



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**

**CURSO DE MEDICINA**

**CAMILA FURTADO BRANDÃO**

**A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: CONHECIMENTO E  
ADESÃO AO USO PELAS MULHERES NA REDE DE SAÚDE EM SALVADOR – BA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SALVADOR - BA**

**2023**

**CAMILA FURTADO BRANDÃO**

**A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: CONHECIMENTO E  
ADESÃO AO USO PELAS MULHERES NA REDE DE SAÚDE EM SALVADOR – BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no quarto ano de Medicina.

Orientadora: Maria Cristina Gomes de Santana.

Coorientador: David Nunes Junior.

**SALVADOR**

**2023**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me auxiliar em todo o processo e me dar forças para enfrentar todos os desafios.

A minha família e amigos, por comemorarem cada conquista desse trabalho comigo e me apoiarem quando as intercorrências ocorreram.

A Dra. Milena Brito, por todo suporte técnico e humano ofertado nessa longa caminhada.

A meu coorientador, Dr. David Nunes, por sempre abrir minha mente para novas possibilidades.

A minha querida orientadora, Profa. Maria Cristina de Santana, por todo o cuidado, disponibilidade e atenção com o andamento do trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** A atenção em planejamento sexual e reprodutivo implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada, proporcionando tomada de decisões sobre a reprodução. No Brasil, o planejamento sexual e reprodutivo é um direito dos cidadãos, garantido pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, desde 2005. Indaga-se, portanto, a relação entre o conhecimento e a adesão aos métodos contraceptivos e as altas taxas de gestação não planejada. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e adesão das mulheres gestantes e não gestantes a respeito da contracepção, na rede de saúde de Salvador - BA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de caráter analítico, realizado em um ambulatório docente assistencial, na cidade de Salvador – BA. As participantes da pesquisa foram mulheres em idade fértil, maiores de 18 anos, gestantes ou não. Foram aplicados dois questionários, sendo um para as gestantes e outro para as não gestantes, com questões acerca do conhecimento, adesão, meios de obtenção de informações e influências na escolha da contracepção. Além disso, questionou-se dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos. **Resultados:** 56 mulheres foram incluídas na pesquisa, com média de idade de  $30,8 \pm 6,04$  anos, sendo 28 gestantes e 28 não gestantes. As características sociodemográficas dos grupos foram similares. A maioria das mulheres eram negras e pardas (91%), não eram casadas (66%), haviam concluído o ensino médio (59%), apresentavam status socioeconômico baixo/médio (52%), possuíam fonte de renda (66%) e eram atendidas exclusivamente pelo SUS (86%). As gestantes conheciam mais o termo “Métodos Contraceptivos” que as não gestantes ( $p = 0,002$ ). As gestantes tenderam a conhecer mais que quatro métodos contraceptivos que as não gestantes ( $p=0,051$ ). Os demais conhecimentos sobre métodos contraceptivos foram assimilares. Das participantes, 71% conheciam o conceito de “Dupla Proteção” e 82% sabiam que é direito constitucional o acesso aos métodos contraceptivos. Os métodos mais conhecidos eram os hormonais e de barreira. 71% conheciam os Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação (LARC’s). 60% das participantes não gestantes não apresentaram adesão à contracepção, enquanto 54% das gestantes engravidaram enquanto utilizavam métodos contraceptivos. 71% das gestações não foram planejadas. As consultas médicas foram o principal meio de obtenção de informações sobre a contracepção e não foram encontradas influências externas na adesão aos métodos contraceptivos pelas mulheres. **Conclusão:** O nível de conhecimento sobre os métodos contraceptivos das mulheres atendidas no ambulatório foi considerado adequado, apesar da adesão à contracepção ter sido considerada intermediária e as gestações não planejadas terem apresentado um percentual alto, tendo ocorrido no intervalo de troca de métodos contraceptivos. Mostra-se necessária uma melhor abordagem do tema na assistência ginecológica e pré-natal do local, através da adoção de novas estratégias pela rede de saúde que forneçam as informações e orientações a essas mulheres e seus parceiros, a exemplo de dinâmicas educacionais nas salas de espera.

