo permitiu chegar, conclusões que se baseiam em resultados não explorados neste artigo.

### MÉTODOS MAIS CONHECIDOS

O método que se mostrou ser o mais conhecido foi a pílula, contraceptivo oral referido por onze entrevista-

(1) Artigo escrito com base nos dados recolhidos no âmbito da dissertação de licenciatura em Sociologia *De mães para filhas: representações e práticas de saúde sexual e reprodutiva de mulheres ciganas*, sob orientação do Professor Doutor Pedro Hespanha, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

das e designado como “pílula” e “comprimidos”. Outro método, referido por dez mulheres, foi o implante subcutâneo, método de eficácia elevada, recente no mercado português. A maioria das entrevistadas referiu-se ao implante como o “aparelho do braço”, a “agulha do braço”, o “implanon”, nome comercial do implante, e mostrou conhecer o carácter recente deste método. O Dispositivo Intra-Uterino (DIU) foi um método mencionado por oito entrevistadas, que se referiram a ele, em alguns casos, com desagrado, por ser um método que se põe “na boca do corpo”, “lá dentro do útero”, uma “redezinha” que se põe “por baixo”. Sete entrevistadas referiram outro método: o preservativo masculino, sendo o seu nome de difícil pronúncia. Das entrevistadas que o referiram como método contraceptivo, apenas uma referiu o seu nome correctamente. É interessante verificar que o assunto do preservativo provoca riso, embaraço e vergonha em duas entrevistadas mais velhas, analfabetas e com uma forte ligação à tradição cigana.

Os métodos menos referidos foram as injeções trimestrais (cinco respostas), a pílula do dia seguinte (uma resposta) e a laqueação das trompas (uma resposta). É de referir que nenhuma entrevistada referiu o coito interrompido por iniciativa própria, reconhecendo-o apenas quando este foi referido. Da mesma forma, várias entrevistadas falaram da laqueação ao longo da entrevista, mas apenas uma a referiu quando se perguntou acerca dos métodos contraceptivos conhecidos. Por fim, nenhuma entrevistada referiu os métodos naturais (abstinência periódica, método da temperatura basal, método do muco cervical, método do calendário). Podemos, assim, sugerir que o coito interrompido, a laqueação das trompas e os métodos naturais não são claramente considerados métodos contraceptivos pelas mulheres ciganas entrevistadas.

#### REPRESENTAÇÕES ACERCA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

No que se refere à aceitação do uso de contracepção, verificamos uma aceitação generalizada dos métodos contraceptivos. Porém, se a grande maioria das ciganas concorda com a sua utilização para evitar a gravidez, duas mulheres jovens e letradas consideram que a contracepção só deve ser usada após o nascimento do primeiro filho, para espaçar as gravidezes e não para as evitar.

Quanto às representações do melhor e do pior método contraceptivo surgem diferentes respostas. Os métodos hormonais, pílula e implante, são considerados pela maioria das entrevistadas os melhores métodos, pela sua acessibilidade, pela conveniência da sua duração, pela sua eficácia a nível contraceptivo e pela discricção que permitem: “ninguém sabe, está tudo bem”, afirma uma das mulheres, sugerindo que existe algum controlo social nesta matéria. O implante é considerado o melhor método para seis entrevistadas e a pílula o melhor para quatro.

Quanto aos métodos mais referidos como sendo os menos vantajosos, estes foram o DIU e a pílula. O DIU é considerado pouco vantajoso por cinco mulheres, por não ser considerado eficaz, por ser de colocação pouco agradável, pelos efeitos secundários que provoca e, noutros casos, pelo facto de a entrevistada ou uma conhecida sua não se ter adaptado a ele. Segue-se, assim, uma lógica que dita que a adaptação ou não de um indivíduo a um método faz com que se pense que esse método é vantajoso ou desvantajoso para todas as outras mulheres.

Eu não gosto desses aparelhos. (...) Dão garras, dão muitos garras.

[Ema]

Ai isso não. Isso não porque eu já sofri com ele e também não gostava que ela [outra mulher que o usasse] sofresse.

[Juliana]

Das quatro mulheres que consideram a pílula o método menos vantajoso, três são analfabetas. A não adesão à pílula justifica-se pelas dificuldades em seguir as regras básicas para a sua toma eficaz. Juntamente com este facto, a ausência de conhecimento científico acerca do organismo e do funcionamento da pílula, fazem com que para algumas mulheres ciganas este método seja visto com desconfiança.

A *pílula* engana.

[Ema]

A *pílula* é muito falsa. A pessoa basta esquecer-se de uma, é logo, como um passarinho.

[Carla]

Os comprimidos. Faz muito mal. (...) Muitos meses que a gente vai tomando, diz que faz muito mal aquilo. Deu na televisão.

[Telma]

Percebeu-se que os motivos para preferir um método contraceptivo se prendem sobretudo com a facilidade de utilização e de acesso ao método, com a percepção acerca da sua eficácia contraceptiva, com a discrição que a sua utilização permite, com os efeitos que se pensa, por vezes erradamente, que provocam no corpo e com a adaptação que a entrevistada ou outra mulher sua conhecida fez a esse método.

Quanto à percepção do risco na ausência de métodos contraceptivos em mulheres com uma vida sexual activa, nove mulheres reconheceram haver riscos de engravidar.

#### PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS

Passando à análise das práticas contraceptivas actuais, verifica-se que todas as mulheres sexualmente activas e sem desejo de engravidar no momento presente (sete mulheres) usam métodos contraceptivos eficazes: a pílula, o implante subcutâneo e a laqueação das trompas. Este fenómeno de larga adesão a métodos contraceptivos eficazes por mulheres ciganas sexualmente activas sem desejo de engravidar foi também encontrado por Silva (2005).

A pílula e o implante são utilizados por quatro mulheres com menos de 30 anos, com um ou dois filhos, com os objectivos ora de evitar a gravidez, ora de espaçar as gravidezes. A preferência pela pílula e pelo implante justifica-se por referência às desvantagens de outros métodos. Ou seja, frequentemente prefere-se e usa-se um método contraceptivo não pelas suas vantagens, mas por este não apresentar as desvantagens de outros métodos. Isto sugere que as mulheres ciganas não consideram que há métodos contraceptivos ideais, mas sim que há métodos contraceptivos menos maus.

O implante? Ai porque é uma limpeza, doutora! Para já nunca se esquece de tomar a *pírula*. Segundo, é uma limpeza porque olhe, mete-se aqui no braço, já está, e lá aquele de andar lá a pôr a redezinha no útero e não sei quê, estar ali de

pernas abertas, isso não entra... não encaixa também! Também está fora de questão!

[Teara]

O aparelho para mim é uma coisa boa para não engravidar. (...) É [melhor que a pílula]. (...) Porque eu não sei tomar a pílula.

[Éma]

Por sua vez, a laqueação foi feita por três mulheres com mais de 30 anos, com pelo menos dois filhos, que não querem voltar a engravidar por motivos de saúde: problemas com a última gravidez ou problemas de saúde dos filhos. É interessante descobrir os termos em que as ciganas se referem à laqueação, demonstrando um afastamento do conhecimento médico-científico.

*Depois* já não queria mais filhos, quando vou a ver estou grávida do E.. Veio o E., capei-me, já não quis mais filhos.

[Juliana]

Fiz a *{pilação}* para não ter mais... (...) Quando ele nasceu, que eu fui de barriga aberta, puseram-na logo [a laqueação].

[Telma]

Não, não posso [ter mais filhos], que eu cortei... (...) Sim [fiz a laqueação]. E assinei tudo. Eu podia ter outro, só que eu não quis, apanhei medo. “Ó Rosa, se tu ter outro, tu podes morrer, tanto tu como a criança”. E apanhei medo.

[Rosa]

Quanto às mulheres que não usam contracepção no momento presente (cinco mulheres), este comportamento justifica-se pelo facto de não serem sexualmente activas, por viuvez ou separação do marido (duas mulheres), por estarem grávidas (duas mulheres), ou por desejarem engravidar (uma mulher).

No que respeita ao conhecimento do marido acerca do método contraceptivo utilizado actualmente pela mulher, encontramos apenas duas mulheres que afirmaram ter escondido do marido, em algum momento, o método contraceptivo utilizado no momento presente. Por outro lado, quatro mulheres afirmaram nunca ter



escondido do marido o método contraceptivo que utilizam actualmente. Quanto à importância que a mulher atribui à participação do marido na decisão da prática contraceptiva ao longo do percurso sexual, podemos dividir estas mulheres em dois grupos. O primeiro grupo é constituído por quatro mulheres que se consideram, neste âmbito, independentes em relação aos maridos, mostrando-se autónomas quanto à decisão de fazer contracepção. Elas fazem contracepção sem o conhecimento dos maridos ou independentemente ou mesmo contra a sua vontade.

E assinei [a autorização da laqueação] sem ele [marido] ver. E ele não sabia.  
[Rosa]

Ele não tem que achar nada, eu é que tenho que achar tudo! (riso) (...) [Ele] não diz nada!  
[Lara]

[O marido] às vezes não gostava [que eu fizesse contracepção], queria ter mais filhos. (risos) Queria tentar um menino.  
[Íris]

O segundo grupo é constituído por oito mulheres que consideram importante que o marido tenha conhecimento ou participe na sua prática contraceptiva.

Sabia [que eu fazia contracepção]! Mal dele se não soubesse! (...) A gente não vai esconder tudo dele. Já viste? Um dia que ele me visse tomar a *píru*la dizia “então não disseste nada? Para quê estás a tomar?”, não era? Assim não, assim já sabia!  
[Telma]

Ele era o primeiro a aconselhar-me.  
[Carla]

Deste grupo de oito mulheres que consideram importante que o marido saiba da prática contraceptiva, duas reforçam mesmo a importância de o controlo da fecundidade e a escolha do método a usar serem discutidos e negociados simetricamente pelo casal.

Tinha que haver um entendimento entre nós, não é? Não é ele querer e eu não querer, não ia dar certo.  
[Maira]

Assim, percebemos que ao longo de todo o percurso contraceptivo a decisão do controlo da fecundidade e a escolha do método contraceptivo a usar raramente resultaram de um processo de negociação simétrica a dois. Com efeito, na maioria das vezes a mulher assume-se como líder do controlo da fecundidade do casal. Se nalguns casos o marido participa no controlo da fecundidade, “ajudando” a mulher, há outras situações em que a mulher claramente desvaloriza a opinião do marido.

Analisando o percurso contraceptivo das mulheres ciganas entrevistadas verificamos, em primeiro lugar, que o início da prática contraceptiva se situa, para grande parte das mulheres (sete mulheres), num contexto conjugal, após o nascimento do primeiro filho ou mesmo, para três mulheres, depois do nascimento do segundo filho, com o objectivo de espaçar as gravidezes. Verifica-se aqui uma importante *décalage* entre a população cigana estudada e a população juvenil portuguesa, para a qual a utilização de métodos contraceptivos está largamente difundida em situações de namoro (Vasconcelos, 1998). A ausência de práticas contraceptivas antes do primeiro filho não surpreende, se soubermos que a iniciação sexual se faz no momento do casamento<sup>2</sup> e que a chegada do primeiro filho é esperada com grande ansiedade. Apesar disto, duas mulheres iniciaram a prática contraceptiva logo após o casamento, com o objectivo claro de evitar a gravidez, ou porque o casamento não era desejado, ou porque a maternidade não estava nos primeiros planos do casal.

Outra conclusão a que se chega é a de que o primeiro método contraceptivo é, na maioria das vezes, sugerido por um médico na maternidade aquando do primeiro ou do segundo parto (oito mulheres). Isto pode ser explicado pelo facto de o primeiro contacto de muitas mulheres ciganas com profissionais de saúde sexual e reprodutiva se fazer na maternidade aquando

---

(2) Para todas as entrevistadas a primeira relação sexual aconteceu com o marido, após o casamento, mostrando que nupcialidade e sexualidade se encontram associadas para as mulheres ciganas.

do nascimento de um filho. A propósito disto, é interessante salientar que todos os partos das mulheres da amostra tiveram lugar num estabelecimento hospitalar.

Quanto aos métodos mais utilizados ao longo do percurso contraceptivo, excluindo o método utilizado no presente, verificamos que a pílula é, de longe, o método mais procurado (já utilizado por dez entrevistadas), seguido do implante subcutâneo (duas entrevistadas), do coito interrompido, de uso esporádico por ausência de outro método contraceptivo (duas entrevistadas), do preservativo, também utilizado esporadicamente “por brincadeira” ou por esquecimento da pílula (duas entrevistadas) e do DIU (uma entrevistada). Dando especial atenção ao preservativo masculino, podemos afirmar que a sua subutilização pelas mulheres da amostra coincide com os resultados de outros estudos sobre ciganos portugueses e europeus, que mostram que este método é muito pouco utilizado por esta população (Amirkhanian *et al.*, 2002; Silva, 2005).

Pode ainda verificar-se que oito mulheres já experimentaram dois ou mais métodos anticoncepcionais ao longo do seu percurso contraceptivo. Destas, cinco combinaram a pílula com a laqueação das trompas ou com a utilização esporádica de outros métodos (preservativo ou coito interrompido). Para as restantes três, a multiplicidade de métodos contraceptivos já experimentados resulta de falhas ou de uma má adaptação ao primeiro método, o que levou à experimentação de um segundo. Com efeito, devido a hemorragias provocadas pelo implante, Lara, uma mulher jovem, substituiu-o pela pílula, não sem antes engravidar “inesperadamente”. Por seu lado, no seguimento de uma falha na pílula que resultou em gravidez, Marisol, uma mulher jovem, experimentou o implante, e Juliana, mais velha, o DIU.

Verificamos, assim, que as falhas na pílula, com gravidezes inesperadas como consequência, e o mal-estar provocado pelos dois métodos hormonais mais conhecidos são sentidos por algumas entrevistadas. As falhas da pílula conducentes a gravidezes foram vividas por seis mulheres e foram explicadas por erros na sua toma: “esquecimentos”, toma de antibióticos que reduziram a sua eficácia, amamentação simultânea. Porém, nem sempre as falhas na pílula conduziram ao abandono deste método contraceptivo, havendo duas mulheres entrevistadas que voltaram a utilizar a pílula

depois de terem engravidado uma vez enquanto a “tomavam”, encontrando-se, no presente, novamente grávidas devido à segunda falha na utilização da pílula.

Da l. aconteceu-me exactamente como este, como esta. Porque eu apanhei uma...fiquei doente na altura da l., eu estava a tomar a *pílula* mas estava a tomar ao mesmo tempo antibiótico. (...) Porque eu tomava *pílula* na boa! Então estava muito descansada!

Mas o antibiótico cortou!

[Carla]

Algum dia que me esqueça, sabe? Calha um dia que me esqueça... Pronto, já está! Aconteceu...

[Marisol]

Percebemos então que os conhecimentos médico-científicos na área da contracepção são escassos, parecendo desconhecer-se o processo através do qual os contraceptivos actuam no corpo, as regras básicas para a sua utilização eficaz, a existência de alternativas a um determinado método. Todos estes factores conduzem a frequentes gravidezes inesperadas, e por vezes indesejadas, nas mulheres ciganas entrevistadas. Assim, um método contraceptivo de eficácia elevada transforma-se, frequentemente, num método com uma grande taxa de falibilidade, o que permite concluir que a utilização de métodos eficazes no presente, situação que se verifica em todas as mulheres da amostra, não corresponde, em termos reais, a uma protecção garantida contra futuras gravidezes indesejadas.

Resumindo, podemos afirmar que a pílula e o implante, métodos de elevada eficácia, são os métodos mais conhecidos e mais utilizados pelas mulheres ciganas. Se há consenso neste grupo de que o implante é um dos melhores métodos e o DIU um dos piores, sobre a pílula têm-se opiniões ambíguas e não consensuais: para umas, sobretudo letradas, é o melhor método, para outras, sobretudo analfabetas, é o pior. Em qualquer dos casos, várias entrevistadas relataram erros na toma da pílula que resultaram em gravidez, pelo que este método de eficácia elevada se torna um método pouco fiável para a população cigana. A prática contraceptiva inicia-se normalmente após o nascimento do primeiro ou segundo filho, com o conhecimento do marido. O marido conhece mas raramente decide, a par com a mulher, a prática contraceptiva a adoptar, sendo que este papel cabe, na maioria das vezes, à mulher.

# Mercilon 2000

Etinilestradiol 20 mcg DESOGESTREL 150 MCG



## Há 15 anos...



**EFICAZ<sup>(1)</sup> E BEM TOLERADA<sup>(2)</sup>**

**BOM CONTROLO DE CICLO<sup>(2)</sup>**

**EFEITO NEUTRO  
SOBRE O PESO CORPORAL<sup>(3)</sup>**

**ELEVADO GRAU DE SATISFAÇÃO<sup>(2)</sup>**

**Organon**

ORGANON PORTUGUESA - Produtos Químicos e Farmacêuticos Lda.  
Av. José Malhoa n.º 16 B - 2.º 1670-159 Lisboa  
Telefone: 21 724 77 77 - Fax: 21 724 77 76

Cap. Social 325.000 Euros - Mat. na Cons. do Reg. Com. Lisboa n.º 42 823 - Cont. n.º 500 208 131

[www.organon.pt](http://www.organon.pt)

Ref. bibliográficas:

(1) Lammers, Op ten Berg. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70: 497-500; (2) Gruber et al., Treat Endocrinol 2006; 5(2): 115-121; (3) P. Lavin, C. Bravo, Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7(suppl 1): 06.

## CONCLUSÃO

Para terminar este artigo sobre as representações e práticas contraceptivas de mulheres ciganas, podemos adiantar algumas conclusões a que o estudo permitiu chegar. Concluiu-se que os saberes e representações das mulheres ciganas mostraram nem sempre ser coerentes com as suas práticas, sendo os primeiros mais inovadores do que as segundas. De facto, as mulheres encontram barreiras à apropriação de comportamentos inovadores, barreiras essas que se prendem com a organização e os valores do grupo étnico cigano: o patriarcado, a diferenciação sexual, o controlo social, a honra e a vergonha como vectores em torno dos quais as comunidades ciganas se estruturam (Mendes, 2005). São também estes valores e princípios de organização que explicam que para as mulheres ciganas a sexualidade esteja associada à conjugalidade e a nupcialidade à procriação, associações que já não se verificam no conjunto da população feminina não-cigana (Almeida, 2004). Assim, encontrámos mulheres para as quais a nupcialidade, a iniciação sexual e o início da procriação se sobrepõem no tempo físico e ao nível dos ideais. Quanto às variáveis idade, nível de literacia e ligação à tradição cigana, concluiu-se que as três estão relacionadas com as práticas e representações, sendo a ligação à tradição cigana a que parece influenciar de forma mais decisiva as representações e práticas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres ciganas.

As mulheres com fraca ligação à tradição cigana, as letradas e as jovens apresentam-se como as protago-

nistas da mudança social e cultural do grupo étnico cigano, aproximando-se de alguns valores e comportamentos que caracterizam a sociedade portuguesa contemporânea: descendências menos numerosas, algum planeamento das gravidezes, valorização do adiamento da idade de início da procriação, partilha conjugal da experiência da maternidade, utilização da contracepção de uma forma mais eficaz, conhecimento de mais formas cientificamente correctas de evitar a SIDA, maior reconhecimento da importância da utilização do SNS durante a gravidez e no puerpério, defesa da importância do diálogo com os filhos sobre a sexualidade, coincidência mais frequente entre as representações e as práticas. Os seus discursos deixam transparecer uma desvalorização do controlo social como pólo privilegiado do poder, uma valorização da privatização, da sentimentalização e da desinstitucionalização da família nuclear, uma rejeição da família de tipo patriarcal e uma valorização da mulher independentemente do seu papel de esposa e de mãe.

Numa paisagem de mulheres ciganas que se caracteriza por crenças e comportamentos muito próprios quanto à saúde sexual e reprodutiva, as mulheres jovens, as letradas e as pouco ligadas à tradição cigana distinguem-se na vanguarda de representações e práticas inovadoras para o grupo étnico cigano, aproximando-se das da cultura dominante. A diversidade de práticas, de saberes, de ideais, de crenças, de valores, de representações, permite pintar de diferentes cores o grupo das mulheres ciganas e obriga a rejeitar a ideia de que este possa ser um grupo homogéneo. **x**

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, Ana Nunes de, *et al.* (2004), *Fecundidade e contracepção*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Amirkhanian, Y. A., *et al.* (2002), "Sexual practices and gender roles among Roma (Gypsies) in central and eastern europe: implications for HIV prevention". Página consultada em 7 de Janeiro de 2007. Disponível em <http://www.pubmed.com.br/abstract.php?bd=pubmed&submit=y&word=Amirkhanian&ids=17040924>
- Bastos, José e Bastos, Susana (1999), *Portugal multicultural: situação e estratégias identitárias das minorias étnicas*. Lisboa: Fim de século.
- Machado, Paulo (1993), "Reflexões a propósito da minoria étnica cigana em Portugal: aproximação sociológica sobre uma identidade desconhecida". *Do Serviço Social*, 4, 17-21.
- Mendes, Maria Manuela (1998), "Etnicidade cigana, exclusão social e racismo". *Sociologia - revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 8, 207-246.
- Mendes, Maria Manuela Ferreira (2005), *Nós, os Ciganos e os Outros: etnicidade e exclusão social*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Pinto, Maria de Fátima (2000), *A Cigarra e a Formiga: contributos para a reflexão sobre o entrosamento da minoria étnica cigana na sociedade portuguesa*. Porto: REAPN-Rede Europeia Anti-Pobreza.
- Seabra Santos, Aline (2007), "De mães para filhas: representações e práticas de saúde sexual e reprodutiva de mulheres ciganas". Tese de licenciatura em Sociologia. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Silva, Luísa Ferreira da (2005), *Saúde/doença é questão de cultura: atitudes e comportamentos de saúde materna nas mulheres ciganas em Portugal*. Porto: Alto Comissariado para a Integração e Minorias Étnicas.
- SOS Racismo (2001), *Sastipen ta li. Saúde e liberdade: ciganos, números, abordagens e realidades*. Lisboa: SOS Racismo.
- Vasconcelos, Pedro (1998), "Conjugalidade e sexualidade" in José Machado Pais e Manuel Villaverde Cabral (coord.), *Jovens portuguesas de hoje*. Oeiras: Celta editora, 215-305.

# Fantasma Eróticos: Uma abordagem antropológica

Guadalupe Brak-Lamy<sup>1</sup> [CEMME - Centro de Estudos de Migrações e Minorias Étnicas, Departamento de Antropologia, Universidade Nova de Lisboa/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]

## RESUMO

O estudo dos comportamentos erótico-amorosos foi realizado em quatro espaços de congregação nocturna situados no centro de Lisboa (locais da movida lisboeta). Entrevistei (entrevistas aprofundadas, semi-dirigidas) 120 sujeitos (60 do sexo feminino e 60 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, pertencentes à classe média. Estes sujeitos têm diferentes estados civis: casados, separados, divorciados, solteiros e os que vivem em regime de coabitação. Os objectivos que pretendi atingir foram: a) caracterizar os fantasmas masculinos e femininos mais frequentes, tanto nos espaços de congregação nocturna (em Lisboa), como no contexto privado; b) analisar psico-socio-culturalmente as diferenças dos temas fantasmáticos dos homens e das mulheres com diferentes estados civis e pertencentes a diversos grupos etários. A minha abordagem baseia-se na teoria das funções dos fantasmas (Crépault, 1981, 1987) as teorias da aprendizagem social (Person et al. 1989) e a teoria do desenvolvimento do sistema de transformação sócio-histórico-cultural (Brak-Lamy, 2006).

**Palavras chave:** fantasmas eróticos, diferenças de género, idade, estado civil, antropologia, funções dos fantasmas, teoria da aprendizagem social, teoria do sistema de transformação sócio-histórico-cultural.

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte da minha investigação de doutoramento sobre os comportamentos erótico-amorosos heterossexuais em contexto urbano nocturno.<sup>2</sup> Os comportamentos erótico-amorosos englobam os fantasmas eróticos e as estratégias de sedução.<sup>3</sup>

O estudo dos comportamentos erótico-amorosos foi realizado em quatro espaços de congregação nocturna (bares nocturnos), situados no centro de Lisboa (locais da movida alfacinha). Entrevistei (entrevistas aprofundadas)<sup>4</sup> 120 sujeitos (60 do sexo feminino e 60 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos., pertencentes à classe média. Estes sujeitos têm diversos estados civis: casados, separados, divorciados, solteiros e vivendo em união de facto. As entrevistas foram realizadas nos espaços de congregação

11

---

(1) Antropóloga a realizar uma investigação de pós-doutoramento em Antropologia Social e Cultural (Bolseira da Fundação para a Ciência e a Tecnologia) no CEMME (Centro de Estudos de Migrações e Minorias Étnicas), Universidade Nova de Lisboa/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Av. De Berna, nº 26 C, 1069-061 Lisboa, Portugal, e-mail: guadalupe.lamy@gmail.com

(2) Cf. Maria de Guadalupe Brak-Lamy, «Da magia da noite à magia/desencanto da cama. Para uma interpretação antropológica dos comportamentos erótico-amorosos heterossexuais em contexto urbano nocturno». Dissertação de Doutoramento em Antropologia Cultural e Social, 2006, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

(3) As estratégias de sedução são formas de interacção erótica que englobam a exibição corporal, os olhares, os sorrisos, as palavras/conversas, as carícias, os abraços e os beijos.

(4) A interpretação das entrevistas baseia-se no modelo da análise de conteúdo. (Bardin, 1977; Vala, 1986 et Laville et Dionne, 1999).

nocturna e em algumas esplanadas, durante um ano e meio, de Abril de 2000 até Outubro de 2001.

No que diz respeito aos fantasmas eróticos, a questão que coloquei aos sujeitos que frequentam os espaços de congregação nocturna foi: quais eram os seus fantasmas eróticos quando eles estão no espaço público (bares nocturnos) e no espaço privado.

Os objectivos que pretendi atingir foram: a) caracterizar os fantasmas masculinos e femininos mais frequentes vividos nos espaços de congregação nocturna (fantasmas secretos) e no contexto privado (fantasmas secretos e fantasmas partilhados); b) Analisar psico-socio-culturalmente as diferenças das temáticas fantasmáticas de homens e mulheres com diversos estados civis e de grupos etários.

Esta investigação sobre os fantasmas eróticos é semelhante aos estudos realizados por Person 1996 [1995] *et al* e Hsu *et al* (1994), mas num contexto diferente (contexto universitário). Estes investigadores utilizaram inquéritos (quantitativos), a minha análise é baseada nas entrevistas exploratórias (qualitativas).

Os trabalhos que Claude Crépault e a sua equipa<sup>5</sup> levaram a cabo, em finais da década de setenta e nos anos oitenta, com o fim de analisar o conteúdo dos fantasmas masculinos e femininos, estão mais desenvolvidos que a presente investigação.

Este estudo tem como fundamentação a teoria das funções dos fantasmas (Crépault, 1981, 1987), as teorias da aprendizagem social (Person *et al* 1989); Olivier e Hyde, 1993) e a teoria do desenvolvimento do sistema de transformação sócio-histórico-cultural. (Brak-Lamy, 2006)

O conceito de fantasma erótico é preconizado por Crépault (1997: 271) *«le fantasme érotique est produit de l'imaginaire et peut se présenter sous la forme d'une image mentale, d'une série d'images ou d'un scénario structuré, tout comme il peut se réduire à une impression intrasubjective.»*

Relativamente à teoria dos fantasmas eróticos faremos referência à função hedonista e à função compensatória<sup>6</sup>. A teoria da aprendizagem social enfatiza a transmissão/construção sócio-cultural da identidade feminina ou feminilidade (como deve ser uma mulher) e a identidade masculina ou masculinidade (como deve ser um homem). A teoria da aprendizagem social está ancorada na matriz judaico-cristã.