**Palavras-Chave:** Anticoncepção. Conhecimento. Gravidez não planejada. Mulheres. Gestantes.

## ABSTRACT

**Introduction:** Attention in sexual and reproductive planning implies not only offering methods and techniques for conception and contraception, but also offering information and follow-up, in a context of free and informed choice, providing decision-making about reproduction. In Brazil, sexual and reproductive planning is a citizen's right, guaranteed by the National Policy on Sexual and Reproductive Rights, since 2005. Therefore, the relationship between knowledge and adherence to contraceptive methods and high rates of unplanned pregnancy is questioned.

**Objectives:** To evaluate the knowledge and adherence of pregnant and non-pregnant women regarding contraception in the health network of Salvador – BA. **Methodology:** This is a cross-sectional study of an analytical nature, performed in an outpatient teaching clinic, in the city of Salvador – BA. The research participants were women of childbearing age, over 18 years old, whether pregnant or not. Two questionnaires were applied, one for pregnant women and the other for non-pregnant women, with questions about knowledge, adherence, means of obtaining information and influences on the choice of contraception. In addition, sociodemographic, clinical and obstetric data were questioned. **Results:** 56 women were included in the survey, with a mean age of  $30.8 \pm 6.04$  years, 28 pregnant and 28 non-pregnant. The groups' sociodemographic characteristics were similar. Most women were black and brown (91%), unmarried (66%), had completed high school (59%), had low/medium socioeconomic status (52%), had a source of income (66%) and were assisted exclusively by SUS (86%). Pregnant women were more familiar with the term “Contraceptive Methods” than non-pregnant women ( $p = 0.002$ ). Pregnant women tended to know more than four contraceptive methods than non-pregnant women ( $p=0.051$ ). Other knowledge about contraceptive methods was similar. Of the participants, 71% were aware of the concept of “Double Protection” and 82% knew that access to contraceptive methods is a constitutional right. The best known methods were hormonal and barrier. 71% knew about Long-Acting Reversible Contraceptive Methods (LARC's). 60% of non-pregnant participants did not adhere to contraception, while 54% of pregnant women became pregnant while using contraceptive methods. 71% of pregnancies were unplanned. Medical consultations were the main means of obtaining information about contraception and no external influences were found on adherence to contraceptive methods by women.

**Conclusion:** The level of knowledge about contraceptive methods of women assisted at the outpatient clinic was considered adequate, despite adherence to contraception being considered intermediate and unplanned pregnancies having shown a high percentage, having occurred in the interval between changing contraceptive methods. There is a need for a better approach to the topic in gynecological and prenatal care at the site, through the adoption of new strategies by the health network that provide information and guidance to these women and their partners, such as educational dynamics in the classrooms wait.

**Key words:** Contraception, Knowledge, Pregnancy Unplanned, Women, Pregnant Women.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>5</b>
2.1	Geral.....	5
2.2	Específicos .....	5
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
4.1	Desenho do Estudo .....	16
4.2	Local, duração e Período do Estudo .....	16
4.3	População do estudo .....	16
4.3.1	População Alvo e Acessível .....	16
4.3.2	Critérios de Elegibilidade .....	16
4.3.3	Tamanho e Seleção Amostral .....	17
4.4	Fonte de Dados .....	17
4.5	Instrumento da coleta de dados e Variáveis do estudo .....	17
4.6	Procedimento da coleta de dados.....	18
4.7	Plano da análise de dados .....	18
4.8	Aspectos éticos .....	19
4.8.1	Riscos e Benefícios:.....	19
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>38</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – A</b> .....	<b>46</b>
	<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – B</b> .....	<b>50</b>
	<b>ANEXO A – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO CEP</b> .....	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção em planejamento sexual e reprodutivo implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada, proporcionando tomada de decisões sobre a reprodução, sendo essa livre de discriminação, coerção ou violência.<sup>1</sup> Planejar promove benefícios, como a realização de práticas sexuais mais saudáveis, com prevenção às gestações não desejadas<sup>1</sup>.

No Brasil, o planejamento sexual e reprodutivo é um direito dos cidadãos, garantido pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, desde 2005<sup>1</sup>. No entanto, o estudo “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento”, realizado em 2012, concluiu que das 23.894 mulheres entrevistadas, 55,4% não planejaram a gestação e 29,9% não desejavam engravidar<sup>2</sup>.

Em 2008, estima-se que ocorreram 47 mil mortes maternas no mundo, devido à abortamentos desassistidos<sup>3</sup>. Anualmente, cerca de 74 milhões de mulheres, que vivem em países de rendas baixa e média, engravidam sem intenção<sup>4</sup>. Sendo que, nesses países, em 2020, estima-se que cerca de 25% das gestações foram não planejadas e compreende-se que esse dado é decorrente da falta de serviços de planejamento reprodutivo, carência ao acesso aos serviços de saúde e precariedade na educação sexual feminina<sup>5</sup>, aspectos que também se relacionam com a morte materna<sup>6,7</sup>.

A morte materna tem relevância internacional no âmbito da saúde como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres<sup>8</sup>, sendo conceituada como “a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez”<sup>8</sup>.

Com o surgimento de um novo coronavírus (SARS COV 2), em Wuhan, na China, no final do ano de 2019<sup>9</sup>, e com sua propagação em todo o planeta, teve início a pandemia da COVID-19, na qual as gestantes foram incluídas nos grupos de risco da doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>10</sup>. Na era pré-COVID-19, a razão de morte materna do Brasil era em torno de 55 mortes por 100 mil nascidos vivos<sup>8</sup>, e em 2019, foram registrados 1.726 óbitos por “Gravidez parto e puerpério” (Capítulo XV, CID-10)<sup>11</sup>.

Em 2020, foram registrados 544 óbitos de gestantes e puérperas brasileiras por COVID-19 e, em 2021, somente até maio, já haviam sido registrados 911 óbitos nesse grupo <sup>12</sup>. Esse quadro configura uma relevante letalidade materna por COVID-19 de 5,37 por cento, segundo a OPAS <sup>13</sup>.

No Brasil, o direito ao atendimento de pré-natal pelo Sistema Único de Saúde é garantido pela lei 9.263, desde 1996<sup>14</sup>. Ainda assim, apesar de que cerca de 98,7% das gestantes têm acesso a esse serviço, fatores como a centralização dos serviços de saúde nas macrorregiões litorâneas do país e desinformação das usuárias frequentemente limitam esse acesso.<sup>2</sup>

Indaga-se, portanto, a relação entre as altas taxas de mortalidade materna com gestação não planejada, falha no nível de conhecimento e falta de adesão das mulheres aos métodos contraceptivos. Desse modo, justifica-se esse estudo pela importância de obter um diagnóstico situacional sobre o conhecimento acerca dos benefícios do planejamento sexual e reprodutivo, através da utilização dos métodos contraceptivos pelas mulheres, bem como compreender o papel relevante da assistência à saúde da mulher, incluindo o pré-natal, como mediadora na construção desse conhecimento através da propagação de informações sobre o tema.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o conhecimento e adesão das mulheres gestantes e não gestantes, matriculadas em um ambulatório docente assistencial, em Salvador – BA, sobre a contracepção.

### **2.2 Específicos**

Identificar, através de questionário, o nível de informações das mulheres assistidas no ambulatório, sobre os métodos contraceptivos e a importância do Planejamento Sexual e Reprodutivo.

Apontar as influências na escolha do uso e adesão aos métodos contraceptivos utilizados por essas mulheres.

Investigar o papel da assistência ginecológica e de pré-natal no Ambulatório de Saúde da Mulher como fonte para obtenção de informações sobre o Planejamento Sexual e Reprodutivo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO

Na década de 60, previamente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações existentes no Brasil, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, limitavam-se a programas privados de controle de natalidade e assistência ao ciclo gravídico-puerperal, com o predomínio do uso de pílulas anticoncepcionais e laqueadura tubária, como métodos contraceptivos<sup>1,15</sup>.