No que diz respeito ao desenvolvimento do sistema de transformação sócio-histórico-cultural, faremos referência à expansão das diversas indústrias de consumo erótico, a progressiva expansão dos meios de comuni-

cação de massa (*media*), a importância dos movimentos neo-feministas, a divulgação da contracepção oral (pílula) e o progressivo enfraquecimento do controlo dos pais relativamente ao comportamento dos filhos.

## 2. FANTASMAS ERÓTICOS NO ESPAÇO PÚBLICO: FANTASMAS SECRETOS

Nos diferentes espaços de congregação nocturna estudados, alguns sujeitos (de ambos os sexos) revelaram-me os seus fantasmas secretos. As pessoas que imaginaram estes fantasmas não os revelaram a ninguém (só à antropóloga), pois esses fantasmas (intraprésíquicos) fazem parte da área secreta da sua vida. Este cenário é análogo ao da masturbação solitária em que a pessoa pode estar a imaginar fazer amor com uma outra, mas está a fazer amor com o seu próprio corpo. O sujeito fecha a porta do quarto ou da casa de banho e faz o que lhe apetece, mas não está lá ninguém, nem pais, nem mulher (ou marido), nem namorada(o) nem familiares, nem amigos, ninguém, nem sequer há uma câmara oculta a filmar. Portanto, o sujeito não se encontra sob o olhar do outro, podendo realizar fantasmas que representam um compromisso entre a actividade inibida e a projecção da iniciativa sobre o outro, enquanto executor, real ou simbólico, dos desejos “indizíveis” ou “irrealizáveis”.

### 2.1. FANTASMAS ERÓTICOS SECRETOS MASCULINOS

Alguns fantasmas eróticos masculinos (sobretudo dos jovens celibatários, idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e dos divorciados, entre os 30 e os 45 anos), são impregnados de dominação e de agressividade fálica<sup>7</sup> (afirmar-se com virilidade). Vou relatar um desses casos:

*«Um dos sujeitos, com quarenta e dois anos, referiu que quando estava sentado ao balcão (no “Mirror”), a beber o seu whisky viu uma jovem com cerca de vinte e cinco anos que passou muito perto do sítio onde ele se encontrava. Ele descreveu pormenorizadamente a sua indumentária e maquilhagem: «ela envergava uma mini-saia de cabedal preta, um top branco, meias de rede pretas, sapatos de salto alto de verniz, argolas de prata, fio de cabedal preto com cruz de prata pendente. Os lábios estavam pintados de vermelho e os olhos azuis apresentavam um risco de lápis preto na zona das pálpebras. Estas eram ainda decoradas com sombra lilás. O cabelo da rapariga era comprido, loiro*

dourado e apresentava pequenas tranças. O homem ficou fascinado com aquela fisionomia feminina: «A minha vontade era começar a conversar com ela e depois agarrá-la, mas não tive coragem. Então comecei a fantasiar que ela tinha ido ter comigo. Ela encetou conversa comigo, depois eu comecei a acariciar-lhe o cabelo, passando a mão direita pela cabeça, seguidamente, os ombros, depois os braços e, por fim, as pernas. Depois ela puxou-me violentamente contra o seu peito e arrastou-me para a casa de banho dos homens. Entrámos no exíguo compartimento que apenas tinha uma retrete e aí ela encosta-me contra uma parede e começa a fazer-me sexo oral. Foi simplesmente maravilhoso», concluiu. (Extracto do Diário de Campo, p.31)

Foram diversos os homens que nos relataram a fantasia lésbica. Vou referir um desses episódios:

«Um rapaz de vinte e três disse-nos: «Numa noite quente de Setembro, resolvi sair sozinho. O dia tinha-me corrido mal, pois a nota do exame do curso de engenharia tinha sido muito baixa. Estudei tanto e só tive 9 valores. Nessa noite, sai de casa às vinte e três horas e dirigi-me para o meu espaço de congregação nocturna favorito, que passa música cubana. Escolhi uma mesa situada no piso superior. Uma empregada que usava calças de ganga claras elásticas, top branco e ténis também brancos perguntou-me o que desejava beber. Fiquei a olhar fixamente para o coração preto que ela tinha tatuado na zona abdominal e depois pedi uma cuba-libre. Quando ela me entregou a bebida eu voltei

a olhar fixamente para a tatuagem. A rapariga foi-se embora e eu comecei a fantasiar que a encontrava num complexo turístico das Bahamas e que ela foi ter comigo quando ambos estávamos na piscina. Ela começou a olhar para mim e, depois, dá umas braçadas na minha direcção. Quando chega ao pé de mim roça devagarinho a zona abdominal tatuada contra as minhas costas. Eu virei-me e ela abraçou-me. Depois eu comecei a beijá-la: primeiro na boca, depois nas orelhas, seguindo-se o pescoço. Seguidamente puxei-a para fora da piscina e levei-a para o relvado onde estava a sua toalha. Deitei-a nela e comecei a lambar a tatuagem e toda a zona envolvente. Subitamente, aproxima-se de nós outra rapariga morena, muito alta. Eu puxei-a para junto de nós e incitei as duas a fazer amor uma com a outra. Elas aceitaram. Fiquei a olhar para elas enquanto faziam amor. Era maravilhoso ver duas mulheres a amarem-se de forma frenética! Passados uns minutos, aproximei-me delas, meti-me entre as duas e comecei a fazer amor com elas.» (Extracto do Diário de Campo, págs. 29-30)

Sobre a fantasia lésbica<sup>8</sup> corroboramos a opinião de Person ([1995]1996: 157) ao referir que a importância da fantasia lésbica imaginada pelos sujeitos heterossexuais reside no poder que os homens sentem ao controlarem duas mulheres, sem terem que as repartir com outros homens.

Nos dois casos descritos, o fantasma é uma extensão da realidade.

---

(5) Crépault, Claude, L'imaginaire érotique et ses secrets; Sillery Québec, PUQ, 1981.

(6) «Le fantasme érotique remplit plusieurs fonctions. La fonction plus évidente est la fonction de plaisir: le fantasme peut contribuer à l'éveil et à l'activation de l'excitation érotique, tout comme il peut faciliter le déclenchement de l'orgasme. À l'abri du regard social, il donne plus facilement accès à des plaisirs interdits. Dans sa fonction compensatoire, le fantasme permet de suppléer les insuffisances du réel: il corrige une réalité insatisfaisante, limitative ou inaccessible: il peut aussi pallier les effets de la «routinisation», de l'usure érotique conjugale.» (Crépault, 1997: 301).

(7) «(...) l'agressivité phallique réfère à l'ensemble des conduites (fantasmatiques ou réelles) visant à démontrer la puissance virile et à imposer une domination intersexuelle et intrasexuelle. Cette affirmation virile peut être fondée simplement à travers la symbolique pénienne: le pénis devient phallus, emblème de puissance (ou de impuissance lorsqu'il ne peut remplir sa fonction). La conduite agressive phallique peut être encore plus symbolique en se manifestant à travers la gestuelle, l'habillement, le choix de l'automobile, etc. La visée est la même: dominer par sa force virile (ou masquer une fragilité de son identité masculine ou de ses capacités physiologiques génitales.» (Idem: 59)

(8) Alguns homens mostraram-se abertos à fantasia lésbica, no entanto, não a evocam realmente, isto é, sentem-se excitados com a imagem de duas mulheres que têm relações sexuais, muitas das vezes quando estão a ver filmes pornográficos. Outros sujeitos conjuraram-na propositadamente como factor de excitação sexual.

## 2.2. FANTASMAS ERÓTICOS SECRETOS FEMININOS

Ao contrário dos fantasmas secretos masculinos, os fantasmas secretos femininos (sobretudo os das mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos), no espaço privado não se reportam a cenários de agressividade fálica ou de *ménage a trois*, mas cenários de cariz romântico. Eis um exemplo de cenário romântico, em que o fantasma funciona como extensão a partir do real:

*«Era um sábado do mês de Agosto. Cheguei ao espaço por volta da meia-noite acompanhada de mais duas amigas da mesma idade. Depois de entrarmos dirigimo-nos ao balcão e bebemos margueritas ao som de música espanhola. Digo espanhola porque essa era uma das noites em que se realizou o espectáculo de sevilhanas que começou à meia-noite em ponto. Comecei a olhar para um dos dançarinos: o mais alto e elegante. O espectáculo terminou à uma da manhã. A essa hora as minhas amigas foram dançar ao som das músicas latino-americanas. Eu não quis ir, permaneci a beber. Não parei de pensar naquele dançarino e comecei a fantasiar que ele tinha ido ter comigo. Ao chegar ao pé de mim, ele sorriu e depois pegou-me na mão direita, beijou-a suavemente e ofereceu-me uma resplandecente rosa vermelha. (Extracto do Diário de Campo, 49)*

Na generalidade, as diferenças de género relativamente aos fantasmas eróticos no espaço público, sugerem que grande parte das mulheres (sobretudo aquelas com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos), demonstraram uma forte preferência por fantasmas que reflectem uma intimidade emocional ou uma vulnerabilidade emocional<sup>9</sup> (“gostar de conversar antes e depois de falar de amor”, “ser protegida por alguém

que se tornará seu parceiro”). Outros fantasmas femininos expressam um desejo de viver com o parceiro ou casar-se com ele e ter filhos.

Por seu turno, os fantasmas masculinos, indicam a permanência de características de dominação e agressividade (“forçar o outro a fazer amor com ele”, “incitar duas mulheres a fazerem amor para ele ver”, “fazer amor com uma mulher mais nova, desflorar uma rapariga”). Isto está relacionado com os padrões culturais de masculinidade e feminilidade<sup>10</sup>.

As diferenças entre fantasmas masculinos e femininos existem porque relativamente às mulheres (sobretudo as mulheres solteiras e as casadas entre os 25 e os 45 anos), o condicionamento cultural inculcado pelo modelo de pensamento judaico-cristão, através dos pais e da família, transmite a ideia de feminilidade (como se deve ser mulher) «as mulheres não devem dissociar amor e sexualidade», ou ainda «os sentimentos amorosos servem para legitimar a atracção física e o prazer sexual». As mulheres são socialmente punidas (através de olhares intimidatórios e de reprovações verbais) por iniciar as relações sexuais aos 13 ou 14 anos, por terem múltiplos parceiros sexuais em simultâneo, ou ainda por terem parceiros sexuais ocasionais (apenas por algumas noites, ou por uma noite - *one night stand*). As mulheres devem apaixonar-se por um homem com quem terão filhos.

Relativamente aos homens, a masculinidade (como se deve ser um homem) é transmitida desde tenra idade pelos pais. A masculinidade é sinónimo de ser sexualmente activo a partir da adolescência, ter uma boa performance sexual e diversas parceiras sexuais. Isto reforça a virilidade e confere prestígio a um homem. Este ponto de vista preconiza o duplo padrão ancorado na teoria da aprendizagem social.

(9) Person et al. (1989), já tinham encontrado esta característica em mulheres universitárias. Não nos podemos esquecer, que no caso do estudo destes autores, trata-se de mulheres norte-americanas, pertencentes à classe média-alta. Estamos perante um contexto sócio-económico-cultural bastante diferente do português.

(10) No estudo por mim desenvolvido (Brak-Lamy, 2006), verifiquei que existe uma forte associação da masculinidade com o poder relacionado com o controlo da sexualidade feminina e com a rivalidade entre homens. Por seu turno, a feminilidade está ligada à percepção da sexualidade como um canal de afectos e em alguns casos, à importância da sexualidade associada à maternidade. Isto não quer dizer que não tenha encontrado no meu estudo mulheres extremamente competitivas entre si. Algumas mulheres também apresentavam características de rivalidade (no contexto da sedução) para com o sexo oposto.

(11) Para uma informação mais detalhada sobre as características e as funções das fantasias sexuais, cf. Crépault, *L'Imaginaire érotique et ses secrets*, 1981 e Pasini e Crépault, *L'Imaginaire en sexologie clinique*, 1987.



### 3. FANTASMAS ERÓTICOS NO ESPAÇO PRIVADO: FANTASMAS ERÓTICOS SECRETOS E FANTASMAS ERÓTICOS PARTILHADOS

Os fantasmas eróticos no espaço privado são aqueles imaginados fora dos espaços de congregação nocturna, geralmente são experienciados na sua própria casa ou no domicílio do parceiro sexual.

#### 3.1. FANTASMAS ERÓTICOS SECRETOS MASCULINOS

Muitos dos homens casados (principalmente os situados na faixa etária entre os quarenta e os sessenta e cinco anos), disseram-nos que conseguem incrementar o desejo sexual pela sua esposa quando fantasiam ter relações sexuais com outra mulher que eles viram nos espaços de congregação nocturna, ou alguém com quem tiveram um relacionamento erótico-amoroso clandestino. O relato que se segue ilustra bem esta ideia:

*«As relações sexuais com a minha mulher só são satisfatórias se eu conseguir fantasiar algo que já vivi com outra mulher ou que gostaria de ter vivido (...). Geralmente estas fantasias têm lugar antes e durante o acto sexual. Para mim elas servem de estímulo, funcionam como um lubrificante (...). Nunca disse à minha mulher que tenho fantasias sexuais com outras mulheres. Se lhe dissesse isso durante o acto sexual seria o fim, estragava tudo. Para quê estragar o que nos proporciona prazer?» (L., 57 anos, casado)*

Os fantasmas facultam pois um «cenário para o desejo» (Laplanche e Pontalis, 1968, 1973 [1969] [1990] e 1990 [1967]), funcionando, neste caso, como incremento do imaginário erótico. Este pode ser definido como a faculdade que o ser humano tem de se erotizar a partir de representações mentais conscientes ou inconscientes (Crépault, 1997: 298). Salientamos duas funções<sup>11</sup> dos fantasmas a) a função compensadora que se encontra por diversas vezes presente na vida de casal, quando o fantasma compensa uma “realidade” pouco excitante (ou seja, se a sexualidade conjugal se torna rotineira, algumas imagens podem conferir a ilusão da novidade e reavivar a excitação). b) função adaptativa: neste caso o fantasma erótico supre as carências da realidade, permitindo satisfazer, de uma forma ilusória, desejos eróticos irrealizáveis, corrigir uma realidade que não agrada. (idem: 301)

*Grosso modo*, podemos afirmar que grande parte das fantasias são uma compensação para uma realidade

que não satisfaz ou que falta. Em “A criação literária e o sonho acordado” ([1907] 1989), Freud escreveu:

*«As forças motivadoras das fantasias são desejos insatisfeitos e todas as fantasias são realização de um desejo, uma correcção da realidade não satisfatória» ([1907] 1989: 149).*

Muitos sujeitos casados (sobretudo aqueles situados na faixa etária entre os quarenta e cinco e os sessenta e cinco anos) dizem manter uma área da vida privada da qual não faz parte a sua esposa. Para eles, o que se imagina e não se pratica não põe em risco o matrimónio, uma vez que não é exteriorizado:

*«Gosto imenso de ter fantasias sexuais com outras mulheres (...) Não digo nada à minha mulher, ela não tem nada que saber (...). Tudo o que se fantasia e não se pratica não tem a mínima importância. Não é isso que me faz divorciar da minha mulher. Aliás, digo-lhe uma coisa: se não tivesse fantasias sexuais com outras mulheres, muito provavelmente já estava divorciado (...). Sem as fantasias sexuais a vida fica tão sem graça e os casamentos tornam-se tão cinzentos (...)» (P., 54 anos, casado)*

O que este discurso deixa transparecer é que não existem relações satisfatórias, há sempre uma margem de frustração. E o que tende a acontecer é que diversos homens guardam na memória, como um fantasma erótico, uma recordação de prazer referente a um contacto sexual passado que aconteceu no seguimento de um encontro num dos espaços de congregação nocturna de Lisboa. Nestes casos, o momento erótico encontra-se isolado de qualquer relação de compromisso:

*«Recordo-me de uma mulher casada dos seus trinta e cinco anos que foi para a cama comigo. Eu na altura também era casado e tinha trinta e oito anos. Foi uma noite maravilhosa. Ela proporcionou-me momentos de prazer intensíssimos (...). Fez sexo oral, sexo anal, sessenta e nove, enfim parecia uma acrobata. Não sei ao certo a idade dela porque não lhe cheguei a perguntar, mas sei o seu nome: chamava-se Joana. Foi a melhor mulher que eu tive na cama. Lembro-me de tudo: dos suspiros, dos gemidos, dos gritos, do rosto, das suas curvas e que curvas! Das suas mamas em forma de melão, do seu belo rabo. Lembro-me que o candeeiro era dourado e tinha a forma de uma flor e que a cama era de ferro pintada de dourado. (...). Já passaram sete*

anos e nunca mais me esqueci deste momento. Digo momento porque foi só uma noite (...). Encontrei-a num bar, ela estava com duas amigas e eu também tinha lá ido, acompanhado de um amigo meu. Dançámos meia hora, conversámos um bocadinho e, depois, fomos para uma pensão (...). Não trocámos palavras meigas ou românticas, foi sexo puro e duro. Nunca mais nos tornámos a ver, mas esse também não era o nosso objectivo.» (A., 45 anos, divorciado)

Há homens casados (idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos) que disseram que aquando das relações sexuais com as suas esposas, eles imaginam as aventuras sexuais com outras mulheres e estas recordações estimulam-nos a dizer palavras às suas esposas durante o acto sexual. Deste modo, as suas mulheres são comparadas às prostitutas, sendo objectos sexuais rebaixados<sup>12</sup>.

Os homens solteiros e os divorciados (sobretudo aqueles com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos) têm os seguintes fantasmas eróticos: ter os órgãos genitais oralmente estimulados, praticar sexo anal, praticar «o sessenta e nove»; ser masturbados, acariciar o peito feminino; ver outras pessoas a fazerem sexo; ter relações sexuais com uma mulher desconhecida; fazer sexo com duas ou mais mulheres (orgias); seduzir uma mulher e ser seduzido por uma mulher. Podemos concluir que o imaginário erótico dos homens baseia-se numa sexualidade extremamente genitalizada, reforçando a virilidade.

### 3.2. FANTASMAS ERÓTICOS MASCULINOS PARTILHADOS

No entanto, alguns homens casados dizem ter partilhado (realizado, no sentido de agir sexualmente) fantasmas eróticos com as suas esposas. Os fantasmas

eróticos partilhados prestam-se à representação na zona de jogos privada, partilhada pelos amantes. Existem cenários ou pequenas peças em que os parceiros desempenham papéis complementares, um fingindo ser uma prostituta e o outro, um cliente, ou um desempenhando o papel de sádico e o outro de masoquista, e em que o fantasiador pode rodar os papéis alternando os papéis sádicos com os masoquistas numa relação<sup>13</sup> (Person, [1995] 1996: 152). Estes fantasmas conjuntos podem ter início quando um dos parceiros afirma: «Gostaria de saber como é ser amarrado» e o outro começa por segurá-lo e depois acaba por amarrá-lo. Foi o que aconteceu a H (47 anos, homem de negócios, casado):

«às vezes, quando estou com a minha amante, peço para ela me amarrar à cama (pés e mãos) e me vendar os olhos. Depois peço para ela ir para cima de mim, me bater em diversas partes do corpo. Não gosto de chicotes. Prefiro que ela me bata com as suas próprias mãos.»

A aparente “anomalia” do fantasma não significa necessariamente que o fantasiador se sinta mal com ela. Este homem pode sentir-se completamente em paz com as suas fantasias masoquistas, encarando-as como um repouso bem-vindo da experiência diária de ser obrigado a mandar.

De realçar que os sujeitos jovens (entre os 18 e os 30 anos) sobretudo os solteiros e os que vivem em união de facto, mencionaram fantasmas eróticos partilhados que se reportam à genitalidade do erotismo: praticar sexo anal; ser oralmente estimulado por uma mulher; ser masturbado por uma mulher e observar a mulher a masturbar-se. Estes fantasmas têm uma função de prazer ou hedonista: «*le fantasme peut contribuer à l'éveil*

(12) «(...) Presque toujours l'homme se sent limité dans son activité sexuelle par le respect pour la femme et ne développe sa pleine puissance que lorsqu'il est en présence d'un objet sexuel rabaisé (...)» (Freud, [1912] 1969: 61)

(13) As fantasias e as práticas sado-masoquistas são jogos de poder que podem envolver dominação verbal e física (Person, [1995] 1996).

(14) Por vezes, o problema reside na diferença de desejo. A mulher pode ter menos desejo que o seu parceiro sexual e usa as fantasias para incrementar o seu desejo sexual. Wendy Maltz e Suzie Boss (1997) afirmam que: «*Some women use fantasy to help them even out a difference in desire within their relationship. When one partner wants to have sex more frequently than the other, fantasy can help boost the sexual appetite of the less interested partner.*» (1997: 86)

(15) «*Many women increase desire by imagining they are having sex in a more romantic place than where they usually make love. Women frequently describe secluded island beaches, remote cottages, or sumptuous hotel rooms (...)*» (idem: 87)

*et à l'activation de l'excitation érotique, tout comme il peut faciliter le déclenchement de l'orgasme.»* (Cré-pault, 1997: 301)

De sublinhar que quase todos os homens entrevistados (independentemente da idade e do estado civil) falam mais abertamente dos seus fantasmas sexuais que as mulheres. Neste aspecto, a generalidade dos homens entrevistados fala e partilha mais com os amigos os seus fantasmas (fantasma partilhado homofílico) do que as mulheres. São ainda os homens que partilham - mais do que as mulheres -, os seus fantasmas com as suas parceiras sexuais (fantasma erótico partilhado heterofílico).

### 3.3. FANTASMAS ERÓTICOS FEMININOS PARTILHADOS

Existem mulheres (sobretudo as jovens solteiras com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos) que gostam de exercer o poder sobre os seus parceiros sexuais e dizem-lhes: «agora vou amarrar-te. Ficarás imóvel.» Nestes fantasmas as mulheres exercem controlo sobre as reacções e as emoções masculinas, invertendo os papéis.

O inverso, isto é, o cenário masoquista de estar amarrada de pés e mãos e com os olhos vendados foi-nos referenciado com algumas mulheres. No dizer de uma entrevistada:

*«Andei com uma fantasia que era a de ser amarrada (não propriamente com algemas) e sentir que não me podia mexer, o que para mim me custa imenso, porque sou uma pessoa que gosta de tocar e de agarrar. Estar amarrada de pés e mãos e não me conseguir soltar, ser explorada ao pormenor e sentir todo o meu corpo. O meu marido disse que também tinha essa fantasia e ele, depois, levou o mesmo tratamento (...). Outra fantasia que eu já experimentei com o meu marido foi ele simular que me estava a violar. Parece um bocado macabro mas eu gostei e repeti várias vezes.»* (M., 34 anos, casada)

Algumas mulheres (especialmente as solteiras e as que vivem em união de facto, com idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos), partilham os fantasmas (fantasma verbalizado e agido no real) com os seus parceiros sexuais, por vezes para manter o interesse deles<sup>14</sup> e/ou para ressuscitar uma relação amorosa que estava a dissipar-se. Aqui o fantasma exerce uma função compensatória:

*«Já namorávamos há sete anos. As relações sexuais começaram a entrar numa rotina (...). Achei que o meu namorado estava a ficar farto de mim e perguntei-lhe o que se passava. Ele respondeu-me que devíamos variar mais ao nível sexual. Então, quando estava a ter relações sexuais com ele comecei a imaginar cenários paradisíacos<sup>15</sup> e posições sexuais nas rochas de uma praia ou mesmo num outro planeta. Houve uma fantasia que ele gostou: fazermos o sessenta e nove quando saímos da nave e aterrámos em Marte. Nesse momento, fomos observados por uma enorme quantidade de marcianos que nos olhavam com curiosidade (...). A partir dessa altura nunca mais parámos de revelar as nossas fantasias sexuais. (...). Agora ele está mais calmo, irrita-se menos comigo. A nossa relação está muito mais estável.»* (F., 29 anos, vive em união de facto)

Veio a saber-se que a *História d' O* se baseou numa fantasia que uma mulher passou a escrito com o objetivo expresso de convidar um homem a partilhá-la. Foi esta a sua estratégia para manter vivo o interesse do amante. Tal como «O» (cujo nome se sabe ser Dominique Aury) explicou ao escritor John De St. Jorre: *«O que podia eu fazer? Não sabia pintar nem escrever poesia. O que podia eu fazer para o prender?»* (Dominique Aubry, *apud*, John Jorre, 1970: 43)

A chave para a resolução deste dilema tem um toque de Xerazade:

*«Porque ela sabia que ele [o amante Paulhan] era admirador do Marquês de Sade e escrevera uma introdução erudita às suas obras, começou a trabalhar sobre as suas próprias fantasias sexuais que, segundo disse, tinham começado durante a sua solitária adolescência. A conjugação dos gostos de Paulhan e das suas fantasias deu-lhe a ideia de escrever qualquer coisa.»* (idem: 45)

A crítica literária Jacqueline Rose (1993) oferece um argumento persuasivo quanto à razão pela qual as fantasias sadomasoquistas não devem ser menosprezadas:

*«Nunca fez parte da argumentação feminista a ideia de que, pelo facto de uma imagem de feminilidade ser identificada com uma fantasia masculina, ela seja menos intensamente vivida pelas mulheres. Inversamente, o facto de uma mulher descobrir algo como componente da sua própria auto-imagem não significa que isso não*

possa igualmente ser objecto, ou mesmo produto, da mais louca projecção masculina, repulsa ou desejo: Quem possui o quê? Quem dá o quê a quem? Porque a fantasia brinca com a organização dos géneros, a fantasia masoquista pode domar, inverter ou montar a realidade percebida.» (Rose, 1993: 128-29)

São diversas as mulheres (sobretudo as jovens solteiras com idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos), que partilham com os seus parceiros o fantasma exibicionista. Como me relatou uma entrevistada:

«Por vezes digo ao meu parceiro namorado para me imaginar com uma mini saia preta, uma blusa decorada e sapatos de salto alto» (M., 21 anos, solteira).

Os fantasmas exibicionistas partilhados são característicos das mulheres, respondendo à necessidade de se sentirem admiradas e de serem valorizadas. A feminilidade está presente: as raparigas aprendem desde tenra idade a realçar a sua fisionomia através do vestuário, dos ornamentos corporais e da maquilhagem. Através destas formas de sedução elas tentam obter o que pretendem dos homens. Por vezes, este ascendente confere-lhes um poder que as estimula sexualmente. Nos fantasmas exibicionistas de *strip-tease* ou de sedução do sexo masculino através da ostentação de mini saias e da maquilhagem acentuada, as mulheres aparecem como “a mulher fatal”, o contrário da mulher casta, esposa e mãe.

As mulheres (sobretudo as jovens solteiras) partilham ainda outros fantasmas<sup>16</sup> com os seus parceiros: fazer amor em frente ao espelho; ser sensualmente acariciada em diversas partes do corpo; ser abraçada;

abraçar o parceiro; praticar sexo oral (*fellatio*) e ser oralmente estimulada pelo parceiro (*cunnilingus*); acariciar o peito do seu companheiro e ser acariciada no peito pelo parceiro. Estes fantasmas têm uma função hedonista.