Com o início da Reforma Sanitária Brasileira, o Ministério da Saúde criou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>16</sup>. Através desse programa, fundamentado em ideais feministas, objetivava-se o cuidado integral para todo ciclo de vida da mulher, com a compreensão do sexo feminino para além da gestação, parto e puerpério<sup>16</sup>. O diagnóstico da situação de saúde das mulheres, que motivou a criação desse programa e está relatado no documento criador do PAISM, levanta, como um dos pontos principais, o uso dos métodos contraceptivos por essa população, uma vez que, no período, percebeu-se uma redução da taxa de fecundidade<sup>16</sup>. Nesse sentido, o PAISM trouxe os questionamentos sobre a utilização dos métodos contraceptivos e os motivos que estariam levando as mulheres a realizarem a contracepção, considerando como um dos problemas de saúde da população feminina a falta de acesso a informações e de assistência à saúde para a concepção e contracepção<sup>16</sup>. Sendo assim, esse programa definiu a realização de atividades de planejamento familiar no âmbito da assistência em saúde materno-infantil, entre suas diretrizes e objetivos<sup>16</sup>.

Em 12 de Janeiro de 1996, foi regulamentada pela Constituição Federal, a lei Nº 9.263, na qual garante-se o direito ao planejamento familiar a todo cidadão, sendo este: “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”<sup>14</sup>. Com isso, garantiu-se o direito à assistência à concepção e contracepção, através do Sistema Único de Saúde, e, em 2002, é lançado a 4ª edição do Manual Técnico da Assistência em Planejamento Familiar, pelo Ministério da Saúde, com 50.000 exemplares visando à educação continuada dos profissionais da saúde a respeito desse tema<sup>15</sup>.

Com a redemocratização do país e diversas críticas sobre as lacunas existentes no PAISM, falta de articulação com outras áreas técnicas e proposição de novas ações em saúde<sup>17</sup>, nasceu a necessidade de uma nova política que alcançasse a saúde da mulher. Por isso, foi desenvolvida em 2004 a “Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios

e Diretrizes”<sup>17</sup>, que incluiu a precariedade da assistência em anticoncepção como um dos diagnósticos de condições de saúde das mulheres<sup>17,18</sup>. Esse documento foi elaborado pelo Ministério da Saúde e atualmente é vigente, tendo sido reimpresso em 2011, sem alterações<sup>17,18</sup>. Nesse sentido, destaca-se a existência de uma falta de conhecimento das mulheres sobre as opções de métodos contraceptivos e a falta de implementação da atenção à saúde sexual e reprodutiva em muitos serviços de atenção básica do país, a despeito da legislação vigente<sup>17,18</sup>. O PNAISM aborda a Saúde da Mulher como uma das prioridades em atenção a assistência e cuidado no Brasil, estabelecendo o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres<sup>17,18</sup>.

Assim sendo, entre os objetivos específicos do PNAISM tem-se: “Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde”<sup>17,18</sup>, através da ampliação e qualificação da atenção ao planejamento familiar (incluindo a assistência à infertilidade), garantia de oferta dos métodos contraceptivos para a população em idade reprodutiva, ampliação do acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais, além de estímulos para que ocorra uma maior participação masculina e de adolescentes nas ações de planejamento familiar<sup>17,18</sup>.

Em 2005, nasce a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, através do Documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – uma prioridade do governo”, o qual apresenta “as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar”<sup>19</sup>. Entre as diretrizes do documento, que foram propostas a serem desenvolvidas no período de 2005 a 2007, tem-se a elaboração de manuais técnicos e cartilhas educativas e a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais<sup>19</sup>. Nesse contexto, o Ministério da Saúde distinguiu os conceitos de “planejamento familiar” e “direitos sexuais e reprodutivos”, comprometendo-se a garantir o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, independentemente do desejo individual de constituir famílias, mas, priorizando a política do planejamento familiar<sup>1,19</sup>. Sendo assim, compreendeu-se, como direito sexual e reprodutivo, o direito do homem e da mulher de planejar, isoladamente ou com o parceiro, independentemente de constituir família, quanto a ter ou não filhos, a quantidade e o momento de vida no qual deseja-se gerar<sup>1</sup>.

Atualmente, as ações em saúde do SUS baseiam-se no Ministério da Saúde pela lei 9.263, no PNAISM e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva nº 26, lançado

em 2013<sup>1</sup>. Esse caderno foi produzido pelo Ministério da Saúde como garantia aos direitos sexuais e reprodutivos do povo brasileiro, com o objetivo de fornecer informações técnicas sobre a saúde sexual e reprodutiva, para os profissionais da Atenção Básica<sup>1</sup>. Nesse sentido, esse documento aborda primariamente a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos, de forma geral, e da comunidade e das famílias, com uma compreensão ampla dessa entidade que apresenta diversas conformações diferentes de um único modelo de núcleo familiar<sup>1</sup>.

Esse material reforça, também, a necessidade de uma maior participação masculina, com envolvimento e responsabilidade, no que tange as ações de saúde sexual e reprodutiva<sup>1</sup>. Seu conteúdo, no entanto, não se limita ao aspectos clássicos da contraceção, abordando orientações sobre a saúde sexual, com enfoque para a compreensão sobre as disfunções sexuais, e a saúde reprodutiva, com diferentes abordagens para as populações diversas (adolescentes, idosos, população negra, população LGBT, indígenas, pessoas com deficiência, pessoas que exercem a prostituição e pessoas privadas de liberdade), informações sobre a anticoncepção e os métodos anticoncepcionais em sua pluralidade, além da atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual<sup>1</sup>.

Em Junho de 2020, no contexto da pandemia da COVID-19, o Ministério da Saúde publicou a 16ª Nota Técnica, intitulada: "Acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da pandemia da COVID-19"<sup>20</sup>. Nesse documento pontua-se os impactos da pandemia nos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, reforça-se as ações em planejamento sexual e reprodutivo já previstas na PNAISM e recomenda-se o uso de novas tecnologias, inclusive telemedicina, para difusão de informações sobre os métodos contraceptivos e acesso a eles, garantia de fornecimento de insumos e monitoramento de estoques dos métodos contraceptivos, garantia de prescrição e dispensação de métodos contraceptivos de validade de 90 dias, para facilitar o acesso aos mesmos, etc<sup>20</sup>.

Por fim, desde setembro de 2020, está em trâmite o Projeto de Lei Nº 4515, que altera o artigo 10 da Lei 9.263 de 1996, o qual define os critérios para a esterilização voluntária dos cidadãos<sup>21</sup>. Na legislação vigente, a esterilização atual só é permitida para cidadãos maiores de 25 anos, com ao menos 2 filhos vivos e com consentimento de ambos os cônjuges, caso haja sociedade conjugal<sup>14</sup>. A partir da aprovação desse Projeto de Lei, a idade mínima para realizar a esterilização voluntária será de 20 anos, não haverá quantidade de filhos mínima que permita a esterilização e os cidadãos não dependerão do consenso de seus cônjuges para realizar o procedimento<sup>21</sup>.

## **MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: CONHECIMENTO E ADESÃO**

A lei Nº 9.263, de 1996, também determina, através do artigo nº 9, que “Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”<sup>14</sup>.

Sendo assim, o Ministério da Saúde reitera a obrigação do SUS de garantir, em suas diversas instâncias, a assistência em saúde para concepção e contracepção<sup>1</sup>. Sendo que, no que tange a contracepção, compreende-se a necessidade da oferta de informações, aconselhamentos e métodos contraceptivos, por meio de uma escolha livre e informada<sup>1</sup>.

No que concerne aos métodos anticoncepcionais, os métodos contraceptivos podem ser classificados em reversíveis e irreversíveis<sup>22</sup>.

Os métodos contraceptivos irreversíveis referem-se à esterilização voluntária, na qual interrompe-se, cirurgicamente, a continuidade dos órgãos sexuais que permitiriam a passagem de gametas e, conseqüentemente, a fecundação; garantindo a irreversibilidade da esterilização e contracepção<sup>22</sup>. Sendo assim, na esterilização feminina, conhecida como laqueadura tubária, interrompe-se a continuidade das tubas uterinas; enquanto, na esterilização masculina, conhecida como vasectomia, interrompe-se a continuidade dos canais deferentes<sup>22</sup>.

A contracepção reversível, por sua vez, engloba uma série de grupos de métodos com mecanismos de ação diferentes. Entre eles, tem-se: os métodos comportamentais, os métodos de barreira, os métodos hormonais e os Dispositivos IntraUterinos (DIU's) <sup>1,22</sup>.