### 3.4. FANTASMAS ERÓTICOS SECRETOS FEMININOS

O discurso veiculado por diversas mulheres (sobretudo as casadas pertencentes à faixa etária entre os 40 anos e os 65 anos) transmite a ideia de que a maior parte delas prefere viver as impressões intrapsíquicas sob a forma de imagens que guardam para si, por receio ou vergonha de as partilharem com os seus parceiros sexuais:<sup>17</sup>

«Nunca falo das minhas fantasias sexuais com o meu marido porque tenho medo que ele pense que eu sou uma depravada (...). Às vezes, também tenho vergonha de dizer certas coisas, sei lá, sou um bocado acanhada e não digo, mesmo que me apeteça. (I., 42 anos, casada)

A maior parte das mulheres casadas (idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos) imaginam fantasmas secretos no espaço privado que não englobam os seus maridos, mas sobretudo homens desconhecidos: Estes fantasmas são: fazer amor com um homem mais novo; masturbar um homem; ser sensualmente tocada no corpo por um homem; ser seduzida por um homem, seduzir um ou vários homens, especialmente através do *strip-tease*. Este último fantasma remete-nos para o controlo da mulher sobre o homem. Neste fantasma exibicionista a mulher dirige as operações e decide o

(16) Por vezes, as mulheres comunicam (verbalizam os seus fantasmas aos seus parceiros sexuais (fantasma imaginado partilhado).

Outras vezes, as mulheres experienciam os fantasmas com os seus parceiros sexuais (fantasmas realizados).

(17) Wendy Maltz e Suzie Boss na obra *In the garden of desire. Understanding the intimate world of women's sexual fantasies* (1997), apontam algumas explicações relativamente ao facto de certas mulheres não quererem partilhar as suas fantasias sexuais. «The reasons so many women keep quiet about their fantasy lives vary widely, but often reflect personal privacy issues or fear of a partner's reaction. (...) it's common for women to feel embarrassed about them, protective of them, or shy about revealing them (...). When women keep their fantasies private, they don't have to worry about their fantasies becoming contaminated by a partner's potentially negative judgment or misguided interpretation. Without distraction, a fantasy can continue to serve as a highly personal creative outlook. Not discussing a fantasy may help preserve erotic charge and potential. » (1997: 215-218)

(18) Quelques jeunes vivent en union libre acceptent et pratiquent le mariage ouvert (*open marriage*) et le *swinging*.

(19) Podemos interpretar esta inversão como uma expressão de uma das versões da feminilidade: a «anti-madona». A outra é a «madona».

(20) A identidade feminina tradicional corresponde à «madona»anti-madona.

desenrolar e o fim do espectáculo. Como nos diz Pittet (2005 : 35): «*Par l'exhibition de son corps, elle tient ces hommes à sa merci et cela ne manque pas de lui procurer une*<sup>18</sup> *grande satisfaction.*» Isto tende a inverter<sup>19</sup> os modelos da identidade de género, pois neste contexto a mulher tem um papel de dominação. Como já sublinhámos, estas mulheres não estão em conformidade com o modelo tradicional<sup>20</sup> de feminilidade: não seduzir, ser seduzida para casar e ter filhos.

Mas a inversão da identidade feminina tradicional é feita sobretudo pelas mulheres solteiras, as mulheres que vivem em união de facto e as divorciadas (idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos). Esta inversão encontra-se marcadamente presente nos fantasmas secretos imaginados por estas mulheres em contexto privado, nomeadamente: seduzir e ser seduzida por vários homens sobretudo através do *striptease* ou da *lingerie*, praticar sexo oral (*fellatio*), praticar o «sessenta e nove»; fazer amor com vários homens (orgias); fazer amor com um desconhecido; masturbar-se para o parceiro observar; observar o parceiro a masturbar-se.

Esta inversão da identidade feminina tradicional evidenciada nos fantasmas secretos – das jovens solteiras, das mulheres que vivem em união de facto e das mulheres divorciadas -, experienciados fora dos espaços de congregação nocturna, pode ser explicada pelas diversas transformações sócio-culturais que tiveram visibilidade em Portugal, especialmente no final da década de setenta e nos anos oitenta, após a revolução de Abril de 1974, revolução essa que assinalou o fim de um regime ditatorial. Estas transformações estão associadas a uma certa liberalização tanto ao nível das normas tradicionais, como ao nível dos comportamentos sexuais das mulheres.

Os factores que facilitaram estas transformações de liberalização dos comportamentos sexuais de certas mulheres foram:

- a) a divulgação da contracepção oral (pílula) que possibilitou separar a sexualidade da reprodução;
- b) os movimentos neo-feministas que defenderam a igualdade de oportunidades para as mulheres, sobretudo no contexto do trabalho e da educação. Relativamente à esfera sexual, os movimentos neo-feministas reivindicam o direito da mulher ao prazer sexual e proclamam a autonomia feminina;
- c) A expansão dos meios de comunicação de massa que em muitos casos veiculam a erotização da vida

quotidiana, especialmente através da publicidade, a televisão, a rádio, a imprensa e o cinema;

- d) O desenvolvimento do consumo das indústrias de cariz erótico: indústria de corporeidade (prática de exercícios físicos, venda de diversos produtos de maquilhagem, venda de produtos dietéticos, cirurgias plásticas, lipoaspirações, entre outras);
- e) Difusão da indústria do vestuário ligada à moda (mini saias, blusas e vestidos decotados, *t-shirts* muito curtas, entre outros);
- f) A proliferação de *sex-shops*, de revistas e de filmes de cariz erótico e pornográfico (nos clubes de vídeo/dvds), dos bares, *pubs* e discotecas;
- g) O progressivo enfraquecimento do controlo dos pais relativamente ao comportamento sexual dos filhos. De assinalar: com quem saem e para onde vão; quais são os seus parceiros sexuais e quais são as suas práticas sexuais.

O que se observa actualmente é uma transferência do imperativo de fidelidade dos pais para o grupo de pares. Este último dita as condutas, as normas e as regras, incitando certos comportamentos. Por exemplo, na adolescência, os sujeitos sentem-se muitas vezes pressionados pelo grupo de pares para terem encontros de cariz sexual (Adelson, 1980). No entanto, estas pressões do grupo de pares não são características apenas dos adolescentes.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois do que foi exposto, podemos concluir que os dados nos permitem levantar a hipótese de que existem algumas diferenças e semelhanças de género muito importantes, cuja existência, causas, abrangência e significado merecem ser estudados em profundidade. As diferenças de género mais significativas encontram-se sobretudo no espaço público. Aqui, os fantasmas masculinos secretos (sobretudo os imaginados pelas jovens solteiras com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e as divorciadas entre os 30 e os 45 anos), estão em conformidade com o modelo tradicional de masculinidade e sugerem a dominação e a agressividade fálica: forçar o outro a ter relações sexuais com ele; incitar duas mulheres a fazer amor para que ele as possa observar (fantasma lésbico); fazer amor com duas mulheres; seduzir e fazer amor com uma mulher mais jovem do que ele e desflorar uma mulher. Os fantasmas secretos que as mulheres imaginam quando se encontram no espaço público também

estão em conformidade com o modelo tradicional de feminilidade. As mulheres (sobretudo as solteiras com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e as divorciadas entre os 30 e os 45 anos), dizem imaginar fantasmas que reflectem uma intimidade emocional: gostar de conversar antes e depois de fazer amor, tocar/beijar docemente, ser tocada/beijada docemente, gostar de receber flores e andar de mão dada com o parceiro. Outros fantasmas femininos sugerem a ideia de conjugalidade e de reprodução: viver com o parceiro ou casar-se com ele e ter filhos dele. As mulheres referem ainda fantasmas que reflectem uma certa vulnerabilidade emocional: ser protegida por alguém que é seu parceiro erótico-amoroso.

No contexto privado, no que diz respeito aos fantasmas masculinos e femininos secretos (que são sobretudo fantasmas imaginados), as diferenças são fundamentalmente ao nível dos sujeitos casados (idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos). Relativamente aos homens casados, os fantasmas secretos servem para compensar uma relação conjugal rotineira e pouco estimulante. Quando eles fazem amor com as suas esposas, eles imaginam que estão a fazer amor com as mulheres que conheceram nos espaços de congregação nocturna (relações clandestinas, ocasionais). Alguns sujeitos estão de tal forma estimulados que no momento de alusão aos fantasmas, eles dizem palavras às suas esposas. No entanto, estes homens não dizem às suas esposas quais são os seus fantasmas secretos.

*A contrario*, as mulheres casadas (40-65 anos) gostam de imaginar fantasmas secretos, quando elas estão sozinhas. Estes fantasmas não se reportam aos seus maridos, mas a homens desconhecidos, imaginados por elas. Ao contrário da maior parte dos homens, estas mulheres disseram-nos quais eram os seus fantasmas secretos. Estes fantasmas são: fazer amor com um homem mais jovem; masturbar um homem; ser masturbada por um homem; acariciar o corpo masculino; ser seduzida por um homem e seduzir um ou vários homens, sobretudo através do *striptease* (fantasma exibicionista, que evidencia uma estratégia feminina de poder).

No que diz respeito aos fantasmas secretos imaginados pelas mulheres e pelos homens solteiros, os que vivem em união de facto e os divorciados (idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos), verificamos que os seus fantasmas são semelhantes aos fantasmas femininos. Excepção feita ao fantasma masculino *voyeurista* (ver outras pessoas a fazerem amor, sobre-

tudo duas mulheres), ao fantasma masculino que se reporta ao fazer sexo anal e ao fantasma feminino exibicionista (seduzir um ou vários homens através do *striptease*). Os homens imaginam fantasmas que enfatizam a sua masculinidade (actividade, dominação, desinibição): ter os órgãos genitais oralmente estimulados (sexo oral); fazer sexo anal; fazer o «sessenta e nove», ser masturbado; acariciar os seios de uma mulher; observar outras pessoas a fazer amor, principalmente duas mulheres, fazer sexo com uma mulher desconhecida; fazer sexo com duas ou mais mulheres e seduzir uma mulher e ser seduzido por uma mulher. *A contrario*, as jovens solteiras, as mulheres que vivem em união livre e as divorciadas, têm fantasmas (sobretudo imaginados, mas alguns também vividos) que invertem a identidade feminina tradicional (castidade, passividade, inibição), nomeadamente: seduzir e ser seduzida por diversos homens; seduzir sobretudo pela *lingerie* e pelo *striptease*; praticar sexo oral; fazer o «sessenta e nove»; fazer amor com diversos homens; masturbar-se para o parceiro observar e observar o parceiro a masturbar-se.

Colocamos uma questão: porque é que são sobretudo os fantasmas secretos imaginados pelas mulheres (jovens solteiras, as que vivem em união de facto e as divorciadas), que invertem a identidade feminina? Pensamos que a causa reside nas diversas transformações sócio-culturais já mencionadas. No entanto, é de sublinhar que estes fantasmas secretos femininos não são partilhados, devido à matriz judaico-cristã que modela os comportamentos dos sujeitos e funciona como uma auto-censura relativamente à partilha de fantasmas. Estas mulheres têm medo, vergonha e são tímidas. Mas podemos ressaltar a seguinte hipótese: existem duas versões de feminilidade, - a «madona» e a «anti-madona» - e estas mulheres só expressam a versão «anti-madona» em contexto privado e secreto. Esta tendência é menos evidente nas mulheres casadas, pois a conjugalidade reforça a versão «madona» e inibe a «anti-madona».

Os fantasmas secretos masculinos são extremamente genitalizados, reportando-se ao fazer sexo com diversas mulheres, reforçam a virilidade e conferem prestígio sobretudo no seu grupo de pares.

Os fantasmas masculinos e femininos partilhados em espaço privado revelam algumas diferenças de género: os fantasmas masculinos sado-masoquistas são experienciados sobretudo pelos homens casados (idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos) e têm uma função compensatória relativamente ao quotidiano

diurno (trabalho). As mulheres casadas e as que vivem em união de facto (mais jovens que os homens, idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos), vivem este tipo de fantasmas (sado-masoquistas), mas para elas os cenários sado-masoquistas têm sobretudo uma função hedonista.

Os fantasmas masculinos partilhados dos jovens (solteiros e os que vivem em união de facto), reportam-se sobretudo ao erotismo genitalizado e têm uma função hedonista. *A contrario*, os fantasmas partilhados das jovens solteiras (25-35 anos), têm uma função compensatória ligada à rotinização dos comportamentos erótico-amorosos, ou ligada a uma falta/diferença de desejo: As jovens solteiras (18-35 anos) partilham outros dois fantasmas, fantasmas esses que são característicos das mulheres: o fantasma exibicionista e o fantasma de permanecer numa ilha paradisíaca, um cenário exótico. Por último, ressaltamos o facto de que, ao contrário da maior parte das mulheres, quase todos os homens

(independentemente da idade e do estado civil), não mencionaram os fantasmas referentes ao tocar sensualmente (acariciar) o corpo de uma mulher, à excepção do acariciar os seios. Numa sociedade como a nossa, as trocas afectivo-corporais (e verbais) masculinas são desencorajadas sob pretexto de que não são símbolos de virilidade. Para as mulheres, é o contrário: elas são geralmente mais sensíveis às demonstrações de ternura na expressão do seu erotismo e, ao contrário da maioria dos homens, para muitas mulheres o acto sexual não é o objectivo principal de um relacionamento amoroso.

Acrescente-se ainda o facto de que diferenças significativas relativamente à vivência dos fantasmas eróticos pelo género masculino e feminino, poderem vir ser encontradas em populações diferentes, com níveis sócio-económicos e culturais mais elevados ou mais baixos do que a população alvo do presente estudo. **x**

## BIBLIOGRAFIA

- ADELSON; Joseph, 1980, *Handbook of Adolescent Psychology*, New York: John Wiley and Sons.
- BARDIN, Laurence, 1977, *Análise de conteúdo*, Lisboa: Edições 70.
- BRAK-LAMY, Maria de Guadalupe C. S., 2006, Da «magia da noite» à «magia/desencanto da cama: Para uma interpretação antropológica dos comportamentos erótico-amorosos heterossexuais em contexto urbano nocturno. Dissertação de Doutoramento, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- CRÉPAULT, Claude, 1997, *La sexanalyse*, Paris: Payot.
- CRÉPAULT, Claude, 1981, *L'imaginaire érotique et ses secrets*, Québec: Sillery Presses de l'Université du Québec.
- FREUD, Sigmund, [1907] 1989, «A criação literária e o sonho acordado», in Sigmund Freud, *Textos essenciais sobre literatura, arte e psicanálise* (selecção dos textos de Anna Freud), Vol. 2, Col. «Biblioteca Universitária», Mem Martins: Europa-América, pp.50-59.
- FREUD, Sigmund, [1912] 1969, « Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse », *La Vie Sexuelle*, Paris: Presses Universitaires de France, pp. 55-66.
- HSU, B., et al., 1994, «Gender Differences in Sexual Fantasy and Behavior in a College Population: A Ten-Year Replication», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20 (2): 103-118.
- LAPLANCHE, Jean, e Jean-Bertrand Pontalis, 1968, «Fantasies and the Origins of Sexuality», *International Journal of Psychoanalysis*, 49, pp. 1-18.
- LAPLANCHE, Jean, e Jean-Bertrand Pontalis, 1973 [1969], *The Language of Psychoanalysis*, Nova Iorque: W.W. Norton.
- LAPLANCHE, Jean, e Jean-Bertrand Pontalis, 1990 [1967], *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris: Presses Universitaires de France.
- LAVILLE, Christian e Jean Dionne, 1999, *A construção do saber. Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*, Porto Alegre: Editora UFMG/ Artmed.
- MALTZ, Wendy e Suzie Boss, 1997, *In the garden of desire. Understanding the intimate world of women's sexual fantasies*, Londres: Bantam Press.
- PASINI, W. e C. Crépault, 1987, *L'imaginaire en sexologie clinique*, Col. «Nodules», Paris: Presses Universitaires de France.
- PERSON, Ethel S. et al. 1989, Gender differences in Sexual Behavior and Fantasy in a College Population, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20, (4): 271-302.
- PERSON, Ethel S. 1996 [1995], *Pela Força da Fantasia - Como construímos as nossas vidas*, Rio de Janeiro, Nova Editorial Rocco.
- PITTET, Dominique Anne, 2005, Le rôle de l'imaginaire érotique dans la prise en charge de la baisse du désir féminin, Travail de mémoire pour obtenir le certificat de formation continue en sexologie clinique, Geneve, Fonds Universitaire Maurice Chalméau, Université de Geneve.
- VALA, Jorge, 1986, «A análise de conteúdo», in António Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Col. «Biblioteca das Ciências do Homem», Porto: Edições Afrontamento, pp. 101-128.
- ROSE, Jacqueline, 1993, *The Haunting of Sylvia Plath*, Cambridge: Harvard University Press.

# Comportamentos Sexuais e Influência dos diferentes Agentes de Socialização na Educação Sexual dos Jovens Universitários

**Marta Reis** [*Psicóloga, Mestre em Sexologia, Projecto Aventura Social/HBSC – Faculdade de Motricidade Humana*]

**Margarida Gaspar de Matos** [*Psicóloga, Projecto Aventura Social/HBSC – Professora Faculdade de Motricidade Humana*]

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) nomeadamente da infecção do VIH/SIDA (Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003), em associação a outros riscos ligados à actividade sexual, como a gravidez não desejada na geração mais jovem, nomeadamente entre os 15 e os 24 anos (FNUAP, 2005), fez com que a sexualidade passasse a ser considerada como uma questão de urgência social epidemiológica e como um factor que pode ter um impacto negativo relevante na saúde. Tendo como pressuposto o movimento mundial de promover um maior nível de saúde sexual na população e de se considerar os jovens como um grupo social vulnerável, com problemas, entre outros, relacionados com a sua sexualidade (FNUAP 2005; Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003), torna-se fundamental procurar compreender os comportamentos sexuais de risco dos jovens, uma vez que estes podem originar graves consequências ao nível pessoal e ao nível sócio-económico da sociedade, bem como a importância dos diferentes agentes de socialização na Educação Sexual dos Jovens.

## 2 - COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS JOVENS

Assim, diversos estudos realizados no âmbito dos comportamentos sexuais, têm seleccionado os jovens como população alvo de intervenção (Nodin, 2001) identificando factores a estudar como o início da actividade sexual ser cada vez mais cedo (Nodin, 2001), a existência de parceiros ocasionais, o uso inconsistente dos métodos contraceptivos e do preservativo (Beadnell et al, 2005) e a associação entre o consumo de

álcool e drogas e a prática de comportamentos sexuais de risco (Eaton et al, 2005).

É fundamental que os jovens percebam que a sua sexualidade pode ser vivida de forma saudável e feliz, precisando apenas de ter uma atitude positiva (Nodin, 2001), ou seja, utilizando contracepção correcta que os proteja de uma gravidez indesejada e preservativo que os proteja de uma IST. Para tal, é necessário actuar ao nível de acções de planeamento familiar, no sentido de promover continuamente a capacidade técnica e o uso contínuo dos métodos contraceptivos e do preservativo, e que essas acções desenvolvidas sejam continuamente avaliadas, quanto à sua eficácia, junto da população alvo (Espejo, Tsunehiro, Osis, Duarte, Bahamondese & Sousa, 2003).

## 3 - PAPEL DOS DIFERENTES AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO SEXUAL DOS JOVENS

A Educação Sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, nomeadamente no contágio de ISTs e numa gravidez indesejada. No entanto a realidade denota que a forma como tem vindo a ser abordada não é a mais correcta ou talvez a mais eficaz, pois os jovens continuam a manifestar atitudes e comportamentos sexuais pouco saudáveis (Nodin, 2001).

É preciso educar os jovens antes destes se depararem com tomadas de decisão acerca da sua sexualidade e comportamentos sexuais de risco, o que implica trabalhar na aquisição de conhecimentos mas, também, de atitudes e valores importantes na prevenção da saúde sexual (FNUAP, 2005). Não é possível separar a influência dos diferentes agentes de socialização no desenvolvimento dos jovens, na medida em que a



família, os amigos, a escola e a comunidade no geral (representada aqui pelos meios de comunicação social e a Internet) se complementam no processo educativo. Relativamente à importância e influência da família nos comportamentos sexuais dos jovens, diversos estudos têm procurado avaliar o seu impacto na adopção e manutenção de comportamentos protectores e/ou de risco para a saúde sexual dos jovens (DiClemente et al, 2001). Os resultados demonstram que a influência parental nos comportamentos sexuais dos filhos depende por um lado, das atitudes e valores que os modelos parentais afirmam/demonstram relativamente ao sexo (DiClemente et al, 2001; Nodin, 2001; Roque, 2001) e, por outro, da qualidade da relação estabelecida entre pais e filhos (Meschke, Bartholomae & Zenthall, 2002). Por isso as atitudes e os valores transmitidos pelos pais aos filhos podem influenciar de forma negativa ou positiva os comportamentos sexuais, constituindo um baixo ou alto risco para a saúde dos jovens (DiClemente et al., 2001).

Para além da influência parental face às atitudes e comportamentos sexuais dos jovens, constata-se também, a influência do grupo de pares. Conversar com os amigos é uma das formas mais habituais da aquisição de informação sobre sexualidade, na medida em que é um período em que os jovens procuram activamente meios de identificação, de afirmação e de pertença, ou seja, é através dos amigos que o processo de socialização se efectua (Nodin, 2001).

Num estudo de Pais (1996) efectuado com jovens do Concelho de Loures, 60.6% dos jovens afirmou que os amigos são importantes fontes de informação sobre sexualidade, 46.1% recolheram esta informação junto dos pais e 15.5% junto dos Professores. Em 2001, Nodin, numa amostra de 1936 jovens, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, verificou que 55.2% menciona os amigos como a principal fonte de informação para esclarecerem as suas dúvidas no que respeita à contracepção.

A escola, outro factor de grande influência sobre os comportamentos sexuais dos jovens, é um local prioritário na medida que possui oportunidades únicas para prevenir comportamentos sexuais de risco. Os estudos que procuram compreender o impacto da educação sexual no meio escolar, demonstram que a participação em programas de educação sexual pode diminuir a frequência de comportamentos sexuais de risco dos jovens (Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003).

Outro factor, ainda, de influência sobre os comporta-

mentos sexuais dos jovens, e que tem vindo a ganhar cada vez maior visibilidade, são os mass-média que oferecem ao jovem uma fonte de informação alternativa e atractiva. Se antes eram as revistas, os livros, os jornais e a televisão a que o jovem recorria, hoje em dia existe um meio de comunicação muito mais eficaz na área da sexualidade, a Internet. Segundo a autora Bay-Cheng (2001), a Internet permite ao jovem aceder, de forma independente e discreta, a toda a informação sobre a sexualidade e a educação nesta área. É essencial que a educação sexual saiba rentabilizar a Internet, uma vez que é um meio de fácil acesso para o jovem, bem como todos os outros meios de comunicação que o jovem pode seleccionar para obter informações acerca da sexualidade.

Desta forma, compete à família, ao grupo de pares, à escola e à comunidade no geral, de forma multidisciplinar, proporcionarem Educação Sexual aos Jovens, tendo sempre presente que os jovens alteram mais frequentemente o seu comportamento se sentirem que estão em risco (percepção de vulnerabilidade), se acreditarem que o preservativo funciona, se possuírem capacidades para negociar a sua utilização e se tiverem a crença que a prevenção é aprovada pelos seus pares (Matos e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003).

A escola e a família devem desenvolver competências pessoais e sociais, nomeadamente o auto-conceito, a tomada de decisão e a resolução de problemas que permitam otimizar o funcionamento saudável do jovem. Devem ainda ajudar a desenvolver uma sexualidade esclarecida e saudável, promovendo a responsabilidade da tomada de decisões por comportamentos sexuais saudáveis e a qualidade de vida dos jovens. Tudo feito com informação transparente e conhecimentos em que o afecto e a confiança são fundamentais, porque Educação para a sexualidade é sobretudo educação da afectividade.

Deste modo é objectivo do presente estudo, avaliar os comportamentos sexuais dos jovens universitários e o desempenho dos pais, do grupo de pares, da escola e da comunidade na promoção de comportamentos sexuais saudáveis.

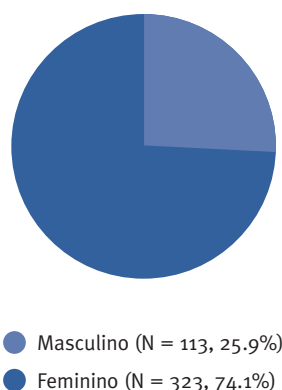
#### 4 - MÉTODOS

Este estudo foi realizado com carácter transversal, sendo o protocolo de avaliação administrado a estudantes universitários num só momento. O respectivo protocolo era constituído por uma folha de rosto (de

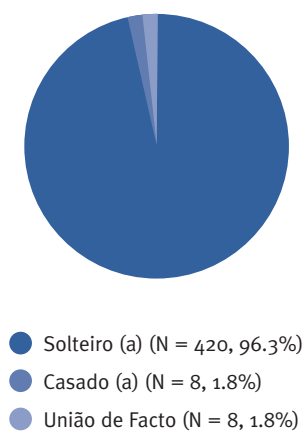
consentimento informado), dados demográficos, questões referentes aos comportamentos sexuais, questões sobre a educação sexual e saber como é que se sentem a falar sobre métodos contraceptivos e ISTs com pessoas da mesma idade, pais e professores.

O presente estudo é comparativo, na medida em que comparou homens e mulheres quanto ao comportamento sexual e às questões sobre a Educação Sexual. A amostra desta investigação foi composta por 436 jovens estudantes universitários, em que 25.9% é do sexo masculino. A maioria apresentava uma média de idades de cerca de 20 anos (DP=1.55), era solteira (96.3%), de nacionalidade portuguesa (96.3%) e de religião católica (81.9%), como se pode ver nas figuras 1, 2, 3 e 4.

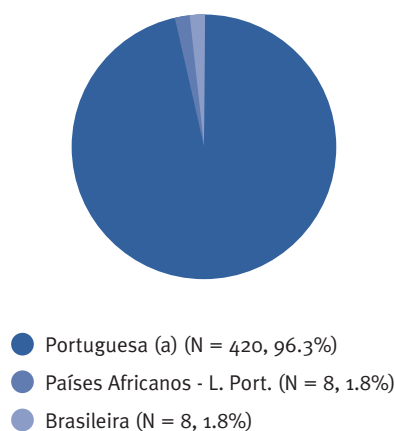
**FIGURA 1** - Distribuição dos Jovens por Género.



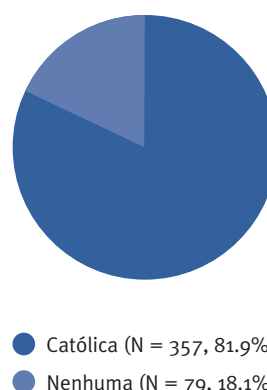
**FIGURA 2** - Distribuição dos Jovens por Estado Civil.



**FIGURA 3** - Distribuição dos Jovens por Nacionalidade.



**FIGURA 4** - Distribuição dos Jovens por Religião.



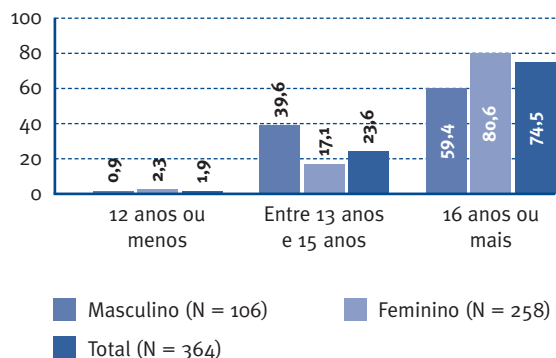
## 5 - RESULTADOS

As análises e procedimentos estatísticos foram efectuados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 13.0 para Windows).