Os métodos contraceptivos comportamentais baseiam-se na percepção da mulher sobre as fases do seu ciclo menstrual, com abstinência sexual periódica ou interrupção do ato sexual durante o período fértil; a eficácia desses métodos depende do nível de conhecimento da mulher sobre seu organismo e a regularidade desse ciclo<sup>1,22</sup>. A tabela (“tabelinha”), temperatura basal, muco cervical, sintotérmico, coito interrompido e o método da amamentação agregam esse grupo<sup>1</sup>. O método da tabela consta em, por meio da contagem de dias da duração do ciclo e identificação da DUM (Data da Última Menstruação), realizar abstinência sexual periódica durante a fase fértil do ciclo da mulher<sup>1</sup>. O método da temperatura basal, por sua vez, baseia-se em perceber as variações da temperatura corporal da mulher durante o ciclo menstrual, identificar o momento do ciclo em que essa temperatura está aumentada e realizar abstinência sexual nesse

período, uma vez que se compreende que, durante o período fértil, a temperatura corporal eleva-se sutilmente<sup>1</sup>. O método do muco cervical, de forma semelhante, concentra-se em analisar a variação da qualidade do muco cervical da mulher durante o ciclo menstrual, identificar o momento do ciclo em que o muco se apresenta transparente e elástico e realizar abstinência sexual nesse período, uma vez que essas características de muco são um indicativo do período fértil da mulher<sup>1</sup>. O método sintotérmico compreende a junção de todos os métodos explicados acima; ou seja, baseia-se em identificar o período fértil da mulher, com base na tabela, temperatura basal e muco cervical, e realizar abstinência sexual nesse período<sup>1</sup>. O coito interrompido, por outro lado, consiste em interromper o ato sexual antes da ejaculação, independente do momento do ciclo em que se encontra a mulher<sup>1</sup>. Por fim, o método da amamentação consiste em utilizar a amenorréia lactacional, proveniente da amamentação exclusiva nos 6 primeiros meses do puerpério, para evitar a gestação, pois, devido à elevação da prolactina não há ovulação<sup>1</sup>.

Os métodos de barreira compreendem o preservativo masculino e o feminino, o diafragma e os espermicidas<sup>1,22</sup>. O mecanismo de funcionamento desses métodos baseia-se em barrar o encontro entre os gametas femininos e masculinos durante o ato sexual<sup>1</sup>. Nesse sentido, os preservativos masculinos e femininos envolvem o pênis e o canal vaginal, respectivamente, evitando o contato entre os fluidos sexuais e, conseqüentemente, a passagem de espermatozoides para o interior do útero – eles são os únicos métodos que evitam, além de gestações não planejadas, a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)<sup>1,22</sup>. Sendo assim, recomenda-se a realização da Dupla Proteção, a qual consiste no uso combinado de um tipo de preservativo (feminino ou masculino) com outro método contraceptivo, para prevenção mútua mais eficaz contra a gestação e infecção por IST's<sup>1</sup>. O diafragma, no entanto, é um dispositivo de látex que é inserido ao redor do colo do útero e, apesar de não evitar o contato entre os fluidos sexuais, evita a passagem dos espermatozoides para dentro do útero, ao bloquear o óstio do colo uterino<sup>1,22</sup>. Os espermicidas, por fim, são substâncias, com diversas formas de apresentação, que são introduzidas no interior da vagina anteriormente ao ato sexual e atuam matando ou lentificando os espermatozoides<sup>1,22</sup>.

Os métodos hormonais atuam principalmente através da inibição do eixo hormonal fisiológico feminino, por meio de introdução hormonal exógena, inibindo a ovulação<sup>1,22</sup>. Entre os métodos hormonais, existem diferentes vias de aplicação: oral, injetável, implante subcutâneo, percutâneo e vaginal<sup>1,22</sup>. Os anticoncepcionais hormonais orais podem ser combinados (associação de estrogênio com progestogênio) ou apenas com progestogênio (minipílulas)<sup>1,22</sup>.