### Comportamento sexual

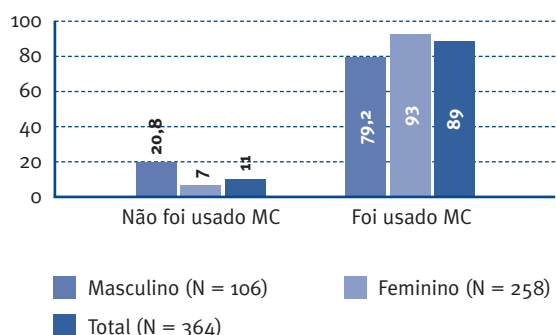
Verificou-se que do total da amostra, 364 jovens já tinham iniciado a sua vida sexual. Destes, 74.5% referem ter tido a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde, 89% usou contracepção na primeira relação sexual, designadamente o preservativo (78.3%). Os resultados mostraram que, apesar de quer a maioria de rapazes (59.4%) quer de raparigas (80.6%) terem tido a 1ª relação sexual aos 16 anos ou mais tarde, os rapazes (39.6%) mais frequentemente que as raparigas (17.1%) iniciaram entre os 13 e os 15 anos; e as raparigas (80.6%) mais frequentemente que os rapazes (59.4%) aos 16 anos ou mais tarde (ver figura 5).

**FIGURA 5** - Representação da Idade da 1ª Relação Sexual.



Quanto à utilização ou não de método contraceptivo na 1ª relação sexual, rapazes (79,2%) e raparigas (93%) usaram-no mas, os rapazes (20,8%) mais frequentemente que as raparigas (18%) não usaram (ver figura 6).

**FIGURA 6** - Utilização de Método Contraceptivo na 1ª Relação Sexual.



Relativamente à escolha do método contraceptivo na 1ª relação sexual, rapazes (82,1%) e raparigas (77%) optaram pelo preservativo. No entanto, os rapazes (9,5%) mais frequentemente que as raparigas (2,9%) optaram por um método considerado pouco eficaz - o coito interrompido (quadro I).

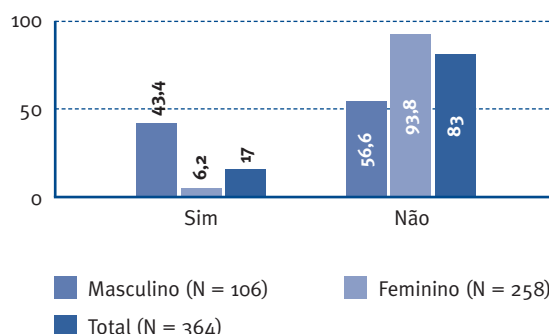
**QUADRO I** - Método Contraceptivo Utilizado na 1ª Relação Sexual.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
Pílula	2	2,4	16	6,7	18	5,6
Preservativo	69	82,1	184	77	253	78,3
Pílula + Preservativo	5	6	30	12,6	35	10,8
Coito interrompido	8	9,5	7	2,9	15	4,6

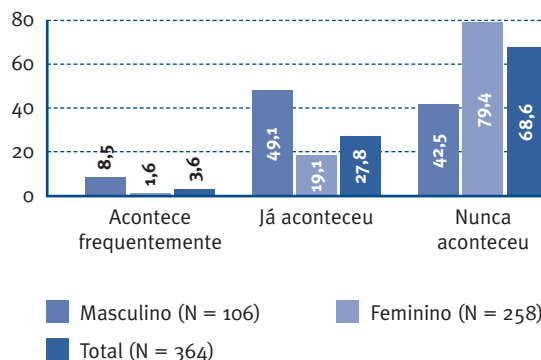
Observou-se ainda que a maioria mencionou não ter parceiros (as) sexuais ocasionais (83%) (figura 7) e nunca ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas (68,6%) (figura 8).

Os resultados mostraram que os rapazes (43,4%) mais frequentemente que as raparigas (6,2%) têm parceiros sexuais ocasionais (figura 7); que aos rapazes (49,1%) já aconteceu mais frequentemente que às raparigas (19,1%) ter relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas, e que às raparigas (79,4%) com mais frequência que aos rapazes nunca aconteceu (42,5%) (figura 8).

**FIGURA 7** - Existência de Parceiros Sexuais Ocasionais.



**FIGURA 8** - Ter Relações sob o efeito de álcool ou drogas.



Os métodos contraceptivos escolhidos habitualmente pelos jovens são o preservativo (71,4%) e a pílula (63,2%). Os resultados mostraram que as raparigas (76,4%) referem, mais frequentemente que os rapazes (31,1%), a utilização da pílula no casal; e os rapazes referem mais frequentemente a utilização do preservativo (80,2%), do coito interrompido (13,2%) e de outros métodos (15,1%) do que elas (67,8%; 6,6% e 8,5%, respectivamente) (quadro II).

**QUADRO II** - Métodos Contraceptivos Utilizados habitualmente pelo participante ou parceiro (% só quem respondeu sim).

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
Pílula	33	31.1	197	76.4	230	63.2
Preservativo	85	80.2	175	67.8	260	71.4
Coito Interrompido	14	13.2	17	6.6	31	8.5
Outros <sup>1</sup>	16	15.1	22	8.5	38	10.4

(1) A categoria outros inclui: pílula do dia seguinte, anel vaginal e espermicidas.

### Questões sobre educação sexual

A maioria do total da amostra obtém informação sobre a Educação Sexual com a comunicação social (29.3%) e com os amigos (28.1%), considera que a Educação Sexual que recebeu na escola foi insuficiente (38.2%) e omissa (28.8%), que são entidades especializadas (41%) e os pais (40%) quem deve fazer a educação sexual dos jovens, que é o (a) namorado (a) (36%) quem exerce maior influência nos seus comportamentos sexuais e a maioria sente-se à vontade para conversar com os amigos (93.8%), os professores (66.5%) e os pais (58.7%) sobre os métodos contraceptivos e as ISTs (ver quadro III ao IX).

Os resultados mostraram que os rapazes, mais frequentemente que as raparigas, obtêm informação acerca da educação sexual na Internet (18.2%), acham que a educação sexual que receberam na escola foi desnecessária (8%), quem deve fazer a educação sexual são os amigos (4.7%) e não falam com os professores sobre métodos contraceptivos e ISTs (16.8%). Verificou-se ainda que a Internet tem mais influência nos comportamentos sexuais dos rapazes (5.6%) do que das raparigas e o namorado (38.7%) tem influência mais frequentemente nos comportamentos sexuais das raparigas do que dos rapazes.

Nas questões relativas ao modo como se sentem a conversar com os amigos e os pais sobre os métodos contraceptivos e as ISTs, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de  $p \leq .05$ , (ver quadro III ao IX).

**QUADRO III** - Onde tem obtido informação sobre Educação Sexual.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
Pais	21	19.1	64	20.8	85	20.4
Amigos	27	24.5	90	29.3	117	28.1
Comunicação Social	25	22.7	97	31.6	122	29.3
Professores	9	8.2	17	5.5	26	6.2
Namorado (a)	8	7.3	28	9.1	36	8.6
Internet	20	18.2	11	3.6	31	7.4

**QUADRO IV** - Educação Sexual que recebeu na escola foi.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
Atualizada e útil	25	22.3	84	26.1	109	25.1
Insuficiente	43	38.4	123	38.2	166	38.2
Desnecessária	9	8	2	0.6	11	2.5
Moralizadora/ Conservadora	6	5.4	17	5.3	23	5.3
Omissa	29	25.9	96	29.8	125	28.8

**QUADRO V** - Quem deve fazer a Educação Sexual dos jovens.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
Pais	41	38.3	124	40.7	165	40
Professores na escola	16	15.0	27	8.9	43	10.4
Amigos	5	4.7	3	1	8	1.9
Entidades Especializadas	36	33.6	133	43.6	169	41
Outros <sup>1</sup>	9	8.4	18	5.9	27	6.6

(1) A categoria outros inclui: outros familiares, nomeadamente tios e irmãos e enfermeiros.

**QUADRO VI** - Quem exerce maior influência nos seus comportamentos sexuais.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
Pais	20	18,7	62	20	82	19,7
Professores	5	4,7	9	2,9	14	3,4
Amigos	23	21,5	54	17,4	77	18,5
Namorado (a)	30	28	120	38,7	150	36
Livros/Revistas	7	6,5	26	8,4	33	7,9
Televisão	5	4,7	7	2,3	12	2,9
Internet	6	5,6	2	0,6	8	1,9
Outras <sup>2</sup>	11	10,3	30	9,7	41	9,8

(2) A categoria outros inclui: outros familiares, nomeadamente tios e irmãos.

**QUADRO VII** - Como se sente a conversar com os amigos sobre métodos contraceptivos e ISTs.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
À vontade	102	90,3	307	95	409	93,8
Pouco à vontade	9	8	13	4	22	5
Não falo com eles sobre isso	2	1,8	3	0,9	5	1,1

**QUADRO VIII** - Como se sente a conversar com os pais sobre métodos contraceptivos e ISTs.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
À vontade	74	65,5	182	56,3	256	58,7
Pouco à vontade	29	25,7	115	35,6	144	33
Não falo com eles sobre isso	10	8,8	26	8	36	8,3

**QUADRO IX** - Como se sente a conversar com os professores sobre métodos contraceptivos e ISTs.

	Masculino (N = 106)		Feminino (N = 258)		Total (N = 364)	
	N	%	N	%	N	%
À vontade	74	65,5	216	66,9	290	66,5
Pouco à vontade	20	17,7	79	24,5	99	22,7
Não falo com eles sobre isso	19	16,8	28	8,7	47	10,8

## 6 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objectivo central conhecer a sexualidade dos jovens estudantes universitários e o desempenho dos pais, do grupo de pares, da escola, e da comunidade na promoção de comportamentos sexuais saudáveis.

Relativamente aos comportamentos sexuais dos participantes, os resultados permitem-nos afirmar que a maioria é sexualmente activa, teve a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde e utilizou como primeira contraceção o preservativo. Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos (Magalhães, Carrilho & Leite; 2001).

A análise comparativa entre os géneros demonstrou existirem diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, uso e escolha de método contraceptivo na primeira relação sexual, verificando-se que são os rapazes quem mais frequentemente tiveram a primeira relação sexual mais cedo que as raparigas, não utilizaram qualquer método contraceptivo e utilizaram o coito interrompido, o que sugere um elevado risco para contrair uma IST ou uma gravidez não desejada. Estes resultados corroboram os do Inquérito à Fecundidade e Família (2001).

Observou-se ainda que a maioria dos participantes mencionou não ter parceiros sexuais ocasionais, não ter relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas e os métodos contraceptivos utilizados habitualmente são o preservativo e a pílula.

A comparação entre os géneros e os seus comportamentos sexuais actuais revelou diferenças estatisticamente significativas, em que os rapazes apresentaram mais comportamentos de risco, pois mais frequentemente têm relações esporádicas, parceiros ocasionais e relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas. Estes resultados estão de acordo com a literatura (Eaton et al., 2005).

No que diz respeito ao desempenho dos principais agentes educativos na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, os dados obtidos demonstraram que a comunidade geral, o grupo de pares e os pais contribuem mais que a escola. Na opinião dos participantes, a escola não contribui porque 38,2% considera a educação sexual que recebeu em meio escolar insuficiente tendo, apenas, 6,2% dos professores sido fontes de informação. A comunidade geral foi fonte de informação para 36,7% , o grupo de pares para 28,1% e os pais para 20,4%.

Questionados quanto a quem deve fazer a ES, 41% e

40% defendem que devem ser entidades especializadas e os pais, respectivamente, a fazer educação sexual. Face aos resultados obtidos neste estudo, verifica-se que os jovens Portugueses continuam a manifestar atitudes e comportamentos sexuais pouco saudáveis e por isso é fundamental investir em programas de intervenção no que diz respeito à Educação Sexual dos jovens.

Em 2005 foi nomeado pelo Ministério da Educação um grupo de trabalho de Educação Sexual (GTES), com o objectivo de se implementar a ES em meio escolar. Este grupo de especialistas tem vindo a desenvolver várias recomendações, no sentido de todos os alunos terem acesso à ES, desde o momento em que iniciam a sua vida escolar.

O Relatório Final (2007) das actividades deste grupo aponta para a existência de um número significativo de escolas do ensino básico que já dedicam uma das áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica, Área de Projecto ou Estudo acompanhado) à Educação para a Saúde (em que a ES está contemplada) e propõe a avaliação de um conjunto de conteúdos considerados mínimos.

Futuramente, se forem cumpridas todas as orientações, espera-se que os conhecimentos e as atitudes dos nossos jovens em relação à ES sejam mais positivos, no sentido de desenvolverem comportamentos sexuais saudáveis.

O presente trabalho apresenta limitações, em particular o tempo para recolha de dados, o tamanho da amostra e o tipo de estudo, transversal. Trabalhos futuros poderão utilizar um desenho de investigação longitudinal, dada a importância de analisar os aspectos desenvolvimentais do comportamento sexual e, também, a influência das características pessoais e a influência da família, das relações entre os pares e dos contextos sociais de aprendizagem formal e informal. A identificação destes factores permitirá identificar os comportamentos problemáticos mais cedo, de modo a se poder intervir a nível primário.

Espera-se que este estudo possa ter contribuído para a compreensão da sexualidade dos jovens e, sobretudo, para a necessidade de sensibilizar os pais, a escola e a sociedade no geral para uma articulação, contribuindo no seu todo para a promoção da educação para a saúde e sexualidade. **x**

## BIBLIOGRAFIA

- Bay-Cheng, L. (2001). SexEd.com: values and norms in web-based sexuality education. *The Journal of Sex Research*, 38 (3): 241-251.
- Beadnell, B., Morrison, D., Wildson, A., Wells, E., Murowchick, E., Hoppe, M., Gillmore, M. R. & Nahom, D. (2005). Condom Use, Frequency of Sex, and Number of Partners: Multidimensional Characterization of Adolescent Sexual Risk-Taking. *The Journal of Sex Research*, 42 (3):192-203.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S. Hook III, E., Oh, K. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents risk behaviours. *Pediatrics*, 107, 6: 1363-369.
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., & Wechsler, H. (2005). Centers for Disease Control and prevention. National Center for Chronic Disease prevention and health promotion. Division of Adolescent and School Health. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2005. Retirado em 4 de Setembro de 2006 de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5505a1.htm>
- Espejo, X., Tsunehiro, M. A., Osis, M. J., Duarte, G. A., Bahamondese, L. & Sousa, M. H. (2003). Knowledge adequacy on contraceptives among women in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (5): 83-590.
- FNUAP-Fundo das Nações Unidas para a população (2005). Uma viagem por caminhos nunca antes trilhados: adolescentes, pobreza e género. A situação da população mundial 2005: A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio, 45-55.
- [GTES] Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. 2005. Disponível em: <http://www.dgidc.min-edu.pt/>
- [GTES] Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual. 2007. Disponível em: <http://www.dgidc.min-edu.pt/>
- Magalhães, M. G., Carrilho, M. J., & Leite, S. (2001). Inquérito à fecundidade e família. Lisboa: INE.
- Matos, M. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois). Lisboa: Edições FMH.
- Meschke, L., Bartholomae, S., & Zentall, S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31: 265-279.
- Nodin, N. (2001). Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Pais, J. M. (1996). Sexualidade. In *Jovens de Hoje e de aqui* (pp.195-221). Cadernos Estudos Locais. Loures: Dep. Sócio-cultural; C.M. Loures.
- Piscalho, S., Serafim, I. & Leal, I. (2000). Representações sociais da educação sexual em adolescentes. Actas do 3º Congresso de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA.
- Roque, O. (2001). Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e gravidez não desejada. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

# Modelos de Promoção da saúde num projecto de apoio a prostitutas/os

Raquel Magalhães [EB1/I Ermida, Agrupamento de Escolas de Santo Tirso]  
Maria João Silva [Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto]  
Graça S. Carvalho [Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho]

## INTRODUÇÃO

O presente artigo surge como resumo de uma investigação, desenvolvida entre 2004 e 2006, fruto do interesse em conhecer e aprofundar o trabalho de promoção social e da saúde desenvolvido num contexto específico e enquadrado num projecto de apoio a prostitutas/os de rua, o Espaço Pessoa (EP) da cidade do Porto.

O centro EP nasce, integrado no programa Contrato Cidade, celebrado entre o Governo e a Câmara Municipal do Porto, em 27 de Novembro de 1996, tendo como principal objectivo garantir a segurança urbana. O projecto EP é o resultado da acção da Associação para o Planeamento da Família (APF) no contexto de um dos quatro projectos de apoio a populações em risco (informação fornecida pelo coordenador do EP).

Inseridos neste projecto do EP existem dois sub projectos que contribuem para o mesmo objectivo: uma comunidade de inserção e as equipas de rua. Em 1996, foi realizado um trabalho de campo e um estudo exploratório, tendo o centro aberto as portas em 1997. Enquanto objectivos de intervenção e segundo relatórios anuais do centro, o EP pretende:

- intervir na promoção da qualidade de vida das pessoas que se prostituem;
- contribuir para a redução das situações de risco relacionadas com a prática prostitucional (IST);
- promover a sua (re) inserção social, intervindo paralelamente no espaço físico da Instituição (Centro/Comunidade de Inserção) e no terreno, através do Trabalho de Rua (Equipas de Rua).
- promover o reconhecimento do Centro como um recurso de suporte e de convívio para a população;
- promover o trabalho em rede com as outras institui-

ções, dando a conhecer os diferentes recursos sociais existentes e aprofundando relações de ajuda nos locais de prostituição.

O presente estudo empírico centrara-se na perspectiva de compreender os processos do fenómeno particular deste contexto do EP, analisando e interpretando as interacções que se estabelecem entre técnicos/as, enquanto promotores/as de saúde e sociais e utentes, no que diz respeito, não só a questões de promoção da saúde, mas também de interacção pessoal, destacando-se os seguintes objectivos:

- 1 - Identificar as perspectivas de técnicos e utentes do EP sobre as interacções estabelecidas entre uns e outros;
- 2 - Identificar as noções de saúde, comportamentos de risco e preventivos, perspectivados por técnicos e utentes;
- 3 - Identificar em que modelos se situam as abordagens de promoção da saúde, utilizados na instituição de apoio a prostitutas/os;
- 4 - Reconhecer possíveis dificuldades de acções promotoras de saúde no contexto específico.

A análise das perspectivas de saúde e dos comportamentos de risco e/ou preventivos assumidos pelos/as utentes, sobretudo ao nível da saúde sexual, puderam permitir-nos identificar e perspectivar em que modelos se integram as abordagens de promoção da saúde utilizadas.

Fizeram parte das nossas intenções neste estudo: (i) o reconhecimento dos meios e recursos físicos, humanos e técnicos que a instituição dispõe para concretizar os objectivos a que se propõe, (ii) as dificuldades com que

se deparam os/as técnicos/as no que se refere a recursos, sobretudo nas interações com os/as utentes e, ainda, (iii) a análise das perspectivas dos/as utentes<sup>1</sup> e técnicos/as<sup>2</sup> sobre o(s) uso(s) que as utentes fazem da informação/formação recebida da instituição.

Foi também nosso propósito identificar algumas características de vida pessoal das utentes inquiridas, no que se reporta a antecedentes familiares e situação familiar actual, a fim de melhor caracterizar e compreender as atitudes tomadas pelas inquiridas.

Enquanto docentes e investigadores, importa-nos conhecer não só a realidade específica em estudo, mas também o contexto que a envolve e condiciona, por forma a poder vir a contribuir para uma melhoria destes serviços de apoio à comunidade bem como podermos aplicar na docência e investigação futuras.

#### ABORDAGENS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo Ewles e Simnett (1999) podem-se distinguir cinco tipos de abordagens de Promoção da Saúde, consoante o objectivo que se pretende: a Médica, a de Alteração de Comportamentos, a Educacional, a Centrada no Utente e a de Alteração Social.

Assim, a abordagem **Médica**, tem por objectivo terminar com as doenças e deficiências medicamente definidas e actua através da promoção da intervenção médica para a prevenção ou melhoria da saúde, ou seja aposta no tratamento e tem como valores o cumprimento das medidas médicas preventivas.

Na abordagem de **Alteração de Comportamentos**, tem-se por objectivo a mudança do comportamento individual com a intenção de terminar com as doenças. Pretende-se, neste modelo, a alteração de atitudes e comportamentos para a adopção de estilos de vida saudáveis. Esta perspectiva assume ainda que é da responsabilidade do/a profissional de saúde persuadir as pessoas a adoptarem estilos de vida mais saudáveis, baseados na perspectiva do/a promotor/a de saúde.

Numa abordagem **Educacional**, pretende-se que os indivíduos com conhecimento e entendimento possam

tomar decisões bem informadas e assumidas na prática. Assim, a função do/a promotor/a de saúde é a de informar sobre as causas e efeitos dos factores de diminuição da saúde, explorando valores e atitudes e permitindo o desenvolvimento de competências para uma vida saudável. Assim sendo, esta abordagem tem por valores o direito individual à livre opção do/a utente e a responsabilidade do/a promotor/a em identificar os conteúdos educacionais.

Numa quarta abordagem, a **Centrada no Utente**, o objectivo é o de trabalhar com os/as utentes em função deles próprios, ou seja trabalhar os temas de saúde, opções ou acções que os/as utentes tenham identificado, responsabilizando o/a próprio/a utente, permitindo-lhe desenvolver o seu *empowerment*. Neste tipo de abordagem os/as utentes são vistos como iguais e são eles/as que procuram os/as promotores/as de saúde.

Finalmente, a abordagem de **Alteração Social** pretende que é necessário alterar o ambiente físico e social para que possa haver uma escolha de estilos de vida mais saudáveis. Neste caso a actividade do/a promotor/a de saúde é uma atitude e acção política e social, na tentativa de alterar o ambiente físico e social. O principal valor deste tipo de abordagem é o direito e necessidade de melhorar a saúde ambiental.

#### METODOLOGIA

Optou-se por uma metodologia qualitativa – Estudo de Caso – por permitir aprofundar melhor os processos organizacionais das instituições e analisar, numa forma interpretativa, os objectivos organizacionais na realidade, em alternativa à análise exclusiva do que é declarado pelas pessoas (Marshall e Rossman, 1995). Foram realizadas dez entrevistas a utentes e oito entrevistas à equipa técnica (sete a técnicos e uma entrevista exploratória ao coordenador do projecto), o que nos permitiu conhecer perspectivas e opiniões pessoais acerca de diversos temas. Realizámos também análise documental a partir de documentos existentes no EP, sobretudo os relatórios anuais de actividades.

(1) Os indivíduos que utilizam o EP são homens e mulheres, mas na sua maioria são mulheres. Também nas entrevistas realizadas o número de mulheres foi superior, pelo que doravante quando nos referimos aos utentes no sentido colectivo, aplicamos o feminino.

(2) O corpo de pessoal técnico inclui homens e mulheres, mas estando em número igual, nas entrevistas realizadas, doravante quando nos referimos aos técnicos no sentido colectivo, aplicamos o masculino.

Com esta opção de linguagem, pretendemos garantir o uso equilibrado dos dois géneros, sempre que nos referirmos à população de técnicos e utentes do EP. Nos restantes contextos, será utilizado a dualidade de género.



Limitadas pelo factor tempo, e não podendo entrevistar todas as utentes do EP, efectuámos algumas observações em espaço interior (sala de convívio) e exterior (carrinha das equipas de rua) num horário compreendido entre as 21 e as 24 horas. A observação, quer em contexto de sala de convívio, quer em contexto de rua, permitiu-nos conhecer algumas das interacções estabelecidas entre diferentes intervenientes: utente – utente; utente – técnico e técnico – técnico. Estes dois instrumentos, análise de documentos e observação, possibilitaram-nos cruzar informações com os dados fornecidos pelas entrevistas, tendo-se procedido à triangulação da informação.

### UTENTES E TÉCNICOS/AS: QUE INTERACÇÕES?

As interacções que se estabelecem, entre os diferentes sujeitos de estudo, foram alvo de observação, dada a relevância para a investigação em causa. As interacções verbais que as utentes estabelecem com outras utentes, sobretudo na sala de convívio, são escassas uma vez que a **maioria dos assuntos é dialogada com os técnicos.**

Para cerca de metade das utentes entrevistadas é **indiferente** falar com um ou outro técnico, no entanto, para outra metade desta amostra essa **escolha é fundamental**, uma vez que criaram com esse técnico laços de confiança, que lhes dão alguma estabilidade e segurança emocional no diálogo que estabelecem. As principais **razões da preferência** estão relacionadas com **questões relacionais e afectivas**, motivos esses que são extremamente valorizados, sendo verbalizados várias vezes no discurso das utentes. Contudo, poderemos considerar outros aspectos, nomeadamente o facto da utente não ter necessidade de explicar várias vezes a sua situação ou de se expor a diversos técnicos. Os temas que as utentes habitualmente abordam com os técnicos dizem respeito a **situações particulares da sua vida**, sobretudo **relações familiares e amorosas** e a **questões de saúde**. Outros assuntos, de carácter mais geral são dialogados não só com técnicos mas também, por vezes, com outras utentes. Esta situação é referida tanto pelos técnicos como pelas utentes e foi também por nós registada nas observações na sala de convívio e nas saídas nas equipas de rua.

A necessidade das utentes conversarem com os técnicos sobre questões particulares e de saúde parece estar ligada a carências afectivas por parte das utentes e ao mesmo tempo num estabelecimento de relações de confiança com os técnicos ou com determinado técnico.

As questões de carácter mais pessoal eram quase sempre abordadas em privado, contudo durante algumas observações na sala de convívio registámos diálogos de carácter pessoal entre técnicos e utentes, daí lançarmos esta questão:

*O que poderá ser feito para se evitarem possíveis consequências negativas quando se estabelecem diálogos de foro íntimo entre utentes – utentes e entre utentes – técnicos num local público como a sala de convívio?*

### SAÚDE: PERSPECTIVAS E COMPORTAMENTOS ASSUMIDOS E OBSERVADOS

A noção de saúde pública surge diversas vezes nos estudos relacionados com o fenómeno da prostituição. Foi nosso propósito conhecer as noções de saúde, mas não exclusivamente a de saúde sexual para posteriormente interpretar as possíveis atitudes preventivas ou de risco, nos seus diversos comportamentos, nomeadamente de carácter sexual.

As utentes incluem na sua concepção de saúde a questão física, mental e psicológica. Contudo as suas verbalizações iniciais quando questionados sobre o que é ter saúde passam por “*não ter doenças*”; “*ter uma alimentação boa*”; “*evitar drogas e bebidas alcoólicas*”; “*usar sempre o preservativo*”. Sob o ponto de vista **psicológico e mental**, tentam explicar através de expressões como: “*tem de estar bem*”; “*tem a ver com tudo, com a parte da cabeça também que é muito importante*”. Para uma das utentes (Maria), o factor dinheiro surge também como condicionante para a mesma ter ou não saúde. Assim também quanto ao facto de se sentirem ou não saudáveis, as utentes apontam quase sempre **razões** tanto de carácter **físico**, como **mental, psicológico e sentimental**. Esta análise permite-nos considerar que estas utentes apresentam uma noção relativamente ampla que coincide com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) que define saúde como sendo “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade*”. Conhecer a noção das utentes sobre **Infecções Sexualmente Transmissíveis** era também um objectivo deste estudo. O **VIH/SIDA, sífilis e hepatites** foram algumas das infecções referidas embora por vezes mencionadas com termos não científicos. As **relações sexuais**, o **contacto com sangue de pessoas infectadas** e o **não uso de preservativo**, com **pessoas toxicodependentes**

são os meios de transmissão apontados pelas utentes. A noção do não uso do preservativo com pessoas toxicodependentes é, no nosso entender, uma associação directa da toxicodependência às IST, ou seja, uma ideia de grupo de risco. A **transmissão vertical**, ou seja, a transmissão de mãe para filho, nunca foi mencionada pelas utentes. Em diversos discursos são apresentadas várias concepções cientificamente erradas sobre algumas IST e seus modos de transmissão. Talvez seja necessário reflectir sobre o modo como a informação/formação de projectos como o EP é recebida pelas utentes, uma vez que existem ainda utentes com concepções confusas e mesmo erradas.

A **utilização do preservativo**, a **selecção dos clientes**, a **higiene pessoal** e o **acompanhamento médico** são os comportamentos que as utentes assumem praticar para evitar contrair IST. De acordo com os seus discursos, as utentes continuam, na sua maioria, a efectivar comportamentos de risco, nomeadamente quando não utilizam o preservativo. A pressão dos clientes, a afectividade com clientes antigos e os relacionamentos com o companheiro são apontadas pelos técnicos e pelas próprias utentes como razões para não utilizarem sempre o preservativo. Esta última situação é também referida por Warr e Pryett (1999)<sup>3</sup> demonstrando que, sobretudo, as mulheres prostitutas utilizam muito mais o preservativo nas suas relações comerciais do que nas suas relações com os seus companheiros, alegando que assim é feita a distinção do tipo de relações que estabelecem, tornando-se esta última de carácter afectivo.

Todavia, os técnicos acrescentam mais algumas razões para o facto de as utentes não utilizarem o preservativo: a questão de algumas estarem envolvidas na **toxicodependência**, implicando a necessidade constante e urgente de dinheiro; o próprio **conformismo da utente**, no caso de ter contraído alguma doença, através de clientes; e o **facilitismo pelo aspecto exterior do cliente**.

No que diz respeito à **pressão dos clientes** para a não utilização do preservativo também Marques (2001), num estudo realizado sobre condutores de longo curso, refere que muitos destes clientes da prostituição assu-

mem condutas de risco por considerarem que o comportamento de protecção está associado às mulheres, podendo colocar em causa a sua identidade masculina. Neste entendimento, seria necessário dirigir campanhas de informação e prevenção também aos clientes, que acabam por determinar muitas vezes a não utilização do preservativo.

Do nosso estudo tornou-se muito claro que outra razão para a não utilização do preservativo é a afectividade com clientes antigos e o relacionamento com o companheiro. No entender de Campbell (1991)<sup>4</sup> e Caravano, (1991)<sup>5</sup> há distinção entre o sexo como trabalho sexual (uso do preservativo) e o sexo afectivo (não uso do preservativo).

O investigador Giffen (1999)<sup>6</sup> refere que as campanhas de prevenção de VIH/SIDA focalizadas apenas no *empowerment* das mulheres em negociarem o uso do preservativo com os seus companheiros, ignoram as diferenças de género nos sentidos que são atribuídos às relações sexuais e à sexualidade, e sobretudo também à importância que as mulheres conferem ao lado afectivo, à sua sexualidade e contexto relacional. Estudos ulteriores poderão dar resposta às questões que emergiram do presente estudo:

*Será possível alterar estas concepções na maioria das vezes associadas a questões e crenças pessoais e culturais? A equipa do EP terá presente, no seu trabalho estas questões? Será possível implementar a promoção da saúde sem que haja interferência nos sentimentos e crenças pessoais dos indivíduos?*

Os comportamentos de risco são, na opinião dos técnicos, adoptados a um nível diferente, consoante os grupos de população. As más condições de vida, a necessidade urgente de dinheiro para o consumo do quotidiano conduzem à adopção de comportamentos de risco sobretudo da população **toxicodependente**, normalmente associada também às **mulheres mais jovens**, que todavia são as que se encontram mais informadas no que diz respeito às IST. Por outro lado, as **mulheres mais velhas** revelam concepções sobre as IST e sobre os seus modos de transmissão confusas e

(3) In Manita e Oliveira (2002).

(4) In MUSA – Mulher e Saúde (2000).

(5) *Ibid*

(6) *Ibid*

por vezes cientificamente erradas e abdicam de usar o preservativo, nomeadamente com clientes mais anti-gos, quase sempre por questões afectivas.

Ainda no entender dos técnicos, as **mulheres imigrantes** e as **transgéneros** são os grupos de utentes que poderão expor-se a um menor risco por estarem mais informadas e conscientes dos perigos, sendo as utentes transgéneros as que se expõem a menor risco pelo facto de se preocuparem com a sua aparência. Porém, julgamos que será necessário salientar no que diz respeito às intervenções hormonais e estéticas que estas nem sempre são realizadas em condições controladas por especialistas, o que poderá colocar em risco a própria saúde destas pessoas.

As diferenças dos comportamentos nos diversos grupos sociais destas utentes leva-nos a reflectir sobre os diversos projectos de promoção de saúde que é necessário levar a cabo, considerando as distintas situações em que se encontram.

A **alteração de comportamentos** por parte das utentes com o aparecimento do EP é perspectivada divergentemente entre os técnicos e as utentes. Se por um lado, os técnicos consideram que houve alteração de comportamentos, no sentido da existência de mais cuidados, as utentes, por seu turno, consideram que o aparecimento do EP não veio influenciar as atitudes e condutas sexuais adoptadas, uma vez que já teriam os mesmos cuidados, à excepção de duas utentes (Carol e Conceição) que assumem ter passado a saber, e a utilizar mais, o preservativo. Segundo os dados dos relatórios anuais do EP, o número de pedidos de preservativos tem vindo a aumentar bastante, o que pode ser interpretado como uma valência bem aceite pela população apoiada.

Questão que nos surgiu do estudo efectuado:

*O facto das utentes não considerarem que houve alterações nos seus comportamentos será resultado do insucesso das acções levadas a cabo pelo projecto ou poderá ser encarado como uma afirmação pessoal de quem não pretende admitir que tinha menos cuidados com a sua saúde, antes do aparecimento do EP? Ou será que as utentes não se aperceberam da alteração do seu próprio comportamento?*

#### **PROMOÇÃO DA SAÚDE: ABORDAGENS E DIFICULDADES DE ACÇÃO**

A promoção da saúde é um dos objectivos contemplados pela equipa técnica do Projecto Espaço Pessoa. Na

análise das observações realizadas e dos dados obtidos por via das entrevistas torna-se notório o cruzamento das, atrás expostas, cinco abordagens relativas à **promoção da saúde** nas diversas interacções entre técnicos e utentes. A aplicação dos modelos, nem sempre explícita, parece variar de acordo com cada utente e situação.

As abordagens **Médica** e de **Alteração de Comportamentos** que têm como principal objectivo o término das doenças com a modificação de comportamentos, assumindo estilos de vida mais saudáveis, num ambiente já existente, são sobretudo detectados nos casos em que os técnicos verificam que as utentes não têm condições para agir autonomamente, por razões sociais ou psicológicas, por vezes por razões momentâneas, sobretudo em algumas situações de toxicodependência. Este tipo de abordagem, poderá ainda ocorrer, em questões de emergência e de risco elevado, ou seja, situações em que há necessidade de actuar de imediato, para evitar riscos maiores. Nestes casos, os técnicos adoptam **atitudes directivas**, e a própria utente apercebe-se que o técnico lhe está a indicar aquilo que deve fazer. Contudo, apesar da **“directividade”** apresentada, surgem dificuldades que têm a ver, não só com a própria pessoa, mas com todas as circunstâncias que a rodeiam.

A **abordagem Educacional**, que tem por função **informar e formar** das causas e consequências das suas atitudes, deixando as pessoas **optar livremente**, foi também observada em muitas situações. Os técnicos dão informações sobre determinados assuntos, sobretudo através do diálogo formal ou informal, nas formações que propõem, na organização e disponibilização de materiais informativos, sobretudo na sala de convívio ou nos atendimentos particulares.

Na abordagem **Centrada no Utente**, que visa a autonomização, reconhece-se na utente a capacidade de tomar decisões e de resolver os seus problemas. Na opinião dos técnicos, esta perspectiva, se por um lado por algumas utentes é bem aceite e até revelam capacidade de autonomização, procurando elas próprias os técnicos para resolver alguma situação, sendo as próprias as primeiras responsáveis, por essa resolução, para outras, essa responsabilização própria não é possível por questões psicológicas, mentais ou afectivas, sendo, por vezes, entendida pelas utentes como falta de apoio dos técnicos no imediato.

Numa visão mais alargada do Projecto EP, consideramos a possibilidade da existência, embora diluída nas acções dos técnicos, da abordagem **de alteração**

**social**, uma vez que o projecto tem também objectivos e acções sociais. Não é seu objectivo terminar com a prostituição, mas sim melhorar as condições de vida das utentes e permitir uma re(inserção) social, no caso destas o desejarem.

A interacção estabelecida entre técnicos e utentes tem sobretudo por base relações de empatia e confiança, o que nem sempre é suficiente para que as indicações e recomendações transmitidas às utentes, sejam concretizadas. Estas são da opinião, na sua maioria, que tudo o que os técnicos lhes indicam é para o seu bem e deve ser praticado, contudo os **problemas** de carácter **pessoal, psicológico, social** e **económico** surgem diversas vezes como entraves à concretização de tais recomendações.

A **falta de confiança**, o **medo**, a **falta de vontade** e a **reduzida auto-estima** são os principais motivos apresentados para não seguirem as indicações dadas pelos técnicos. Todas estas razões estão intimamente ligadas a questões psicológicas e emocionais do próprio sujeito. Todavia, os técnicos apresentam outros motivos que não são apontados pelas utentes, uma vez que são classificações de sujeitos externos: o **imediatismo**; as **estruturas de vida próprias** e a **falta de compromisso**. Para além destas razões, existem ainda as dificuldades extrínsecas às utentes no que diz respeito às **respostas sociais**. Da parte dos técnicos podem ser criados inconscientemente obstáculos que bloqueiam a própria utente como sejam o **discurso utilizado**, nem sempre compreendido, e as **divergentes visões** das **motivações** e **expectativas** de técnicos e de utentes. Em vários discursos dos técnicos, se nota que os próprios sentiram necessidade de adaptar os seus objectivos e expectativas aos objectivos e expectativas da população em causa.

## REFLEXÕES FINAIS

Expõem-se agora alguns aspectos emergentes do estudo efectuado e que nos parecem de maior relevância. A promoção da saúde, em qualquer contexto,

mas sobretudo num contexto em que os sujeitos revelam diversos problemas económicos, sociais e também, muitas vezes emocionais, é necessário ser trabalhada mais com os sujeitos e não tanto para os sujeitos.

É também necessário considerar os antecedentes, as vivências e as expectativas dos sujeitos no sentido de não haver confronto ou choque do que é considerado essencial e prioritário na perspectiva das utentes e na dos técnicos.

Verificou-se neste estudo que as utentes revelam interesse e valorizam a capacidade relacional e de comunicação dos técnicos. As relações estabelecidas, sobretudo de empatia e confiança, entre técnico – utente poderão ser condicionantes para a promoção da qualidade de vida da utente.

Apesar das noções, em muitos casos, relativamente claras sobre as IST, algumas utentes continuam a adoptar comportamentos de risco, em determinadas situações envolvendo questões económicas, mas sobretudo afectivas.

A adopção de modelos de promoção da saúde deverá ter em atenção cada indivíduo, perspectivando ao máximo a sua autonomização, que poderá revelar-se a níveis diferentes. Assim, de acordo com os dados deste estudo, deparamo-nos com situações em que o mesmo técnico age de forma diferente, mediante a utente e a sua condição emocional, económica e social. Parece-nos correcta esta tentativa de colocar a utente como determinante da sua trajectória de vida, no sentido da sua auto determinação e *empowerment*. As dificuldades sentidas pelas utentes devem também ser analisadas pelos técnicos de modo a trabalhar com elas estratégias que lhes permitam ultrapassar essas mesmas dificuldades, numa perspectiva de valorização e auto-promoção social.

*Não gostaríamos de terminar este artigo sem antes deixar um agradecimento público, a todos os técnicos e utentes do EP que conosco colaboraram para a realização deste estudo, aqui divulgado. x*

## BIBLIOGRAFIA

- Ewles, L. e Simnett, I. (1999). *Promoting health - A practical guide*. London: Baillière Tindall.
- Manita, C. e Oliveira, A. (2002). *Estudo da caracterização da prostituição de rua nas ruas do Porto e Matosinhos*. Porto: CIDM.
- Marques, A. (2001). *Dimensões de caracterização da masculinidade: estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA na população de condutores de longo curso*. Lisboa: APF.
- Marshall, C. e Rossman, G.B. (1999). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- MUSA - Mulher e Saúde (2000). *Práticas sexuais e reprodutivas de profissionais do sexo da "Zona Grande" de Belo Horizonte e a prevenção às DST/HIV/Aids: Relatório Final de Pesquisa*. Belo Horizonte: MUSA.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (1948). *Constituição da OMS*. Genebra, 1948.

# Intervenção na comunidade do Bairro da Biquinha

**Nuno Teixeira** [*Psicólogo/Coordenador do Projecto*]

**Paula Allen** [*Psicóloga do Projecto*]

**Liliana Almeida** [*Educadora Social do Projecto*]

**Patrícia Ribeiro** [*Educadora Social/Animadora Social do Projecto*]

A intervenção do projecto junto da comunidade residente no Bairro da Biquinha iniciou-se em 2004 com o projecto “Aprender a ter Saúde”, que teve como eixos de acção principais a promoção da saúde sexual e reprodutiva e da igualdade de género.

A nossa intervenção assentou numa metodologia de investigação-acção participativa. Dado o desconhecimento científico das características desta comunidade no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, realizámos estudos que nos ajudaram a caracterizar e levantar as reais necessidades existentes, dirigindo a intervenção. Todos os anos é realizado um estudo que nos permite actualizar as necessidades desta comunidade.

A intervenção comunitária encerra em si alguns pressupostos fundamentais, a confiança, a participação e o *empowerment*, sem os quais um projecto pode estar condenado ao insucesso. A conquista da confiança da comunidade com a qual queremos trabalhar é, sem dúvida, o passo inicial mais importante e o mais difícil de conseguir. Cativar a comunidade para a participação efectiva no desenvolvimento do projecto foi o nosso principal objectivo inicial. A estratégia delineada para a implementação do projecto e estabelecimento de relações empáticas com a comunidade passou por diversos níveis de contacto e de mecanismos de divulgação. Sem dúvida que o mais importante meio de divulgação foi o contacto interpessoal e a relação empática criada.

Ao longo deste período privilegiámos o trabalho em rede, actuando sempre numa perspectiva de envolvimento com os parceiros que trabalham directa e indirectamente com a população residente no Bairro. Este trabalho de parceria foi formalizado e expandido através da nossa adesão à Rede Social de Matosinhos,

através da Comissão Social de Freguesia de Matosinhos. Com o decorrer do Projecto “Aprender a Ter Saúde” a relação de confiança com a comunidade sedimentada e a participação foi crescendo progressivamente.

Em 2006 o nome do projecto altera-se para “VIHQI-NHA”. Os eixos de intervenção principais são agora, a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a prevenção do VIH/SIDA e desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

Esta comunidade demonstra já alguma resistência à existência de projectos que criam expectativas e que posteriormente por variados motivos deixam de existir. É fundamental perceber que a modificação de comportamentos nestes contextos só é possível a médio-longo prazo. As dificuldades com que nos deparamos foram ainda maiores, se tivermos em consideração que estamos a tentar incidir a intervenção numa esfera íntima da personalidade de cada um, o que provoca necessariamente uma maior resistência à intervenção. A este facto acrescenta-se outra dificuldade dado que a maioria da população com quem trabalhamos é de etnia cigana com todas as condicionantes sócio-culturais que os desprotegem em relação aos factores de risco. As pessoas de etnia cigana são, na generalidade, bastante resistentes a mudanças de comportamentos e a intervenções invasivas da sua cultura.

Esta comunidade apresenta inúmeras carências e debilidades que resultam de um processo de exclusão social que existe há varias gerações, cujo pouco contacto com modelos adaptados e ajustados, torna esta exclusão cíclica e perpetuadora. Mais do que a falta de recursos a todos os níveis, verifica-se uma total ausência de competências para gerir os poucos recursos existentes. Existe uma redoma de miséria cíclica e perpetuadora, que desde sempre envolve esta comunidade.

As actividades que desenvolvemos têm como objectivo interromper este ciclo. Realizamos treino de competências parentais em que tentamos envolver pais, mães, avós e filhos. Criamos grupos de crianças, pré-adolescentes e jovens aos quais dirigimos sessões de desenvolvimento de competências pessoais e sociais e educação sexual. O *empowerment* desta comunidade apesar de ser trabalhado diariamente está a ser focalizado num grupo de Mulheres Activistas que desenvolve actividades promovendo a melhoria das condições de vida no Bairro da Biquinha. A expressão artística nas suas variadas vertentes (música, dança, expressão plástica, teatro,...) é uma aposta permanente que permite canalizar as energias das crianças e jovens para actividades ajustadas prevenindo os comportamentos de risco. A nossa intervenção passa, também, pelo treino de competências de educação sexual, dirigido aos técnicos e técnicas que trabalham com esta população, permitindo dar sustentabilidade ao projecto. Sendo a auto-estima desta população um factor negativo e que precisa de ser trabalhado insistentemente, tentamos melhorá-la através do seu envolvimento na apresentação pública anual do trabalho realizado. Ao longo deste tempo de intervenção, é notória uma mudança comportamental consubstanciada na aquisição de conceitos chave sobre VIH/SIDA, Saúde Sexual e Reprodutiva e Toxicoddependência assim como a adopção de comportamentos protectores face à própria saúde e à dos descendentes. Para isto, muito contribuiu o trabalho de continuidade efectuado possibilitando uma integração sólida na comunidade e consequente adesão da população às actividades propostas. Além destes conhecimentos, verifica-se através do discurso e dos comportamentos (principalmente nos mais jovens) que de uma forma geral existem já preocupações que não existiam até então, nomeadamente um aumento da assertividade, do respeito pelos outros e do respeito pela diferença. Nos adultos os conceitos e comportamentos estão muito mais cristalizados o que dificulta a intervenção. Apesar disso é perceptível que os adultos estão mais informados e conscientes podendo exercer o seu papel parental com maior eficácia e responsabilidade.

Outro factor extremamente importante para esta comunidade, e que o projecto “VIHQINHA” veio facilitar, é o acesso a material contraceptivo nomeadamente preservativos e pílulas, assim como a informação sobre a correcta utilização destes. Distribuimos cerca de 12000 preservativos desde o início do projecto. Dispomos de um Gabinete de Apoio à Comunidade (“Espaço S”) que visa conferir ao projecto “VIHQINHA” uma função assistencial e de orientação, enquadrado no âmbito mais lato da prevenção, proporcionando assim, um espaço pessoal e confidencial, num contexto de protecção e solidariedade no qual os utentes puderam expressar as suas dúvidas e preocupações, assim como procurar orientação no âmbito da intervenção de carácter psicológico e apoio na conjugação de esforços inter e intra-institucionais na resolução de problemas adstritos às valências do projecto.

O âmbito de intervenção do “Espaço S” tem verificado uma expansão gradual no que diz respeito à sua influência na comunidade. A nossa intervenção assenta essencialmente em quatro eixos de intervenção gerais:

- Atendimento e aconselhamento à comunidade;
- Distribuição de contraceptivos e pedagogia do seu uso;
- Identificação de indivíduos em risco e encaminhamento para instituições locais de saúde;
- Acompanhamento psicoterapêutico.

O recurso a pessoas com notoriedade social ditas figuras públicas, tais como atletas profissionais de futebol, é uma estratégia fundamental para activar aprendizes e modelar comportamentos. No caso do Bairro da Biquinha, o clube de referência é o Leixões S.C. pelo que as visitas dos atletas deste clube no projecto têm-se revelado muito importantes para toda a população. Em suma, podemos concluir que conseguimos a confiança e participação da população, alterámos alguns comportamentos e conseguimos uma actuação em rede através de parcerias efectivas e funcionais. Cada vez mais, este já não é considerado um espaço para a comunidade, mas da comunidade... x



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



# Yasminelle®

20 µg EE / 3 mg drospirenona

A pílula de 20 µg EE  
com Drospirenona



Denominação do medicamento: Yasminelle, 0,02 mg/3 mg, comprimidos revestidos por película. Composição: Cada comprimido: 0,020 mg de etinilestradiol e 3 mg de drospirenona. Lactose 46 mg. Indicações terapêuticas: Contraceção oral. Posologia e modo de administração: Via de administração oral. Tomar todos os dias à mesma hora, se necessário com um pouco de líquido, pela ordem indicada no blister. Diariamente um comprimido durante 21 dias consecutivos. O blister seguinte deverá ser iniciado após um intervalo de 7 dias sem ingestão de comprimidos. Contra-indicações: Trombose ou sinais protrombóticos, Acidente vascular cerebral, A presença de factores de risco de trombose arterial, Predisposição para trombose, Pancreatite ou antecedente associado a hipertriglicéridemia grave, doença hepática grave desde que os valores da função hepática não tenham regressado ao normal, Insuficiência renal, Presença ou antecedentes de tumores hepáticos, malignidades influenciadas por esteróides sexuais, Hemorragia vaginal não diagnosticada, Antecedentes de enxaqueca com sintomas neurológicos locais, Hipersensibilidade. Advertências: Patologias circulatorias, Tumores, Exame/consulta médica (Antes de se iniciar ou de se reinstalar o uso de Yasminelle, deverá ser feita a história clínica completa e excluir a hipótese de gravidez. Deve ser medida a pressão arterial e ser feito o exame físico da mulher. As mulheres devem ser informadas de que os contraceptivos orais não protegem as doenças sexualmente transmissíveis), Eficácia reduzida (A eficácia dos COCs pode diminuir com o esquecimento dos comprimidos, perturbações gastrointestinais ou medicação concomitante), Redução do Controlo do Ciclo (com todos os COCs podem ocorrer hemorragias irregulares, especialmente durante os 1os meses de utilização. Portanto, a avaliação de qualquer hemorragia irregular só terá significado após um período de adaptação de cerca de 3 ciclos). Interações: hidantoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina e rifampicina; suspeita-se que a oxcarbazepina, o topiramato, o lefamato, o ritonavir, a griseofulvina e a erva de São João também possam causar interação. As falhas contraceptivas também foram relatadas com antibióticos, como ampicilina e tetraciclina. Concentrações plasmáticas e nos tecidos podem aumentar (ex. ciclosporina) ou diminuir (ex. lamotrigina). Efeitos indesejáveis: Instabilidade emocional, Dor de cabeça, Dor abdominal, Acne, Dor mamária, Intumescência da mama, Dismenorreia, Metrorragia, Aumento de peso. Data da revisão do texto: Outubro de 2007. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado Medicamento não compartilhado.

# Amar, Amar, Há Ir e Voltar: Saúde Sexual e Reprodutiva para Tod@s

**Joana Sousa** [*Psicóloga e Mestre em Sexologia – APF Algarve*]  
**Lara Santos** [*Antropóloga Social e Cultural – APF Algarve*]

É um facto que a adopção de comportamentos sexuais de risco resulta da conjugação de uma série de factores que, estando relacionados com questões psicossociais, culturais, económicas e interpessoais, afectam conhecimentos, percepções, valores, atitudes e consequentemente escolhas, que poderão contribuir para uma vivência menos saudável da sexualidade. É também do conhecimento geral que, não sendo condição única para a adopção de comportamentos de risco, o contexto sócio-cultural no qual vivem as populações imigrantes e que contribui grandemente para a sua exclusão ou marginalização é muitas vezes responsável pela falência ou fragilização dos factores de protecção, tornando-os um grupo muito vulnerável à infecção pelo VIH e outras IST e também à gravidez indesejada, nomeadamente no que diz respeito às populações mais jovens.

A APF Algarve, desde os finais de 2002 e através de uma Unidade Móvel de SSR e de uma equipa técnica com formação para intervenção em SSR, técnicas de enfermagem e psicossociais, tem vindo a desenvolver trabalho junto das comunidades mais vulneráveis e carenciadas da região do Algarve. Entre 2004 e 2006 desenvolvemos o projecto “Saúde Sexual e Reprodutiva e Minorias Étnicas” de intervenção junto das comunidades imigrantes, com especial enfoque junto das mulheres imigrantes, PALOP e países do Leste europeu e América Latina, onde, no terreno, identificamos necessidades específicas como a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, incluindo o Planeamento Familiar e prevenção das IST, incluindo o VIH/SIDA. Foi igualmente observada uma evidente desigualdade de género e de oportunidade entre as mulheres imigrantes e os homens imigrantes e também evidentes desigualdades

entre as mulheres imigrantes e as mulheres e homens pertencentes à sociedade de acolhimento, situação essa que as coloca em permanente vulnerabilidade, risco social e consequente vulnerabilidade e risco no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

Iniciámos em Março de 2007, o Projecto “Amar, Amar, Há Ir e Voltar: Saúde Sexual e Reprodutiva para Tod@s”. O projecto “Amar, Amar, Há Ir e Voltar” é um projecto de continuidade do anterior, mas também um projecto que abrange outras populações que se encontram, tal como as pessoas imigrantes, em maior situação de vulnerabilidade e exclusão social. Assim, a nossa intervenção visou atingir fundamentalmente populações migrantes e/ou em constante mobilidade (privilegiando pessoas em situação irregular), trabalhadores (as) do sexo e pessoas LGBT.

Com o novo projecto alargamos também a área geográfica de intervenção. No ano de 2007, conseguimos atingir os Concelhos de Faro (Chaveca), Albufeira (Zona do Montechoro) e Loulé (Almancil e Quarteira). São concelhos com populações em situação de grande vulnerabilidade, com necessidades muito concretas ao nível da adopção de comportamentos sexuais saudáveis (protectores face às infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada). Sendo um projecto de continuidade, pretendemos, ainda durante o ano de 2008 abranger os concelhos de Portimão, Olhão e Silves onde identificamos populações de grande vulnerabilidade.

Oferecemos, através da Unidade Móvel de Saúde Sexual e Reprodutiva (cedida pela Direcção Geral de



Saúde e devidamente equipada) um espaço privilegiado de atendimento, que nos permite desenvolver as seguintes actividades:

- Rastreio do VIH, através de testes rápidos, com aconselhamento pré e pós – teste;
- Realização de teste de gravidez;
- Disponibilização de contracepção hormonal regular e de contracepção de emergência;
- Aconselhamento e encaminhamento para os serviços e cuidados de saúde do SNS
- Sensibilização/Informação/Distribuição de folhetos e brochuras
- Distribuição de preservativos.

No ano de 2007, o projecto atingiu cerca de 1 560 pessoas a residir na Região do Algarve, na sua grande maioria imigrantes em situação de irregularidade e/ou permanente mobilidade, com grandes limitações no acesso aos Serviços de Saúde, com medo das autoridades, desconhecimento da lei, horários de trabalho incompatíveis, estereótipos de género muito enraizados, especificidades culturais e barreiras linguísticas.

Pretendemos, junto desta população, promover uma visão positiva da sexualidade enquanto dimensão integradora e estabilizadora que contribui para o bem-estar e realização humana, o *empoderamento* de homens e mulheres face à SSR, a reflexão acerca de factores de risco e de protecção, o respeito pela diferença e pelas opções individuais, o conhecimento do corpo humano e das escolhas contraceptivas mais adequadas a cada caso, o conhecimento dos meios de transmissão e de prevenção do VIH e outras IST, o treino de competências pessoais e interpessoais directa ou indirectamente relacionadas com a adopção de comportamentos sexuais saudáveis e o encaminhamento para os serviços de saúde competentes.