Os injetáveis, por sua vez, também podem ser combinados ou apenas com progestogênio; no entanto, além da diferença na composição hormonal desses métodos, tem-se uma diferença no intervalo de aplicação, sendo que os anticoncepcionais injetáveis combinados são administrados mensalmente e os anticoncepcionais injetáveis com apenas progestogênio são administrados mensal ou trimestralmente<sup>1,22</sup>. O implante hormonal subcutâneo é um dispositivo de silicone introduzido no tecido subcutâneo que irá realizar a liberação gradual de um hormônio por cerca de 3 anos; no Brasil, só é disponível o implante de progestogênio etonogestrel<sup>1,22</sup>. O adesivo hormonal transdérmico/percutâneo é adesivo medicamentoso que realiza liberação gradual do hormônio, necessitando troca semanal<sup>1,22</sup>. Além disso, tem-se o anel vaginal: material flexivo que deve ser colocado no interior da vagina, próximo ao colo do útero, e libera progressivamente o hormônio pelo qual é composto, devendo ser removido a cada 3 semanas<sup>1,22</sup>.

Os Dispositivos IntraUterinos, por fim, impedem a concepção por variados mecanismos. Existem dois tipos de DIU's: os de cobre e os hormonais. O DIU de cobre é um dispositivo de longa duração que é inserido no útero da mulher e gera uma reação inflamatória local citotóxica, a qual é espermicida e, por isso, provoca a morte e lentificação de espermatozoides<sup>1,22</sup>. Os DIU's hormonais são sistemas intrauterinos que liberam hormônio (lervonegestrel) progressivamente, com duração de cerca de 5 anos; no entanto, apesar de haver liberação hormonal, a maioria das mulheres continua ovulando com o uso desse método, sendo a reação à corpo estranho, alterações do muco cervical e inibição da motilidade espermáticas os mecanismos que garantem a contracepção desse método<sup>1,22</sup>.

Entre os métodos contraceptivos reversíveis, os contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC's) são os métodos com elevada eficácia e cuja duração contraceptiva é igual ou superior a 3 anos<sup>22</sup>. Como não dependem das mulheres para que exerçam o papel contraceptivo, eles apresentam maior efetividade e, por isso, devem ser a primeira linha de indicação para mulheres que desejam contracepção eficaz<sup>22</sup>. Os representantes dos LARC's são: implante subdérmico e os DIU's de cobre e hormonal<sup>22</sup>.

Existe ainda, no entanto, a anticoncepção de emergência realizada após o ato sexual desprotegido ou com risco de gestação<sup>1</sup>. Esse método é realizado através do uso emergencial de pílulas com altas doses de hormônios combinados ou só com progestogênio, a qual irá retardar a ovulação, reduzir a migração de espermatozoides pelo colo uterino e, caso já tenha ocorrido a fecundação, evitar a nidação do zigoto na parede do útero<sup>1</sup>.

O Caderno de Atenção Básica nº 26 informa que o Ministério da Saúde oferta à rede de serviços dos SUS os seguintes métodos contraceptivos<sup>1</sup>:

- Pílula combinada de baixa dosagem;
- Minipílula;
- Pílula anticoncepcional de emergência;
- Injetável mensal;
- Injetável trimestral;
- Preservativo masculino;
- Diafragma;
- DIU de cobre<sup>1</sup>.

Algumas secretarias estaduais e municipais de saúde adquirem, com seus próprios recursos, outros métodos contraceptivos para completar o conjunto ofertado pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup>.