Prevenir a propagação das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA e situações de gravidez indesejada em populações de vulnerabilidade social é uma contribuição directa para reduzir os níveis de pobreza, isolamento e combater a exclusão social e cívica, em prol de uma efectiva promoção dos Direitos Humanos fundamentais. **x**

# I Reunião Ministerial de Políticas para Mulheres e VIH/SIDA:

## Construindo Alianças entre Países de Língua Portuguesa para o Acesso Universal

RIO DE JANEIRO, BRASIL, 24 E 25 DE MARÇO DE 2008  
CARTA DO RIO DE JANEIRO

**Nós**, Ministras, Ministros e Representantes dos Estados da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), responsáveis por políticas para Mulheres e de enfrentamento à epidemia de VIH/SIDA, reunidos no Rio de Janeiro, em 24 e 25 de Março de 2008;

**Reconhecendo** que o enfrentamento à epidemia de VIH/SIDA constitui-se numa emergência global e apresenta-se como um grande desafio ao desenvolvimento, ao progresso e à estabilidade social e que demanda uma resposta ampla envolvendo todos os setores da sociedade;

**Reconhecendo** a importância da participação efetiva de mulheres adultas e jovens e aquelas vivendo com VIH/SIDA, nos processos de definição e operacionalização de políticas e planos nacionais;

**Reconhecendo** que mulheres que vivem com VIH/SIDA, em sua diversidade, demandam ações que atendam às especificidades do viver com SIDA;

**Reconhecendo** que as mulheres, em especial as jovens e adolescentes, encontram-se em situação de maior vulnerabilidade à infecção pelo VIH em razão da desigualdade de gênero, da violência, do racismo e da discriminação que as atinge em toda a sua diversidade;

**Reafirmando** nosso compromisso com os Planos de Ação de Cairo (1994), Pequim (1995) e Durban (2001), com a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – CEDAW, com os

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000), com o cumprimento da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA, intitulada “Crise Global – Ação Global”, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em sua 26ª Sessão Especial, em 2001, com as resoluções da Conferência das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Milênio (2005) e com a Declaração Política sobre VIH/SIDA, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas – UNGASS -, em sua 87ª Sessão Plenária, em 2006;

**Reafirmando** os compromissos firmados no âmbito da CPLP, por meio da Declaração sobre VIH/SIDA, firmado na Conferência de Chefes de Estado e de Governo, em Maputo (2000), do Programa de Apoio à Luta contra ITS-VIH-SIDA nos países de Língua Oficial Portuguesa (2001), do Acordo de Cooperação entre os Governos da CPLP, sobre o Combate ao VIH/SIDA, firmado na Conferência de Brasília (2002) e da Resolução sobre a Luta contra o VIH/SIDA adotada na V Conferência da CPLP (2004);

**Mobilizamo-nos** para discutir e enfrentar o impacto da epidemia de VIH/SIDA entre mulheres adultas, adolescentes e jovens, bem como garantir e fortalecer a participação daquelas que vivem com VIH/SIDA;

**Apoiamos** o estabelecimento de uma agenda de cooperação horizontal que fortaleça as respostas nacionais no enfrentamento à feminização da epidemia de VIH/SIDA e as estratégias de empoderamento das mulheres seropositivas;

**Comprometemo-nos** a facilitar a formulação e implementação de trabalhos de cooperação horizontal em

VIH/SIDA a serem acordados entre nossos países, com vista a garantir a efetivação dos direitos das mulheres; o acesso universal à promoção, prevenção, assistência e tratamento de ITS-VIH-SIDA, abordando prioritariamente as interfaces entre SIDA e violência contra a mulher, a disponibilidade e adesão ao uso de preservativo feminino e masculino, bem como a diminuição das iniquidades de gênero e o engajamento e a parceria efectiva dos homens;

**Comprometemo-nos** também a discutir ações integrais e intersectoriais para mulheres que vivem com VIH/SIDA, dentre as quais o acesso a ARV, assistência e insumos de prevenção, a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, o combate à violência de gênero, ao estigma e à discriminação, a promoção da inclusão social e comunitária e o fomento ao seu protagonismo;

**Convidamos** as Organizações das Nações Unidas, em especial o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher (UNIFEM) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a participarem como parceiros deste processo;

**Solicitamos** ao Secretariado da Comunidade de Países de Língua Portuguesa que inclua a leitura desta Carta de Intenções na próxima Reunião de Ministros de Saúde da CPLP, no Conselho de Ministros, na Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP que será realizada em Julho de 2008 e que, igualmente, seu conteúdo seja transmitido durante a próxima reunião da Assembleia Parlamentar da CPLP.

**FEITO E ASSINADO NO RIO DE JANEIRO, BRASIL, EM 25 DE MARÇO DE 2008**

**Pelo Governo da República de Angola**

Ministra Cândida Celeste da Silva

**Pelo Governo da República Federativa do Brasil**

Ministra Nilcéa Freire

**Pelo Governo da República de Cabo Verde**

Ministro Sidonio Fontes Lima Monteiro

**Pelo Governo da República da Guiné-Bissau**

Ministro Alfredo António da Silva

**Pelo Governo da República de Moçambique**

Sansão António Buque

**Pelo Governo da República Portuguesa**

Elza Maria Henriques Deus Pais

**Pelo Governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe**

Ministra Maria Tomé Ferreira D'Araújo

**Pelo Governo da República de Timor Leste**

Idelta Maria Rodrigues

**MERCILON** comprimidos contendo 0,15 mg de desogestrel e 0,02 mg de etinilestradiol. Está indicado na Contraceção oral. **Como tomar Mercilon** Os comprimidos devem ser tomados pela ordem indicada na embalagem, todos os dias aproximadamente à mesma hora, com líquido se necessário. Deve-se tomar um comprimido por dia durante 21 dias consecutivos. Cada embalagem seguinte é iniciada após o intervalo de 7 dias sem comprimidos, durante o qual ocorre geralmente uma hemorragia de privação. Esta normalmente começa 2 a 3 dias após o último comprimido e pode não ter acabado antes de iniciar a embalagem seguinte **Como iniciar Mercilon** Quando nenhum contraceptivo foi usado no ciclo anterior: Deve-se iniciar a toma dos comprimidos no primeiro dia do ciclo natural (isto é, no primeiro dia da hemorragia menstrual). É possível começar entre o dia 2 e 5, mas durante o primeiro ciclo recomenda-se o uso de um método de barreira adicional, durante os primeiros 7 dias de utilização de Mercilon. Quando muda de um contraceptivo hormonal combinado (contraceptivo oral combinado – COC, anel vaginal ou sistema transdérmico): A mulher deverá iniciar Mercilon, preferencialmente, no dia seguinte à toma do último comprimido activo (o último comprimido contendo as substâncias activas) do seu COC anterior mas, no mais tardar, pode iniciar no dia seguinte ao último dia do intervalo sem comprimidos ou a seguir ao último comprimido de placebo do seu COC anterior. Caso tenha utilizado um anel vaginal ou sistema transdérmico, a mulher deve iniciar a toma de Mercilon preferencialmente no dia de remoção mas, no mais tardar, pode iniciar no dia em que a próxima aplicação deveria ser realizada. Quando muda de um método só com progestagénio (mini-pílula, injeção, implante) ou de um sistema intrauterino (SIU) libertador de progestagénio: Em relação à mini-pílula, a mulher poderá mudar em qualquer dia do ciclo (quanto à mudança de um implante ou de um SIU deverá ser feita no dia da remoção, de um injectável no dia em que a próxima injeção deveria ser administrada), mas em todos estes casos a mulher deverá utilizar um método de barreira adicional durante os primeiros 7 dias de utilização de Mercilon. Após um aborto ocorrido no primeiro trimestre A mulher pode iniciar imediatamente a toma de Mercilon. Neste caso, não necessita de tomar medidas contraceptivas adicionais. Após um parto ou um aborto ocorrido no segundo trimestre Quanto às mulheres a amamentar, ver "Gravidez e aleitamento". A mulher deverá ser aconselhada a iniciar Mercilon entre os dias 21 e 28 após um parto ou um aborto ocorrido no segundo trimestre de gravidez. Se iniciar mais tarde, a mulher deve ser aconselhada a usar um método de barreira adicional durante os primeiros 7 dias de utilização de Mercilon. No entanto, se já tiver ocorrido uma relação sexual deve excluir-se a possibilidade de gravidez ou esperar pela primeira menstruação antes de se iniciar a utilização de um COC. **O que fazer quando houver esquecimento dos comprimidos** Se tiverem decorrido menos de 12 horas desde o esquecimento da toma de um comprimido, a protecção contraceptiva não está reduzida. A mulher deverá tomar o comprimido assim que for detectado o esquecimento e os comprimidos seguintes deverão ser tomados à hora habitual. Se tiverem decorrido mais de 12 horas desde o esquecimento da toma de um comprimido, a protecção contraceptiva poderá estar reduzida. **Duas** regras básicas deverão ser respeitadas quanto ao esquecimento dos comprimidos: 1ª - A toma dos comprimidos nunca deve ser suspensa por um período superior a 7 dias. 2ª - São necessários 7 dias consecutivos de toma de comprimidos para obter uma supressão adequada do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Desta forma, é dado o seguinte conselho para a prática clínica diária: **Semana 1** A mulher deverá tomar o último comprimido esquecido assim que detectar o esquecimento, mesmo que isto signifique tomar dois comprimidos ao mesmo tempo. Posteriormente, deverá continuar a tomar os comprimidos à hora habitual. Adicionalmente, deverá ser utilizado um método de barreira, tal como o preservativo, durante os 7 dias seguintes. Se tiverem acontecido relações sexuais nos 7 dias anteriores, deve ser considerada a possibilidade de uma gravidez. Quanto maior for o número de comprimidos esquecidos e quanto mais perto o esquecimento tiver ocorrido do intervalo regular sem comprimidos, maior o risco de ocorrer uma gravidez. **Semana 2** A mulher deverá tomar o último comprimido esquecido assim que detectar o esquecimento, mesmo que isto signifique tomar dois comprimidos ao mesmo tempo. Posteriormente, deverá continuar a tomar os comprimidos à hora habitual. Desde que a mulher tenha tomado correctamente os seus comprimidos nos 7 dias anteriores ao primeiro comprimido esquecido, não há necessidade de precauções contraceptivas adicionais. No entanto, se este não é o caso ou se a mulher se esqueceu de tomar mais do que um comprimido, deverá ser aconselhada a utilizar precauções contraceptivas adicionais durante os 7 dias seguintes. **Semana 3** O risco de protecção contraceptiva reduzida é iminente devido à proximidade do intervalo de tempo sem comprimidos. Contudo, ajustando o esquema de toma dos comprimidos, pode-se prevenir a redução da protecção contraceptiva. Cumprindo qualquer uma das **duas** opções seguintes, não há necessidade de usar precauções contraceptivas adicionais desde que a mulher tenha tomado correctamente todos os comprimidos nos 7 dias anteriores ao primeiro comprimido esquecido. Se este não é o caso, a mulher deverá também ser aconselhada a utilizar precauções adicionais durante os 7 dias seguintes. 1 - A mulher deve tomar o último comprimido esquecido assim que detectar o esquecimento, mesmo que isto signifique tomar dois comprimidos ao mesmo tempo. Posteriormente, deverá continuar a tomar os comprimidos à hora habitual. A embalagem seguinte deve ser iniciada assim que a embalagem em uso acabe, isto é, não deverá fazer intervalo de tempo entre embalagens. Não é provável que a mulher tenha uma hemorragia de privação até ao final da segunda embalagem, no entanto, pode ter spotting (pequenas perdas de sangue) ou hemorragias intracíclicas nos dias de toma dos comprimidos. 2 - Também pode ser aconselhado à mulher a suspensão da toma dos comprimidos da embalagem em uso. Neste caso, ela deverá ter um intervalo sem comprimidos até 7 dias, incluindo os dias de esquecimento de comprimidos e, subsequentemente, continuar com a embalagem seguinte. Se a mulher se esqueceu de comprimidos e, posteriormente, não tiver uma hemorragia de privação no primeiro intervalo normal sem comprimidos, deve ser considerada a possibilidade de uma gravidez. **Em caso de perturbações gastrointestinais graves**, a absorção pode não ser completa e devem ser tomadas medidas contraceptivas adicionais. Se ocorrerem vômitos durante as 3-4 horas seguintes à toma do comprimido, é aplicável o conselho em relação ao esquecimento de comprimidos, dado em "O que fazer quando houver esquecimento dos comprimidos". Se a mulher não quiser alterar o seu esquema normal de toma de comprimidos, terá que tomar o(s) comprimido(s) adicional(ais) de outra embalagem. **Para atrasar um período menstrual**, a mulher deverá iniciar outra embalagem de Mercilon sem fazer o intervalo sem comprimidos. O prolongamento pode ser estendido durante tanto tempo quanto desejar até ao final da segunda embalagem. Durante o prolongamento, a mulher pode ter hemorragias intracíclicas ou spotting (pequenas perdas de sangue). A toma regular é retomada após o intervalo habitual de 7 dias sem comprimidos. Para alterar o período menstrual para um dia da semana diferente daquele a que a mulher está acostumada com o seu esquema habitual, a mulher pode ser aconselhada a encurtar o próximo intervalo sem comprimidos tantos dias quanto desejar. Quanto mais curto for esse intervalo, maior será o risco de não ocorrer uma hemorragia de privação e ocorrerem hemorragias intracíclicas e spotting (pequenas perdas de sangue) durante a segunda embalagem (tal como para atrasar o período menstrual). Os COCs **não devem ser utilizados** na presença de qualquer uma das situações abaixo listadas. Se uma destas situações surgir pela primeira vez durante o uso de COCs, a toma do medicamento deverá ser interrompida imediatamente. Presença ou antecedentes de eventos tromboticos/tromboembolicos venosos ou arteriais (por exemplo, trombose venosa profunda, embolismo pulmonar, enfarte do miocárdio) ou de acidente vascular cerebral. Presença ou antecedentes de sinais prodrómicos de trombose (por exemplo, acidente isquémico transitório, angina de peito). Antecedentes de enxaqueca com sintomas neurológicos focais. Diabetes mellitus com envolvimento vascular. Presença de um factor grave ou de múltiplos factores de risco de trombose venosa ou arterial podem constituir também uma contra-indicação (ver "Advertências e precauções especiais de utilização"). Pancreatite ou antecedentes se associados a hipertrigliceridemia grave. Presença ou antecedentes de doença hepática grave, desde que os valores da função hepática não tenham regressado aos valores normais. Presença ou antecedentes de tumores hepáticos (benignos ou malignos). Presença ou suspeita de patologias malignas sensíveis aos esteróides sexuais (por exemplo, dos órgãos genitais ou da mama). Hemorragia genital não diagnosticada. Gravidez ou suspeita de gravidez. Hipersensibilidade às substâncias activas ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização Advertências** Se se verificar alguma das situações/factores de risco abaixo referidos, devem ponderar-se os benefícios do uso de COCs face aos possíveis riscos. Cada caso deve ser considerado individualmente e discutido com a mulher antes de ela se decidir sobre o seu uso. A mulher deve ser aconselhada a contactar o médico em caso de agravamento, exacerbação ou após o aparecimento pela primeira vez de qualquer uma destas situações ou factores de risco. O médico decidirá se o seu uso deve ou não ser interrompido. 1. **Patologia circulatória** Estudos epidemiológicos têm sugerido uma associação entre o uso dos COCs e o aumento do risco de trombose venosa e arterial e de doença tromboembólica, como enfarte do miocárdio, síncope, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar. Estas complicações ocorrem raramente. O uso de qualquer COC está associado a um aumento de risco de tromboembolismo venoso (TEV), manifestado como trombose venosa profunda e/ou tromboembolismo pulmonar. O risco é maior durante o primeiro ano de utilização em mulheres que nunca tomaram COCs. Em alguns estudos epidemiológicos verificou-se que as mulheres que utilizavam COCs de baixa dosagem com progestagénios de terceira geração, incluindo desogestrel, apresentavam um maior risco de TEV, comparativamente às que utilizavam COCs de baixa dosagem com o progestagénio levonorgestrel. Estes estudos indicaram um aumento do risco para o dobro aproximadamente, o que corresponde a 1-2 casos adicionais de TEV por 10.000 mulheres-ano de utilização. Contudo, dados de outros estudos não mostraram esta duplicação no aumento de risco. Para além disso, considera-se que a incidência de TEV em utilizadoras de COs de baixa dosagem em estrogénios (< 0,05 mg etinilestradiol) é de até 4 por 10.000 mulheres-ano comparativamente a 0,5-3 por 10.000 mulheres-ano nas não utilizadoras de COs. A incidência de TEV que ocorre durante a utilização de COC é menor do que a incidência associada à gravidez (i.e. 6 por 10.000 mulheres grávidas-ano). Muito raramente, foram reportados casos de trombose ocorrida noutros vasos sanguíneos, como por exemplo, veias ou artérias hepáticas, mesentéricas, renais, cerebrais ou retiniais, nas utilizadoras de COCs. Não há consenso sobre se a ocorrência destes eventos está associada à utilização de COCs. Os sintomas de eventos tromboticos/tromboembolicos venosos ou arteriais ou de um acidente vascular cerebral podem incluir: dor e/ou edema unilateral nas pernas; dor no peito súbita e forte, com ou sem irradiação para o braço esquerdo; dispneia súbita; tosse súbita; cefaleias não usuais, fortes ou prolongadas; perda imediata, parcial ou total da visão; diplopia; afasia ou voz arrastada; vertigens; colapso com ou sem convulsões focais; fraqueza ou marcada parestesia de metade do corpo; distúrbios motores; abdómen "agudo". O risco de eventos tromboticos/tromboembolicos venosos ou arteriais ou de acidente vascular cerebral aumentam com: Idade; Tabagismo (com hábitos tabágicos graves e o envelhecimento, o risco aumenta ainda mais, especialmente a partir dos 35 anos); Presença de antecedentes familiares (isto é, tromboembolismo arterial ou venoso alguma vez ocorrido num irmão ou nos pais, numa idade relativamente jovem). Se se suspeitar de predisposição hereditária, a mulher deverá recorrer a um especialista para a aconselhar antes de se decidir sobre a utilização de qualquer COC; Obesidade (índice de massa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup>); Dislipoproteinémia; Hipertensão; Enxaquecas; Doença cardíaca valvular; Fibrilhação auricular; Imobilização prolongada, grande cirurgia, qualquer cirurgia dos membros inferiores, ou grandes traumatismos. Nestas situações, é aconselhável interromper a utilização de COCs (no caso de cirurgia electiva, pelo menos 4 semanas antes) e não recomeçar até 2 semanas após completa recuperação; Não existe nenhum consenso acerca do possível papel das veias varicosas e da tromboflebite superficial na etiologia do tromboembolismo venoso. Deve ser considerado o aumento do risco de tromboembolismo no puerpério (para informações ver "Gravidez e aleitamento"). Há outras situações clínicas que têm estado associadas a problemas circulatórios, tais como diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistémico, síndrome urémico hemolítico, doença inflamatória do intestino (doença de Crohn ou colite ulcerosa) e drepanocitose. Um aumento da frequência ou da gravidade de enxaquecas durante a utilização de COCs (que pode ser considerado como um sinal prodrómico de um acidente vascular cerebral) pode ser uma razão para a interrupção imediata do uso de COCs. Factores bioquímicos que podem ser indicativos de predisposição hereditária ou adquirida para trombose arterial ou venosa incluem resistência à Proteína C Activada (PCA), hiperhomocisteinémia, deficiência em factor antitrombina-III, deficiência em proteína C, deficiência em proteína S, anticorpos antifosfolípidos (anticorpos anticardiolipina, lúpus anticoagulante). Quando avaliar a relação risco/benefício, o médico deve ter em conta que o tratamento adequado de qualquer destas situações pode reduzir o risco de trombose e que o risco associado à gravidez é maior do que o associado a COCs de baixa dosagem (< 0,05 mg etinilestradiol). 2. **Tumores** O factor de risco mais importante para o carcinoma cervical é a infecção persistente com o vírus do papiloma humano (VPH). Alguns estudos epidemiológicos indicaram que o uso prolongado de COCs pode contribuir para este risco aumentado, mas

continua ainda a existir controvérsia sobre até que ponto esta observação é influenciada por factores de confusão, por exemplo, screening cervical e comportamento sexual, incluindo o uso de contraceptivos de barreira. Uma meta-análise de 54 estudos epidemiológicos mostrou que existe um ligeiro aumento do risco relativo (RR = 1,24) de carcinoma de mama diagnosticado em mulheres a utilizar COCs. Este risco adicional desaparece gradualmente durante os 10 anos seguintes à paragem da utilização de COCs. Dado que o carcinoma da mama é raro numa mulher com menos de 40 anos de idade, o número adicional de casos em mulheres a utilizar ou que utilizaram recentemente COCs é reduzido, em comparação com a incidência global. Estes estudos não evidenciam causa. O padrão observado de aumento de risco pode ser devido a um diagnóstico mais precoce de carcinoma da mama nas utilizadoras de COCs, aos efeitos biológicos dos COCs ou uma combinação de ambos. O carcinoma da mama diagnosticado nas mulheres utilizadoras de COCs encontra-se, normalmente, num estágio clinicamente menos avançado do que o diagnosticado nas não utilizadoras. Em casos raros, foram descritos tumores hepáticos benignos e, ainda mais raramente, tumores hepáticos malignos, em utilizadoras de COCs. Em casos isolados, estes tumores têm ocasionado hemorragias intra-abdominais que podem ocasionar risco de vida. Dever-se-á considerar a hipótese de um tumor hepático no diagnóstico diferencial quando ocorre uma dor abdominal intensa na parte superior do abdómen, uma hepatomegália ou sinais de hemorragia intra-abdominal em mulheres a utilizar COCs.

**3. Outras situações** Mulheres com hipertrigliceridémia ou história familiar podem ter um risco aumentado de pancreatite quando utilizam COCs. Embora tenha sido referido um aumento ligeiro nos valores da tensão arterial em muitas das mulheres que utilizam COCs, os aumentos clinicamente relevantes são raros. No entanto, se ocorrer hipertensão persistente, clinicamente significativa, durante a utilização de um COC, é prudente o médico suspender o COC e tratar a hipertensão. Quando for considerado correcto, a utilização de COCs poderá ser retomada desde que se tenha conseguido um valor normal da tensão arterial com uma terapêutica anti-hipertensiva. Foi observada a ocorrência ou agravamento das seguintes situações durante a utilização de COCs ou durante uma gravidez, sem uma evidência concreta da relação causa/efeito com os COCs: icterícia e/ou prurido relacionados com colestase; litíase biliar; porfíria; lúpus eritematoso sistémico; síndrome urémico hemolítico; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda de audição relacionada com otosclerose. As alterações agudas ou crónicas da função hepática podem requerer interrupção da utilização de COCs até que os marcadores da função hepática retornem ao normal. A recorrência de uma icterícia colestática previamente ocorrida durante uma gravidez ou anterior utilização de hormonas esteróides sexuais é um indicativo de que a utilização de COCs deve ser interrompida. Embora os COCs possam ter um efeito sobre a resistência periférica à insulina e a tolerância à glicose, não se provou a necessidade de alterar o regime terapêutico nas mulheres diabéticas que utilizam COCs de baixa dosagem (contendo < 0,05 mg de etinilestradiol). No entanto, uma mulher diabética deve ser cuidadosamente vigiada enquanto tomar COCs. Doença de Crohn e colite ulcerosa têm sido associados à utilização de COCs. Ocasionalmente, poderá surgir cloasma, especialmente em mulheres com antecedentes cloasma gravídico. As mulheres com tendência para cloasma devem evitar a exposição ao sol ou à radiação UV durante a utilização de COCs. **Este medicamento contém lactose.** Doentes com problemas hereditários de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **Exame / Consulta Médica** Antes de se iniciar ou reiniciar a utilização de COCs, deverá ser feita a história clínica completa e exame médico da mulher, atendendo às contra-indicações (ver "contra-indicações") e às advertências (ver "Advertências"), e deverão ser periodicamente repetidos. Avaliações médicas periódicas são também importantes devido às contra-indicações (por exemplo, um ataque isquémico transitório, etc.) ou factores de risco (por ex., antecedentes familiares de trombose venosa ou arterial) que podem surgir pela primeira vez durante a utilização de COCs. A frequência e a natureza destes exames devem ser baseadas numa prática clínica correcta e adaptadas de forma individual e devem, geralmente, incluir especial referência à tensão arterial, mamas, abdómen e órgãos pélvicos, incluindo a citologia cervical. As mulheres deverão ser informadas de que os contraceptivos orais não protegem contra as infecções por VIH (SIDA) e outras doenças sexualmente transmitidas.

**Redução da eficácia** A eficácia dos COCs pode diminuir em caso de, por exemplo, esquecimento da toma de comprimido ("O que fazer quando houver esquecimento dos comprimidos"), perturbações gastrointestinais (ver "Conselhos em caso de perturbações gastrointestinais") ou devido a medicação concomitante (ver "Interações"). **Redução do controlo do ciclo** Com todos os COCs podem ocorrer perdas hemorrágicas irregulares (spotting ou hemorragias intraciclicas), especialmente durante os primeiros meses de utilização. Por isso, a avaliação de qualquer hemorragia irregular apenas faz sentido após um intervalo de adaptação de cerca de três ciclos. Se as hemorragias irregulares persistirem ou ocorrerem após ciclos regulares, deverão ser consideradas as causas não hormonais e tomadas as medidas necessárias para excluir uma neoplasia ou gravidez. Estas medidas poderão incluir curetagem. Em algumas mulheres, a hemorragia de privação poderá não ocorrer durante o intervalo sem comprimidos. Se o COC tiver sido tomado de acordo com a "Posologia e modo de administração", é pouco provável que a mulher esteja grávida. No entanto, se o COC não tiver sido tomado de acordo com aquelas instruções antes da primeira hemorragia de privação em falta ou se ocorrerem duas faltas de hemorragia de privação, dever-se-á averiguar se há gravidez antes de continuar a utilizar de COCs.

**Interações medicamentosas e outras formas de interacção**

**Interações** As interações entre contraceptivos orais e outros medicamentos podem originar hemorragias intraciclicas e/ou falência de contracepção. Foram descritas na literatura as seguintes interações: Metabolismo hepático: Podem ocorrer interações com medicamentos indutores das enzimas microssomais, o que pode resultar numa depuração aumentada de hormonas sexuais (por exemplo, fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, rifabutina e possivelmente também a oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos medicinais contendo erva de S. João (*Hypericum perforatum*). Interferência com a Circulação Enterohepática: Alguns estudos clínicos sugerem que a circulação enterohepática de estrogénios pode diminuir quando são administrados certos agentes antibióticos, que podem reduzir as concentrações de etinilestradiol (por exemplo, penicilinas e tetraciclina). As mulheres em tratamento com qualquer um destes fármacos deverão usar, temporariamente, um método de barreira, além do COC, ou escolher outro método de contracepção. Durante o tempo de uso concomitante com fármacos indutores das enzimas microssomais hepáticas e até 28 dias após a sua suspensão, deverá ser usado um método de barreira. As mulheres em tratamento com antibióticos (excepto rifampicina e griseofulvina) deverão usar um método de barreira até 7 dias após a sua descontinuação. Se o período, durante o qual é usado um método de barreira, se prolongar para além do fim dos comprimidos na embalagem do COC, a embalagem seguinte deverá ser iniciada sem o intervalo habitual sem comprimidos. Os contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos. Desta forma, concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afectadas (por exemplo, ciclosporina). Nota: Deve-se consultar a informação de prescrição da medicação concomitante de forma a identificar potenciais interações. **Testes laboratoriais** A utilização de contraceptivos esteróides pode influenciar as concentrações de certos parâmetros laboratoriais, incluindo os parâmetros bioquímicos das funções hepáticas, tiroideia, supra-renal e renal, os valores plasmáticos das proteínas de transporte, por exemplo, globulinas de ligação aos corticóides e fracções lipídicas/lipoproteicas, os parâmetros do metabolismo dos hidratos de carbono e os parâmetros de coagulação e fibrinólise. Em geral, as alterações verificadas mantêm-se dentro dos valores normais. Mercilon **não está indicado durante a gravidez.** Se ocorrer gravidez durante a utilização de Mercilon, deve-se parar imediatamente a toma. No entanto, estudos epidemiológicos alargados mostraram não haver um aumento de risco de malformação do feto em mulheres que tomaram COCs antes de engravidar, nem de efeitos teratogénicos no caso de um COC ter sido inadvertidamente tomado no início de uma gravidez. Os COCs podem alterar a quantidade e alterar a composição do leite materno. Portanto, o uso de COCs não deve, em geral, ser recomendado antes do total desmame do lactente. O leite materno pode conter pequenas quantidades de esteróides contraceptivos e/ou dos seus metabolitos, mas não há conhecimento de que tenham efeitos indesejáveis sobre a saúde do recém-nascido. Os **efeitos indesejáveis** mais graves associados ao uso de COCs estão listados nas "Advertências". Outros efeitos indesejáveis que foram reportados em utilizadoras de COCs, mas para os quais a associação não tem sido nem confirmada nem refutada, são:

Classe de Sistema de Órgãos	Frequentes/ Pouco frequentes (>1/1000)	Raros (<1/1000)
Afeções oculares		Intolerância ao uso de lentes de contacto
Perturbações gastrointestinais	Náuseas, vómitos, dor abdominal, diarreia	
Perturbações do sistema imunitário		Hipersensibilidade
Perturbações do metabolismo e da nutrição	Aumento de peso, retenção de líquidos	Perda de peso
Perturbações do sistema nervoso	Cefaleia, enxaqueca, diminuição da libido, estado depressivo, alteração do humor	Aumento da libido
Perturbações dos órgãos genitais e da mama	Mastodínia, tensão mamária, hipertrofia da mama	Leucorreia, secreção mamária
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Rash, urticária	Eritema nodoso, eritema multiforme

<sup>1</sup> Estão listados os termos MedDRA (versão 6.1) mais correctos para descrever um certo número de efeitos indesejáveis que são referidos. Não são listados sinónimos ou situações relacionadas, mas que devem também ser tidas em conta. **Lista dos excipientes** Amido de batata, povidona, ácido esteárico, sílica coloidal anidra, alfa-tocoferol e lactose monohidratada

**Titular da AIM:** Organon Portuguesa, Lda., Av. José Malhoa, 16B – 2º 1070-159 Lisboa **Texto revisto em Abril/2007**

IVA 5% incluído

Medicamento sujeito a receita médica

Produto	Apresentação	PVP	Regime Normal		
			Estado	Utente	Part
Mercilon	1x21 Comp	5,12€	3,53€	1,59€	69%
Mercilon	3x21 Comp	11,86€	8,18€	3,68€	69%

**1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO:** EVRA, sistema transdérmico.

**2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada sistema transdérmico liberta 6 mg de norelgestromina (NGMN) e 600 microgramas de etinilestradiol (EE). Cada sistema transdérmico liberta 150 microgramas de NGMN e 20 microgramas de EE, em 24 h. Lista completa de excipientes, ver secção 6.1.

**3. FORMA FARMACÉUTICA:** Sistema transdérmico. EVRA é um sistema transdérmico fino, tipo matriz, que consiste em três camadas. A parte de fora da camada de suporte é bege e tem "EVRA 150/20" impresso a quente.

#### 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

**4.1 Indicações terapêuticas:** Contraceção feminina. EVRA destina-se a mulheres em idade fértil.

A segurança e eficácia foram estabelecidas em mulheres entre os 18 e os 45 anos de idade. **4.2**

**Posologia e modo de administração Posologia:** para atingir eficácia contraceptiva máxima,

EVRA deve ser utilizado exactamente como indicado e as doentes têm de ser aconselhadas a utilizar exactamente como prescrito. Para as instruções de iniciação consulte abaixo "Como iniciar EVRA".

Deve utilizar-se apenas um sistema de cada vez. Cada sistema usado é removido e imediatamente substituído por um novo no mesmo dia da semana (dia de mudança), ao dia 8 e dia 15 do ciclo.

As mudanças do sistema podem ocorrer a qualquer hora durante o dia de mudança estabelecido.

A quarta semana corresponde ao período de privação, tendo início no dia 22. Um novo ciclo contraceptivo tem início no dia a seguir à semana correspondente ao período de privação; o sistema EVRA seguinte deve ser aplicado mesmo que não tenha ocorrido hemorragia ou se a hemorragia ainda não tiver parado.

Em circunstância alguma deverá ocorrer um período de privação superior a 7 dias, entre ciclos de dosagem. A mulher poderá não estar protegida contra uma gravidez se houver um período de privação superior a 7 dias. Nessas circunstâncias, deverá utilizar-se um contraceptivo não hormonal, concomitantemente, durante 7 dias. Conforme ocorre com os contraceptivos orais combinados, o risco de ovulação aumenta em cada dia para além do período recomendado sem contraceptivos. A possibilidade de ocorrência de gravidez deverá ser considerada se tiverem ocorrido relações sexuais durante semelhante período de privação prolongado. **Modo de administração:** EVRA deve ser aplicado em pele limpa, seca, sem pêlos, saudável e intacta, na nádega, abdómen, na região externa do braço ou na parte superior do tronco, num local onde não seja friccionado por roupa apertada. EVRA não deve ser aplicado na mama ou em pele vermelha, irritada ou esfolada. Cada sistema consecutivo de libertação EVRA deve ser aplicado num sítio diferente da pele (embora possa ser mantido na mesma zona anatómica) para ajudar a evitar potencial irritação. O sistema deve ser pressionado com firmeza até os bordos aderirem bem. Para evitar interferências com as propriedades adesivas do EVRA, não se deve aplicar maquilhagem, cremes, loções, pós ou outros produtos tópicos na área da pele sobre a qual o sistema transdérmico EVRA se encontra aplicado e irá ser aplicado brevemente. Recomenda-se que as utentes observem visualmente o seu sistema diariamente para verificar se mantém uma adesão adequada. Os sistemas usados devem ser deitados fora cuidadosamente de acordo com as instruções na secção 6.6.

**COMO INICIAR EVRA**

**Sem que tenha havido utilização de contraceção hormonal no ciclo precedente:** A contraceção com EVRA começa no primeiro dia da menstruação. Um único sistema é aplicado e usado durante uma semana completa (7 dias). O dia em que é aplicado o primeiro sistema (dia 1/ dia de iniciação) determina os dias de mudança subsequentes. O dia de mudança do sistema será nesse dia, todas as semanas (dias 8, 15, 22 do ciclo e dia 1 do ciclo seguinte). Na quarta semana não há aplicação do sistema, e inicia-se no dia 22. Se a terapêutica do ciclo 1 tiver início após o primeiro dia do ciclo menstrual, deverá utilizar-se um contraceptivo não hormonal, concomitantemente, durante os 7 primeiros dias consecutivos do primeiro ciclo de tratamento, apenas.

**Ao substituir um sistema contraceptivo oral combinado:** tratamento com EVRA deve começar no primeiro dia de hemorragia de privação. Se não houver hemorragia de privação num período de 5 dias após o último comprimido activo (contendo hormona), a gravidez tem de ser excluída antes de se iniciar tratamento com EVRA. Se a terapêutica tiver início após o primeiro dia de hemorragia de privação, deverá utilizar-se um contraceptivo não hormonal, concomitantemente, durante 7 dias. Se decorrerem mais de 7 dias após a administração do último comprimido activo de contraceptivo oral, a mulher pode ter ovulado e deve, portanto, ser aconselhada a consultar um médico antes de iniciar o tratamento com EVRA. Se tiverem ocorrido relações sexuais durante o mesmo período de privação prolongado, a possibilidade de gravidez deve ser considerada.

**Ao mudar de um método contendo apenas progesterona:** A mulher pode substituir a mini-pílula em qualquer dia (um implante no dia da sua remoção, um injectável na altura em que estaria prevista a injeção seguinte), mas é necessário utilizar um método contraceptivo de barreira de apoio durante os primeiros 7 dias.

**Após uma interrupção voluntária da gravidez ou aborto:** EVRA pode ser iniciado imediatamente após uma interrupção voluntária da gravidez ou aborto que tenha ocorrido antes das 20 semanas de gestação. Não é necessário utilizar um método contraceptivo adicional se EVRA for iniciado imediatamente. Terá de estar avisada que a ovulação pode ocorrer num período de 10 dias após uma interrupção voluntária da gravidez ou aborto. Após uma interrupção voluntária da gravidez ou aborto que tenha ocorrido às 20 semanas de gestação ou após este período de tempo, EVRA pode ser iniciado no dia 21 após o aborto ou no primeiro dia da primeira menstruação espontânea, conforme aquele que surgir primeiro. A incidência de ovulação no dia 21 após o aborto (às 20 semanas de gestação) é desconhecida.

**Após o parto:** As utilizadoras que decidirem não amamentar devem iniciar a terapia contraceptiva com EVRA não antes das 4 semanas após o nascimento da criança. Ao iniciar mais tarde, a mulher deve ser aconselhada a utilizar adicionalmente um método de barreira durante os primeiros 7 dias. Contudo, no caso de já terem ocorrido relações sexuais, a gravidez deve ser excluída antes do início efectivo de EVRA ou a mulher terá de esperar pelo seu primeiro período menstrual. Para as mulheres a amamentarem, ver secção 4.6.

**O que fazer se o sistema de libertação se descolar total ou parcialmente:** Se o sistema de

libertação EVRA se soltar parcial ou completamente e assim permanecer, a libertação de medicamento será insuficiente. Se o EVRA permanecer, mesmo que apenas, parcialmente descolado:

- durante menos de um dia (até 24 horas): deverá ser reaplicado no mesmo local ou substituído imediatamente por um novo sistema EVRA. Não é necessário nenhum contraceptivo adicional. O sistema EVRA seguinte deve ser aplicado no habitual "dia de mudança".

- durante mais de um dia (24 horas ou mais) ou quando a utilizadora não se apercebeu em que altura é que o sistema se descolou ou se soltou: a utilizadora poderá não estar protegida da gravidez. A utilizadora deve parar o ciclo contraceptivo corrente e iniciar um novo ciclo imediatamente, por aplicação de um novo sistema EVRA. Existe agora um novo "dia 1" e um novo "dia de mudança". Deverá utilizar-se um contraceptivo não hormonal, concomitantemente, durante os 7 primeiros dias do novo ciclo, apenas. Não se deve reaplicar um sistema se este já não aderir; deve-se aplicar imediatamente um novo sistema. Não se devem utilizar adesivos suplementares ou ligaduras para segurar o sistema EVRA no seu lugar.

#### DESVIOS AO REGIME DE DOSE RECOMENDADO

##### No início de qualquer ciclo do sistema (semana um/dia 1):

- A utilizadora poderá não estar protegida de uma gravidez. A utilizadora deve aplicar o primeiro sistema do novo ciclo assim que se lembrar. Existe agora um novo "dia de mudança" e um novo "dia 1". É necessário utilizar-se um contraceptivo não hormonal, concomitantemente, durante os primeiros 7 dias do novo ciclo. Se tiverem ocorrido relações sexuais durante semelhante período de privação prolongado, deve considerar-se a possibilidade de gravidez.

##### No meio do ciclo (semana dois/dia 8 ou semana três/dia 15):

- durante um ou dois dias (até 48 horas): A utilizadora deve aplicar um novo sistema EVRA, imediatamente. O sistema EVRA seguinte deve ser aplicado no "dia de mudança" habitual. Se durante os 7 dias que precederam o primeiro dia sem aplicação do sistema, este foi utilizado de forma correcta, não é necessária a utilização de qualquer contraceptivo adicional.

- durante mais de dois dias (48 horas ou mais): A utilizadora pode não estar protegida de uma gravidez. A utilizadora deve parar o ciclo contraceptivo corrente e iniciar um novo ciclo de quatro semanas, imediatamente, por aplicação de um novo sistema EVRA. Existe agora um novo "dia 1" e um novo "dia de mudança". É necessário utilizar-se um contraceptivo não hormonal, concomitantemente, durante os primeiros 7 dias do novo ciclo.

- no fim do ciclo (semana quatro/dia 22): Se o sistema EVRA não for removido no início da semana 4 (dia 22), deve ser removido o mais cedo possível. O ciclo seguinte deve ter início no "dia de mudança" habitual, que é o dia a seguir ao dia 28. Não é necessária a utilização de qualquer contraceptivo adicional.

##### Ajuste do dia de mudança

De modo a adiar um período menstrual por um ciclo, a mulher tem de aplicar outro sistema no início da semana 4 (dia 22), não respeitando, assim, o período de privação. Poderão ocorrer hemorragias intra-cíclicas ou pequenas perdas de sangue. Após 6 semanas consecutivas de utilização do sistema, deverá haver um período de privação de 7 dias. Após isto, pode prosseguir-se com a aplicação regular de EVRA. Se a utilizadora desejar alterar o dia de mudança, o ciclo corrente deve ser completado, procedendo-se à remoção do terceiro sistema EVRA no dia correcto. Durante a semana correspondente ao período de privação, pode-se seleccionar um novo dia de mudança aplicando-se o primeiro sistema EVRA do ciclo seguinte na primeira ocorrência do dia desejado. Não devem decorrer, de forma alguma, mais do que 7 dias consecutivos sem a aplicação do sistema. Quanto mais curto for o intervalo sem a aplicação do sistema, maior é o risco que a utilizadora tem de não ter hemorragia de privação e poderá ter hemorragias intra-cíclicas e pequenas perdas de sangue durante o subsequente ciclo de tratamento.

##### Em caso de irritação menor da pele

Se a utilização do sistema provocar uma irritação desconfortável pode aplicar-se um novo sistema num local novo até ao seguinte dia de mudança. Só se deve utilizar apenas um sistema de cada vez.

**Populações especiais:** Peso corporal igual ou superior a 90 kg: a eficácia contraceptiva pode ser menor em mulheres com um peso igual ou superior a 90 kg.

**Disfunção renal:** EVRA não foi estudado em mulheres com disfunção renal. Não é necessário qualquer ajuste de dose, no entanto, e uma vez que a literatura sugere que a fracção de EE não ligada é superior, o EVRA deve ser utilizado sob vigilância, nesta população.

**Disfunção hepática:** EVRA não foi estudado em mulheres com disfunção hepática. EVRA está contra-indicado em mulheres com disfunção hepática (ver secção 4.3).

**Mulheres pós-menopáusicas:** EVRA não se destina a utilização como terapêutica hormonal de substituição.

**Crianças e adolescentes:** a segurança e eficácia de EVRA só foram estabelecidas em mulheres entre os 18 e 45 anos de idade.

#### 4.3. Contra-indicações

EVRA não deve ser utilizado na presença de uma das seguintes disfunções. Se uma destas disfunções ocorrer pela primeira vez durante a utilização de EVRA, este tem de ser descontinuado imediatamente:

- Hipersensibilidade às substâncias activas ou a qualquer dos excipientes;
- Presença ou história de trombose venosa, com ou sem envolvimento de embolia pulmonar;
- Presença ou história de trombose arterial (e.g. acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, trombose da retina) ou pródrómos de uma trombose (e.g. angina de peito ou ataque isquémico transitório);
- Enxaqueca com aura focal;
- Presença de grave(s) ou múltiplo(s) factor(es) de risco para a ocorrência de trombose arterial;
- Hipertensão grave (valores persistentes 160+/100+ mmHg);
- Diabetes mellitus com envolvimento vascular;
- Dislipoproteinémia hereditária;
- Possível predisposição hereditária para trombose venosa ou arterial, como a resistência à proteína

C (APC-) activada, deficiência de anti-trombina III, deficiência de proteína C, deficiência de proteína S, hiperhomocisteinemia e anticorpos antifosfolipídicos (anticorpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico);

- Diagnóstico ou suspeita de carcinoma da mama;
- Carcinoma do endométrio ou diagnóstico ou suspeita de outra neoplasia dependente de estrogénios;
- Função hepática anormal relacionada com doença hepatocelular aguda ou crónica;
- Adenomas ou carcinomas hepáticos;
- Hemorragia genital anormal não diagnosticada.

#### 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização:

Não existe evidência clínica indicadora de que um sistema transdérmico é, em qualquer aspecto, mais seguro do que os contraceptivos orais combinados. Se quaisquer das condições/factores de risco mencionados abaixo estiverem presentes, os benefícios de utilização de EVRA devem ser ponderados relativamente aos possíveis riscos para cada mulher e discutidos com a mulher antes de ela decidir começar a utilizar EVRA. No caso de agravamento, exacerbação ou primeiro aparecimento de qualquer uma destas condições ou factores de risco, deve dizer-se, enfaticamente, à mulher para contactar o seu médico que decidirá se a sua utilização deverá ser descontinuada ou não.

**Tromboembolias e outras disfunções vasculares:** Estudos epidemiológicos associaram a utilização de contraceptivos orais combinados (COCs) com um aumento do risco de enfarte venoso profundo (trombose venosa profunda, embolia pulmonar) e tromboembolia arterial (enfarte do miocárdio, ataque isquémico transitório). Nestes estudos, a incidência de TEV em utilizadoras de contraceptivos orais com baixo teor em estrogénios (< 50 Egg de etinilestradiol) varia entre cerca de 20 a 40 casos por 100.000 anos mulher, mas este risco varia de acordo com o progestagénio (para COCs contendo levonorgestrel, a incidência é de cerca de 20 casos por 100.000 anos mulher). Isto é comparável com 5-10 casos por 100.000 anos mulher relativo a não utilizadoras. A utilização de qualquer contraceptivo hormonal combinado, incluindo EVRA, acarreta um aumento do risco de tromboembolismo venoso (TEV) em comparação com a sua não utilização. Dos dados actualmente disponíveis, não é possível excluir um maior risco de TEV com EVRA comparativamente a outros contraceptivos hormonais combinados. O risco excessivo de TEV é maior durante o primeiro ano em que a mulher utiliza um contraceptivo oral combinado. Este risco aumentado é menor do que o risco de TEV associado com a gravidez, que está estimado como sendo de 60 por 100.000 mulheres grávidas por ano. O TEV é fatal em 1 %-2 % dos casos. A ocorrência de trombose noutros vasos sanguíneos, e.g. veias e artérias hepática, mesentérica, renal, cerebral ou da retina, tem sido reportada com extrema raridade, em utilizadoras de COC. Não há consenso quanto ao facto da ocorrência destes episódios estar associada com a utilização de COCs.

Os sintomas de trombose venosa ou arterial podem incluir:

- Dor unilateral e/ou inchaço do membro inferior;
- Súbita dor grave no peito com possível irradiação para o membro superior esquerdo;
- Opressão súbita; início súbito de tosse sem uma causa evidente;
- Qualquer cefaleia involuntária, grave, prolongada;
- Súbita perda de visão parcial ou completa;
- Diplopia;
- Discurso pouco claro ou afasia;
- Vertigens; colapso com ou sem convulsão focal;
- Fraqueza ou parestesia muito marcada que afecta subitamente um lado ou uma parte do corpo;
- Distúrbios motores;
- Dor abdominal aguda.

O risco de tromboembolismo venoso em utentes de contraceptivos combinados aumenta com:

- O avançar da idade;
- Uma história familiar positiva (i.e. tromboembolismo venoso num irmão ou parente numa idade relativamente precoce). No caso de suspeita de um predisposição, a mulher deve ser encaminhada para um especialista para ser aconselhada antes de decidir acerca da utilização de qualquer contraceptivo hormonal;
- A imobilização prolongada, uma cirurgia importante dos membros inferiores, ou um traumatismo importante. Nestas situações é aconselhável descontinuar a utilização (no caso de cirurgia electiva, pelo menos com 4 semanas de antecedência) e só deve ser retomada duas semanas após re-mobilização completa;
- Obesidade (índice de massa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup>);
- Possivelmente também com tromboflebite superficial e veias varicosas. Não existe consenso quanto ao possível papel destas condições na etiologia da trombose venosa.

O risco de complicações tromboembólicas arteriais em utentes de contraceptivos combinados aumenta com:

- O avançar da idade;
- Tabagismo (com um tabagismo marcado e o avançar da idade o risco aumenta ainda mais, especialmente em mulheres com mais de 35 anos de idade);
- Dislipoproteinemia;
- Obesidade (índice de massa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup>);
- Hipertensão;
- Doença cardíaca valvular;
- Fibrilhação auricular;
- Uma história familiar positiva (i.e. tromboembolismo venoso num irmão ou parente numa idade relativamente precoce). No caso de suspeita de um predisposição, a mulher deve ser encaminhada para um especialista para ser aconselhada antes de decidir acerca da utilização de qualquer contraceptivo hormonal.

Os factores bioquímicos que possam ser indicativos de uma predisposição hereditária ou adquirida para a trombose venosa ou arterial incluem a resistência à Proteína C Activada (APC), hiperhomocisteinemia, deficiência em anti-trombina III, deficiência em proteína C, deficiência em proteína S, anticorpos antifosfolipídicos (anticorpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico). Outras condições médicas que foram associadas com efeitos adversos circulatórios incluíram a diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistémico, síndrome urémico hemolítico, doença intestinal inflamatória crónica (e.g. doença de Crohn ou colite ulcerosa).

O aumento do risco de tromboembolismo no puerpério tem de ser tido em consideração (para obter informação sobre "gravidez e aleitamento" ver secção 4.6). Um aumento da frequência ou gravidade das cefaleias (que pode ser prodromico de um episódio vascular cerebral) poderá ser uma razão para a descontinuação imediata de contraceptivos combinados. Deve avisar-se, enfaticamente, as mulheres

que utilizam contraceptivos combinados para contactarem com o seu médico em caso de possíveis sintomas de trombose. Em caso de suspeita ou confirmação de trombose, deve descontinuar-se a utilização de contraceptivos hormonais. Deve iniciar-se contracepção adequada dada a teratogenicidade da terapia anticoagulante (cumarina).

**Tumores:** Foi reportado, em alguns estudos epidemiológicos, um aumento do risco de cancro do colo do útero em utilizadoras de COCs durante períodos prolongados, mas continua a haver controvérsia no que respeita à extensão de atribuição destas revelações aos efeitos alterados de comportamento sexual e outros factores como o papiloma vírus humano (HPV). Uma meta-análise de 54 estudos epidemiológicos reportou haver um risco ligeiramente aumentado (RR = 1,24) de diagnóstico de cancro da mama em mulheres correntemente a utilizar COCs. O risco excessivo desaparece gradualmente durante o curso dos 10 anos após a cessação de utilização do COC. Como o cancro da mama é raro em mulheres com menos de 40 anos de idade, o excesso de número de diagnósticos de cânceros da mama em utilizadoras correntes e recentes de COC é pequeno em relação ao risco global de cancro da mama. Os cânceros da mama diagnosticados em utilizadoras crónicas tendem a ser clinicamente menos avançados do que os cânceros diagnosticados nas mulheres que nunca foram utilizadoras. O padrão de risco aumentado observado pode ser devido a um diagnóstico mais precoce de cancro da mama em utilizadoras de COC, aos efeitos biológicos dos COCs ou a uma combinação de ambos. Em casos raros, foram reportados nas utilizadoras de COCs tumores hepáticos benignos, e ainda mais raramente, tumores hepáticos malignos. Em casos isolados, estes tumores levaram a hemorragias intra-abdominais com risco de morte. Portanto, o tumor hepático deve ser tido em consideração no diagnóstico diferencial quando ocorrer grave dor abdominal superior, aumento do fígado ou sinais de hemorragia intra-abdominal em mulheres a utilizar EVRA.

**Outras condições:** Não foi demonstrada eficácia contraceptiva satisfatória em mulheres com 90 kg de peso ou mais (ver secções 4.2 e 5.1). Mulheres com hipertrigliceridemia ou história familiar do referido, podem constituir um aumento do risco de pancreatite ao utilizar contraceptivos hormonais combinados. Embora tenham sido reportados pequenos aumentos da tensão arterial em muitas mulheres a utilizar contraceptivos hormonais, os aumentos clinicamente relevantes são raros. Não foi estabelecida uma relação definitiva entre a utilização de contraceptivos hormonais e a hipertensão clínica. Se, durante a utilização de um contraceptivo hormonal combinado em hipertensão pré-existente, os valores de tensão arterial constantemente elevados, ou um aumento significativo da tensão arterial não respondem adequadamente ao tratamento anti-hipertensor, tem de se retirar o contraceptivo hormonal combinado. A utilização do contraceptivo hormonal combinado pode ser retomada no caso de se alcançarem valores de normotensão com terapia anti-hipertensiva. As seguintes condições foram reportadas como tendo ocorrido ou deteriorarem, tanto com a gravidez como com a utilização de COC, mas a evidência de uma associação com a utilização de COC não é conclusiva: icterícia e/ou prurido relacionado com colestase; cálculo biliar; porfiria, lúpus eritematoso sistémico; síndrome urémico hemolítico; coréia de Sydenham; herpes gestacional; perda de audição relacionada com otosclerose. Os distúrbios agudos ou crónicos da função hepática poderão exigir a descontinuação dos contraceptivos hormonais combinados até os marcadores da função hepática voltarem ao normal. A recorrência de prurido relacionado com a colestase, que ocorreu durante uma gravidez anterior ou anterior utilização de esteróides sexuais, exige a descontinuação dos contraceptivos hormonais combinados. Embora os contraceptivos hormonais combinados possam ter um efeito sobre a resistência à insulina periférica e tolerância à glucose, não existe evidência de necessidade de alterar o regime terapêutico nas diabéticas durante a utilização da contracepção hormonal combinada. Contudo, as mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas na fase inicial de utilização de EVRA. Foram reportadas a deterioração da depressão endógena, da epilepsia, da doença de Crohn e da colite ulcerosa durante a utilização de COC. Poderão ocorrer cloasmas ocasionalmente com a utilização de contracepção hormonal, especialmente, em utilizadoras com uma história de cloasma gravídico. As utilizadoras com uma tendência para o cloasma devem evitar a exposição ao sol ou radiação ultravioleta durante a utilização de EVRA. Os cloasmas muitas vezes não são totalmente reversíveis.

**Exame/consulta médica:** Antes da iniciação ou reinstituição de EVRA, deve obter-se a história médica completa (incluindo a história familiar) e a gravidez deve ser excluída. Deve medir-se a tensão arterial e deve efectuar-se um exame físico orientado de acordo com as contra-indicações (ver secção 4.3) e advertências (ver secção 4.4). A mulher também deve ser instruída a ler atentamente o folheto utilizado e a aderir aos conselhos dados. A frequência e natureza dos exames subsequentes devem basear-se em directrizes estabelecidas e devem ser adaptadas à mulher individual com base na impressão clínica. As mulheres devem ser avisadas de que os contraceptivos orais não protegem contra as infecções por HIV (SIDA) e outras doenças sexualmente transmissíveis.

**Irregularidades hemorrágicas:** Com todos os contraceptivos hormonais combinados podem ocorrer perdas de sangue irregulares (pequenas perdas de sangue ou hemorragias intra-cíclicas), especialmente durante os meses iniciais de utilização. Por esta razão, uma opinião médica sobre perdas de sangue irregulares só será útil após um período de adaptação de, aproximadamente, três ciclos. Se as hemorragias intra-cíclicas persistirem ou se ocorrerem hemorragias intra-cíclicas após ciclos anteriormente regulares, tendo EVRA sido utilizado de acordo com o regime recomendado, deve considerar-se uma causa que não EVRA. As causas não hormonais devem ser tidas em consideração e, se necessário, devem tomar-se medidas diagnósticas adequadas para excluir a doença orgânica ou a gravidez. Isto poderá incluir curetagem. Em algumas mulheres poderá não ocorrer hemorragia de privação durante o período de privação do sistema. Se EVRA tiver sido utilizado de acordo com as instruções descritas na secção 4.2, é pouco provável que a mulher esteja grávida. Contudo, se EVRA não foi utilizado de acordo com estas instruções antes da primeira não ocorrência de hemorragia de privação ou na ausência de duas hemorragias de privação, a gravidez tem de ser excluída antes de se continuar com a utilização de EVRA. Algumas utilizadoras poderão ter amenorreia ou oligomenorreia depois de descontinuarem a contracepção hormonal, especialmente quando semelhante condição era pré-existente. As preparações herbárias contendo hipericão (*Hypericum perforatum*) não devem ser utilizadas durante a utilização de EVRA (ver 4.5 Interações).

#### 4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interacção

##### Influência de outras medicações sobre EVRA

Interações medicamentosas que resultam num aumento da depuração das hormonas sexuais podem levar a hemorragias intra-cíclicas e falência dos contraceptivos orais. Isto foi estabelecido com as hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina e rifampicina; a oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina, modafinil e fenilbutazona são também suspeitas. O mecanismo destas interações parece basear-se nas propriedades indutoras das enzimas hepáticas destes fmedicamentos. A indução enzimática máxima, geralmente, não é observada durante 2-3 semanas, mas pode ser sustida

durante pelo menos 4 semanas após cessação da terapia. A preparação herbária hipericão (*Hypericum perforatum*) não deve ser tomada concomitantemente com este medicamento, pois poderia levar, potencialmente, a uma perda do efeito contraceptivo. Foram reportadas hemorragias intra-cíclicas e gravidezes não desejadas. Isto deve-se à indução de enzimas metabolizadoras pelo hipericão. O efeito indutor pode persistir durante pelo menos 2 semanas após a cessação do tratamento com hipericão. Também têm sido reportadas falências contraceptivas com antibióticos, como a ampicilina e as tetraciclina. O mecanismo deste efeito não foi elucidado. Num estudo farmacocinético de interacção, a administração oral de hidrócloro de tetraciclina, 500 mg quatro vezes por dia, durante 3 dias antes e 7 dias durante a utilização de EVRA, não afectou de forma significativa a farmacocinética do norelgestromina ou do EE. As mulheres em tratamento com qualquer um destes medicamentos devem utilizar um método de barreira, temporariamente, para além de EVRA ou escolher outro método de contracepção. Com os fármacos indutores das enzimas microsossais, o método de barreira deve ser utilizado durante o tempo de administração concomitante destes medicamentos e durante 28 dias após a sua descontinuação. As mulheres em tratamento com antibióticos (excepto a tetraciclina, rifampicina e griseofulvina) devem utilizar o método de barreira até 7 dias após a descontinuação. Se a administração concomitante de medicamentos prosseguir para além de 3 semanas do tratamento com o sistema, deve iniciar-se imediatamente um novo ciclo de tratamento sem o habitual intervalo de privação. No caso das mulheres em terapia prolongada com indutores das enzimas hepáticas, deve considerar-se outro método de contracepção.

**Influência de EVRA sobre outras medicações:** Os progestogénios e estrogénios inibem uma variedade de enzimas P450 (e.g. CYP 3A4, CYP 2C19) nos microsossas hepáticos humanos. Contudo, sob o regime de administração de dose recomendado, as concentrações in vivo de norelgestromina e dos seus metabolitos, mesmos nos níveis séricos de pico, são relativamente baixos em comparação com a constante de inibição (Ki) indicando um baixo potencial para uma interacção clínica. Não obstante, os médicos são aconselhados a consultar a informação de prescrição para obtenção de recomendações relativamente à gestão da terapêutica concomitante, especialmente no que respeita aos agentes com um estreito índice terapêutico e que são metabolizados por estas enzimas (e.g. ciclosporina).

**Testes laboratoriais:** Certos testes da função endócrina e hepática e componentes do sangue poderão ser afectados pelos contraceptivos hormonais:

- Aumento da protrombina e factores VII, VIII, IX e X; diminuição da anti-trombina III; diminuição da proteína S; aumento da agregação plaquetária induzida pela norepinefrina (noradrenalina).
- Aumento da globulina de ligação à tiroide (TBG) que leva a um aumento da hormona tiroidea total em circulação, conforme medido pelo iodo ligado à proteína (PBI), T4 por coluna ou radioimunoensaio.

Diminuição da captação da resina da T3 livre, reflectindo o aumento da TBG; a concentração da T4 livre permanece inalterada.

- Outras proteínas de ligação poderão aparecer elevadas no soro.
- As globulinas de ligação às hormonas sexuais (SHBG) surgem aumentadas e resultam em níveis elevados dos esteróides sexuais endógenos totais em circulação. Contudo, os níveis dos esteróides sexuais livres ou biologicamente activos diminuem ou permanecem na mesma.
- A lipoproteína de alta densidade (HDL-C), o colesterol total (Total-C), a lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) e os triglicéridos podem aumentar todos ligeiramente com EVRA, enquanto que a razão LDL-C/HDL-C pode permanecer inalterada.
- A tolerância à glucose pode diminuir.
- Os níveis de folato sérico podem ser deprimidos pela terapia contraceptiva hormonal. Este facto tem potencial para ser clinicamente significativo se a mulher engravidar pouco após a descontinuação dos contraceptivos hormonais. Todas as mulheres são agora aconselhadas a tomar suplementos de ácido fólico peri-concepcionalmente.

#### 4.6 Gravidez e aleitamento

EVRA não está indicado durante a gravidez. Estudos epidemiológicos não indicam risco aumentado de defeitos de nascimento em crianças filhas de mulheres que utilizaram contraceptivos hormonais antes da gravidez. A maioria dos estudos recentes também não indicam um efeito teratogénico quando os contraceptivos hormonais são utilizados inadvertidamente durante o início da gravidez. No que respeita ao EVRA, não existem dados clínicos sobre gravidezes expostas que permitam conduzir acerca da sua segurança durante a gravidez. Estudos feitos em animais demonstraram haver toxicidade de reprodução (ver secção 5.3). Com base nos dados disponíveis, não se pode excluir um potencial risco de masculinização como consequência de uma acção hormonal exagerada. Se ocorrer gravidez durante a administração de EVRA, a utilização de EVRA deve ser suspensa imediatamente. O aleitamento pode ser influenciado pelos contraceptivos hormonais combinados, já que poderão reduzir a quantidade e alterar a composição do leite materno. Assim, a utilização de EVRA não é recomendada até que a mãe a amamentar tenha completado o desmame do seu bebé.

#### 4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas.

EVRA não tem ou tem uma influência negligenciável sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas.

#### 4.8 Efeitos indesejáveis

Os efeitos adversos muito frequentes (> 1/10) dos ensaios clínicos com EVRA foram sintomas mamários, cefaleias, reacções no local de aplicação e náuseas. Foram reportados os seguintes efeitos adversos em ensaios clínicos com EVRA, em 3330 mulheres e, em alguns casos, foram considerados como estando possivelmente relacionados com o tratamento:

	Efeitos adversos frequentes, ≥ 1/100 a < 1/10	Efeitos adversos pouco frequentes, ≥ 1/1,000 a < 1/100	Efeitos adversos raros > 1/10,000 a < 1/1,000
Distúrbios no local de aplicação			Celulite
Distúrbios gerais	Sintomas tipo gripe Dor de costas Lesão Fadiga Alergia	Reacção alérgica Rubor Dor no peito Dor nos membros inferiores Dor Astenia Edema Síncope	Aumento do abdómen Intolerância ao álcool Choros involuntares

	Efeitos adversos frequentes, ≥ 1/100 a < 1/10	Efeitos adversos pouco frequentes, ≥ 1/1,000 a < 1/100	Efeitos adversos raros > 1/10,000 a < 1/1,000
Distúrbios cardiovasculares		Hipertensão	Hipotensão
Distúrbios dos sistemas nervosos central e periférico	Tonturas Enxaqueca	Cãibras nos membros inferiores Vertigens Parestesia Hipostesia Convulsões Tremor	Hipertonia Coordenação anormal Disfonia Hemiplegia Hipotonia Agravamento da enxaqueca Neuralgia Estupor
Distúrbios endócrinos			Distúrbios dos lípidos Hiperprolactinemia
Distúrbios gastrointestinais	Dor abdominal Vómitos Diarreia Gastroenterite Flatulência Dispepsia	Obstipação Gastrite Hemorroidas Distúrbios dentários Gengivite	Enantema Distúrbios gastrointestinais Boca seca Aumento da saliva Colite
Distúrbios da taxa e ritmo cardíacos		Palpitação	
Distúrbios dos sistemas hepático e biliar			Colecistite SGPT aumentada Colelitíase SGOT aumentada Função hepática anormal
Distúrbios metabólicos e nutricionais	Aumento de peso	Hipertrigliceridemia Hipercolesterolemia	Xeroftalmia Diminuição de peso Obesidade
Distúrbios do sistema musculoesquelético	Mialgia	Distúrbios dos tendões Artralgia Fraqueza muscular	
Neoplasias	Fibroadenose da mama Teste do esfregaço do colo do útero positivo	Quisto do ovário	Neoplasia da mama Carcinoma do colo do útero benigno in situ.
Distúrbios das plaquetas, hemorragias e circulação			Púrpura Embolia pulmonar Trombose
Distúrbios psiquiátricos	Labilidade emocional Depressão	Diminuição da libido Ansiedade Aumento do apetite Insónias Anorexia Dispareunia Sonolência	Aumento da libido Despersonalização Apatia Agravamento da depressão Paranóia
Distúrbios dos eritrócitos		Anemia	
Distúrbios de reprodução	Dismenorreia Vaginite Hemorragias intracíclicas Menorragia Aumento das mamas Distúrbio menstrual	Distúrbios da vulva Lesão do colo do útero Aleitamento não puerpério Espasmo uterino Distúrbio dos ovários Hemorragia vaginal Hemorragia de privação Mastite	Dor feminina do períneo Ulceração genital Atrofia mamária
Distúrbios do mecanismo de resistência		Abcesso	
Distúrbios do sistema respiratório	Infecção do tracto respiratório superior Sinusite	Dispneia Asma	
Distúrbios da pele e pêndices	Prurido Acne Exantema	Descoloração da pele Distúrbio da pele Eczema Aumento da sudção Urticária Alopecia Reacção de fotossensibilidade Pele seca Dermatite de contacto Erupção bulhosa	Melanose Pigmentação anormal Despigmentação da pele Cloasma Pele húmida e fria
Distúrbios do sistema urinário	Infecção do tracto urinário		Estrangúria
Distúrbios vasculares (extra-cardíacos)		Varicose venosa	Rubor Trombose venosa profunda Embolia pulmonar* Tromboflebite Distúrbio venoso superficial Dor venosa
Distúrbios da visão	Distúrbios dos leucócitos do sistema retículoendotelial	Conjuntivite Visão anormal	Anomalia ocular
		Linfadenopatia	

#### 4.9 Sobredosagem

Não foram reportados efeitos nefastos graves após ingestão acidental de grandes doses de contraceptivos orais. Uma sobredosagem pode causar náuseas e vómitos. Poderão ocorrer hemorragias vaginais nas mulheres. Em caso de suspeita de sobredosagem, deverão remover-se todos os sistemas transdérmicos contraceptivos e administrar-se tratamento sintomático.

### 5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

#### 5.1 Propriedades farmacodinâmicas

Grupo farmacoterapêutico: progestagénios e estrogénios; código ATC: G03AA EVRA actua através do



mecanismo de supressão da gonadotrofina pelas acções estrogénicas e progestagénicas do etinilestradiol e norelgestromina. O principal mecanismo de acção é a inibição da ovulação, mas as alterações do muco do colo do útero, e do endométrio também podem contribuir para a eficácia do produto.

Índices de Pearl (ver tabela):

Grupo em estudo	CONT-002 EVRA	CONT-003 EVRA	CONT-003 COC*	CONT-004 EVRA	CONT-004 COC**	Todos os indivíduos que receberam EVRA
Nº de ciclos	10743	5831	4592	5095	4005	21669
Índices de Pearl globais (ITT) (95% IC)	0,73 (0,15; 1,31)	0,89 (0,02; 1,76)	0,57 (0; 1,35)	1,28 (0,16; 2,39)	2,27 (0,59; 3,96)	0,90 (0,44; 1,35)
Índices de Pearl – falência do método (95% IC)	0,61 (0,0; 1,14)	0,67 (0; 1,42)	0,28 (0; 0,84)	1,02 (0,02; 2,02)	1,30 (0,03; 2,57)	0,72 (0,31; 1,13)

\* DSG 150 µg + 20 µg EE

\*\* 50 µg LNG + 30 µg EE durante os dias 1-6, 75 µg LNG + 40 µg EE durante os dias 7-11, 125 µg LNG + 30 µg EE durante os dias 12-21

Realizaram-se análises exploratórias para determinar se, nos estudos de fase III (n = 3319), as características da população, em termos de idade, raça e peso, estariam relacionadas com a gravidez.

As análises não indicaram qualquer associação da idade e raça com a gravidez. No que respeita ao peso, 5 das 15 gravidezes reportadas com EVRA ocorreram em mulheres cujo peso no início do estudo igual ou superior a 90 kg, o que correspondia a < 3% da população em estudo. Abaixo dos 90 kg não houve qualquer associação entre peso corporal e gravidez. Embora apenas 10 – 20% da variabilidade dos dados farmacocinéticos possam ser explicados pelo peso (ver Propriedades farmacocinéticas, Populações especiais), a maior proporção de gravidezes em mulheres com 90 kg ou mais, foi estatisticamente significativa e indica que EVRA é menos eficaz nestas mulheres.

Com a utilização de doses mais elevadas de COCs (50 microgramas de etinilestradiol) o risco de cancro do endométrio e do ovário é reduzido. Se isto também se aplica ou não aos contraceptivos hormonais combinados em doses mais baixas, permanece ainda por confirmar.

## 5.2 Propriedades farmacocinéticas

**Absorção:** Após aplicação de EVRA, os níveis de norelgestromina e de etinilestradiol no soro, atingem um planalto às 48 horas. As concentrações de estado estacionário para o norelgestromina e EE durante uma semana de utilização do sistema são de, aproximadamente, 0,8 ng/ml e 50 pg/ml, respectivamente. Em estudos de doses múltiplas, verificou-se que as concentrações plasmáticas e a AUC para o norelgestromina e EE aumentaram apenas ligeiramente com o tempo, na semana 1 do ciclo 1. Estudou-se a absorção de norelgestromina e de etinilestradiol após a aplicação de EVRA nas condições encontradas num ginásio (sauna, hidromassagem, tapete rolante e outros exercícios de aeróbica) e num banho de água fria. Os resultados indicaram que no caso do norelgestromina não houve efeitos significativos em termos de tratamento sobre a C<sub>ss</sub> ou sobre a AUC, em comparação com a utilização normal. Quanto ao EE, observaram-se ligeiros aumentos devido ao tapete rolante e outros exercícios de aeróbica, contudo, os valores de C<sub>ss</sub> após estes tratamentos situavam-se no intervalo de referência. Não houve um efeito significativo da água fria sobre estes parâmetros. Os resultados de um estudo com EVRA de utilização prolongada de um único sistema contraceptivo, durante 7 dias e 10 dias, indicaram que as C<sub>ss</sub> alvo do norelgestromina e do etinilestradiol se mantiveram durante um período prolongado de 3 dias de utilização de EVRA (10 dias). Estas descobertas sugerem que a eficácia clínica se manteria mesmo havendo falha de uma mudança programada durante 2 dias inteiros.

## Distribuição

Norelgestromina e norgestrel (um metabolito sérico de norelgestromina) estão fortemente ligados (> 97%) às proteínas séricas. Norelgestromina está ligado à albumina e não à SHBG, enquanto que o norgestrel está principalmente ligado à SHBG, o que limita a sua actividade biológica. O etinilestradiol está extensamente ligado à albumina sérica.

## Biotransformação

Ocorre o metabolismo hepático de norelgestromina e os metabolitos incluem o norgestrel, que se encontra extensamente ligado à SHBG e vários metabolitos hidroxilados e conjugados. O etinilestradiol é também metabolizado dando origem a vários produtos hidroxilados e aos seus conjugados glucuronídeos e sulfatados.

## Eliminação

Após remoção de um sistema, as semividas de eliminação médias de norelgestromina e do etinilestradiol foram de, aproximadamente, 28 horas e 17 horas, respectivamente. Os metabolitos de norelgestromina e do etinilestradiol são eliminados pelas vias renal e fecal.

## Contraceptivo transdérmico versus contraceptivos orais

Os perfis farmacocinéticos do sistema contraceptivo transdérmico e o dos contraceptivos orais hormonais combinados são diferentes, pelo que se recomenda precaução, ao efectuar uma comparação directa destes parâmetros farmacocinéticos. Num estudo que compara EVRA com um contraceptivo oral contendo norgestimato (fármaco precursor da norelgestromina) 250 µg/etinilestradiol 35 µg, os valores da C<sub>max</sub> foram duas vezes superiores para o NGMN e EE em mulheres a quem foram administrados contraceptivos orais em comparação com EVRA, enquanto que a exposição global (AUC e C<sub>ss</sub>) foi comparável naquelas que utilizaram EVRA. A variabilidade interindividual (%CV) para os parâmetros farmacocinéticos, após a libertação a partir de EVRA é maior relativamente à variabilidade determinada a partir de contraceptivos orais.

## Efeitos da idade, peso corporal e área de superfície corporal

Os efeitos da idade, peso corporal e área de superfície corporal, sobre a farmacocinética de norelgestromina e do etinilestradiol, foram avaliados em 230 mulheres saudáveis, com base em nove estudos de farmacocinética consistindo de uma única aplicação de 7 dias, de EVRA. Tanto para o norelgestromina como para o EE, o aumento de idade, peso corporal e área de superfície corporal estiveram associados

a ligeiras diminuições dos valores da C<sub>ss</sub> e da AUC. No entanto, apenas uma pequena fracção (10-20%) da variabilidade global da farmacocinética de norelgestromina e do EE, após a aplicação de EVRA, poderá estar associada com qualquer um ou com todos os parâmetros demográficos acima mencionados.

## 5.3 Dados de segurança pré-clínica

Os dados pré-clínicos não revelam riscos especiais para os humanos, segundo estudos convencionais de segurança, farmacologia, toxicidade de dose repetida, genotoxicidade e potencial carcinogénico.

No que respeita à toxicidade reprodutiva, o norelgestromina revelou toxicidade fetal em coelhos, mas a margem de segurança para este efeito foi suficientemente elevada. Os dados de toxicidade reprodutiva da combinação norelgestromina com etinilestradiol não estão disponíveis.

Os dados relativos à combinação norgestimato (pró-fármaco de norelgestromina) com etinilestradiol indicam, no caso dos animais fêmea, uma diminuição da fertilidade e eficácia de implantação (rato), um aumento da reabsorção fetal (rato, coelho) e, com dosagens elevadas, uma diminuição da viabilidade e fertilidade das crias fêmeas (rato). A relevância destes dados, em termos de exposição humana, é baixa pois os efeitos podem ser encarados com estando relacionados com acções farmacodinâmicas ou específicas de espécies, bem conhecidas. Os estudos realizados para examinar os efeitos dérmicos de EVRA indicam que este sistema não apresenta potencial para provocar sensibilização e resulta em apenas ligeira irritação quando aplicado à pele do coelho.

## 6. INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS

### 6.1 Lista dos excipientes

Camada de suporte: camada externa, pigmentada, de polietileno de baixa densidade e uma camada íntima de poliéster.

Camada intermédia: adesivo em poli-isobutileno/polibuteno, crospovidona, tecido de poliéster não tecido, lactato de lauril.

Terceira camada: película de terftalato de polietileno (PET) com um revestimento em polidimetilsiloxano.

**6.2 Incompatibilidades:** Para evitar interferências com as propriedades adesivas de EVRA não se devem aplicar quaisquer cremes, loções ou pós à área da pele sobre a qual se aplicará o sistema transdérmico EVRA.

**6.3 Prazo de validade:** 2 anos

**6.4 Precauções especiais de conservação:** Conservar na embalagem de origem. Não refrigerar ou congelar.

**6.5 Natureza e conteúdo do recipiente: Material primário de embalagem:** Uma saqueta é composta por quatro camadas: uma película de polietileno de baixa densidade (camada mais íntima), uma folha de alumínio, uma película de polietileno de baixa densidade e uma camada externa de papel branco-pálido. **Material secundário de embalagem:** As saquetas são embaladas em caixas de cartão. Cada caixa contém 3, 9 ou 18 sistemas transdérmicos EVRA em saquetas individuais revestidas com alumínio. As saquetas são embaladas em conjuntos de 3 com fita plástica transparente e perfurada e embaladas em embalagem de cartolina.

**6.6 Precauções especiais de eliminação e manuseamento:** Aplicar imediatamente após remoção da saqueta de protecção. Depois de usado o sistema ainda contém quantidades consideráveis do princípio activo. Os ingredientes activos remanescentes do sistema podem ter efeitos nocivos ao atingirem o meio aquático. Deste modo, o sistema usado deve ser cuidadosamente eliminado. O rótulo exterior da saqueta para destruição deve ser aberto. O sistema usado deve ser colocado na abertura da saqueta para destruição, de modo que a face adesiva cubra a área sombreada. O rótulo da saqueta para destruição deve então, ser fechado selando o sistema usado. Quaisquer sistemas usados ou não usados devem ser deixados fora de acordo com as normas locais ou devolvidos à farmácia. Os sistemas usados não devem ser deitados para a sanita nem serem colocados em sistemas líquidos de eliminação.

## 7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

JANSSEN-CILAG INTERNATIONAL NV

Tumhoutseweg, 30, B-2340 Beerse, Bélgica

## 8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

EU/1/02/223/001; EU/1/02/223/002; EU/1/02/223/003

## 9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO

DE INTRODUÇÃO NO MERCADO: 22.08.2002

## 10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO: 09/2007

## 11. PREÇOS

Código Infarmed	PVP c/lva	Regime Geral (0%)		Regime especial (0%)	
		Estado	Utente	Estado	Utente
EVRA® 3 Saquetas	11,61€	0,00€	11,61€	0,00€	11,61€
EVRA® 9 Saquetas	29,61€	0,00€	29,61€	0,00€	29,61€

Medicamento sujeito a receita médica. Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível no website da Agência Europeia do Medicamento (EMA), em <http://www.emea.europa.eu/>.

# Novo Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva



Resultante de um projecto financiado pelo Programa Operacional Sociedade do Conhecimento (POSC) e co-financiado pela União Europeia, o novo **Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva** [www.apf.pt](http://www.apf.pt) foi concebido à medida de um público vasto mas também de sectores com formação mais específica e técnica e pretende constituir-se numa fonte permanente e dinâmica de informação, nas escolas e na comunidade, sobre Educação Sexual, Saúde Sexual e Reprodutiva, Direitos e Cidadania, Género e Sociedade, disponibilizando, em simultâneo, Notícias, Agenda, Conteúdos Multimédia, Fóruns de Discussão e uma Livraria Virtual.

## Kits Contraceptivos

Com o apoio da Janssen-Cilag e da Organon, a APF lançou recentemente os **Kits Contraceptivos** (Mala Contraceptiva), com base no modelo que é comercializado no Reino Unido pela sua congénere inglesa.

Destes **Kits** consta um conjunto de materiais e produtos de contraceção, planeamento familiar e educação sexual, valioso para técnicos que trabalhem na área da saúde, da formação, professores, enfermeiros de saúde escolar e outros profissionais envolvidos na área da saúde sexual e reprodutiva. Tratando-se de um material duradouro, cujos conteúdos podem ser actualizados à medida das necessidades, os **Kits Contraceptivos** constituem um material único e pela primeira vez disponibilizado em Portugal.

Cada **Kit Contraceptivo** é ainda acompanhado de um Guia explicativo, contendo diversos exercícios e actividades, contactos úteis e outros.

Todas as Delegações Regionais da APF dispõem, para consulta, de amostras da Mala Contraceptiva.





# Evra...

O 1º CONTRACEPTIVO SEMANAL TRANSDÉRMICO<sup>(1)</sup>

Apetece  
reconsiderar  
a contracepção.



**JANSSEN-CILAG**  
FARMACÊUTICA, Lda.

Estrada Consiglieri Pedroso, 69-A - Queluz de Baixo  
2749-503 • Portugal • Tel. 214 368 835/39  
Soc. por quotas. Cons. Com. de Oeiras, matríc. Nº 10576  
Capital social € 2.693.508,64 • Nº contrib. 500 189 412

(1) Prontuário terapêutico online. Disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) (acedido em 18.07.05)

# ÚLTIMAS EDIÇÕES



Livro

## **Por Nacer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos**

Editado pela APF e publicamente apresentado no dia 6 de Fevereiro (Dia Internacional de Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina), o livro **Por Nacer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos** resulta de um excelente e diversificado conjunto de relatos, de reflexões e de artigos em torno da problemática da Mutilação Genital Feminina. Tratando-se a Mutilação Genital Feminina de uma grave preocupação da Saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, este livro representa um importante contributo para a redução da discriminação das mulheres e uma chamada de atenção para a grave violação dos Direitos que esta prática constitui.



Folheto

## **Sexo .Amor .Vidas**

Com o apoio do Alto Comissariado da Saúde e produzido no âmbito do Programa ADIS/SIDA, o Folheto **Sexo .Amor .Vidas** destina-se a jovens adultos de ambos os sexos e aborda diversas questões da sexualidade e do amor, as relações amorosas, zonas de prazer, sensualidade, beijos e carícias, contraceção, planeamento da gravidez, prevenção de IST, sexo seguro e tantas outras, de grande interesse para a população jovem.

Livro

## **Raparigas**

Destinado às adolescentes (e também aos adolescentes), o livro **Raparigas** apresenta-se agora numa versão actualizada, revista e com um novo grafismo. Trata-se de um material muito útil que pode ajudar a ver com maior clareza “a mistura explosiva de entusiasmo e insegurança, este arco-íris de humores e sensações” que caracteriza a adolescência, as mudanças, as emoções, a sexualidade e o amor. A presente reedição teve o apoio da Sanofi.



Manual

## **Linhas de Orientação Médicas e de Prestação de Serviços para Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva**

Versão portuguesa, editada pela APF, do manual da IPPF *Medical and Service Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services*. Destinadas a profissionais de saúde, estas linhas de orientação fornecem um excelente manancial de informação muito útil, mas redigida de forma simples e apresentada de forma muito sistemática, no sentido da criação e da manutenção de serviços de qualidade independentemente dos recursos disponíveis. Dispondo de um diversificado índice de assuntos - aconselhamento, rastreio de saúde reprodutiva, os diversos métodos contraceptivos, esterilização feminina e masculina, contraceção de emergência, diagnóstico de gravidez, infecções do tracto reprodutivo e infecções sexualmente transmissíveis, o VIH/SIDA e prevenção e controlo de infecções -, e de acordo com as palavras da Dra. Lisa Vicente, autora do Prefácio à presente edição portuguesa, “com a tradução deste manual, a APF continua a apostar na formação dos profissionais de saúde em Portugal, facto que é indispensável para manter e fazer crescer cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva de qualidade.” A produção das Linhas de Orientação Médicas contou com o apoio da Wyeth Lederle Portugal (Farma).



# APF

**Associação para o Planeamento da Família**

R. Artilharia Um, 38 - 2º dto. 1250-040 Lisboa

telefone 21 385 39 93 | fax 21 388 73 79

e-mail [apfportugal@mail.telepac.pt](mailto:apfportugal@mail.telepac.pt) | <http://www.apf.pt>