A grande variedade de métodos contraceptivos existente demonstra a necessidade de um aconselhamento em planejamento sexual e reprodutivo que leve em consideração os objetivos reprodutivos dos pacientes, possíveis contraindicações ou condições de saúde que impeçam o uso de determinados métodos e a possibilidade de adesão ao método escolhido, entre outros fatores<sup>1</sup>.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS - 2006) realizou uma análise comparativa dos dados de 1996 e 2006 sobre a adesão à métodos contraceptivos pela população feminina do Brasil<sup>23</sup>. Nos resultados desse estudo, evidenciou-se um aumento da realização da contracepção, uma vez que a porcentagem de mulheres que não utilizavam métodos contraceptivos passou de 22,1%, em 1996, para 18,4% em 2006<sup>23</sup>. Além disso, o perfil de contracepção foi modificado, uma vez que, em 1996, a esterilização feminina era o principal método utilizado (38,5%), enquanto, em 2006, a pílula predominou entre as escolhas (27,4%), seguida da esterilização feminina (25,9%) e preservativo masculino (13,0%)<sup>23</sup>. Nesse estudo, percebeu-se uma possível relação entre a classe socioeconômica e o grau de escolaridade com o acesso ou escolha aos métodos contraceptivos, uma vez que a esterilização feminina foi o método mais utilizado entre as mulheres das classes socioeconômicas mais baixas e com menor grau de escolaridade<sup>23</sup>. Ademais, evidenciou-se maior participação masculina na contracepção, entre as classes socioeconômicas mais altas, devido ao aumento comparativo da adesão à esterilização masculina e ao preservativo masculino<sup>23</sup>. Constatou-se, por fim, uma melhoria muito sutil da qualidade da contracepção durante esse período<sup>23</sup>.

Em 2019, o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) anunciaram a atualização do PNDS, cuja pesquisa estava prevista para ter início no primeiro semestre de 2021<sup>24</sup>.

Alguns estudos realizados em capitais brasileiras nos anos de 1992 e 2009 perceberam um elevado nível de conhecimento à métodos contraceptivos, principalmente pelas mulheres jovens e adolescentes dessas localidades, acompanhado de uma adesão baixa/moderada aos métodos contraceptivos, com destaque para o uso de pílulas hormonais e esterilizações<sup>25,26</sup>. Esses resultados mostraram-se em coerência com um estudo de dados nacionais, publicado em 2021, o qual concluiu um maior uso de preservativos entre as mulheres mais jovens, com adesão à dupla proteção<sup>27</sup>.

Há pouco conteúdo na literatura que analise a participação do homem no processo do planejamento sexual e reprodutivo. No entanto, um estudo, realizado em 1998 no Brasil, com integrantes de uma universidade paulista, analisou a perspectiva e o papel do homem na decisão de utilizar métodos contraceptivos<sup>28</sup>. Nos resultados dessa pesquisa, identificou-se que os homens acreditam que as decisões sobre a prevenção de gravidez se atribuem ao casal (97,0%) e à mulher (6,4%), tendo o homem, isoladamente, uma contribuição pequena (1,2%)<sup>28</sup>. Entre os brasileiros, apenas 1,6% não conheciam nenhum método contraceptivos; sendo que os métodos mais conhecidos foram o preservativo (98,2%), pílulas (97,7%), as esterilizações, a tabela e os DIU's<sup>28</sup>. Sobre quem decidiu o método contraceptivo utilizado, os homens referiram que, principalmente, o casal realizava essa escolha (55,5%) ou as suas parceiras (22,3%)<sup>28</sup>.

## **GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA NO BRASIL**

As gestações são classificadas quanto ao planejamento da concepção em planejadas e não planejadas. Considera-se uma gravidez não planejada quando não há programação da concepção pelo casal ou, pelo menos, pela mulher<sup>29</sup>. As gestações não planejadas englobam as não desejadas (quando a mulher não apresenta nenhum desejo de gestar) e as inoportunas (quando as mulheres desejam engravidar, porém a gestação ocorreu antes do que elas gostariam)<sup>6</sup>.

Entre as principais consequências das gestações não planejadas estão o aborto voluntário (com seus riscos inerentes, a exemplo de hemorragia, infecção e até morte materna), mudanças de vida dos genitores (principalmente da mulher), cuidados pré-natais insuficientes (início tardio do pré-natal e número insuficiente de consultas), comportamentos de risco durante a gestação

(como uso de substâncias teratogênicas, álcool e tabaco), baixo peso do recém-nascido, déficit na saúde e desenvolvimento das crianças e até mortalidade infantil<sup>6</sup>.

Entre os fatores que contribuem para a gestação não planejada, inclusive em usuárias do programa de planejamento familiar, uma revisão sistemática publicada em 2021 evidenciou dificuldades no acesso às ações de saúde sexual e reprodutiva, apesar da ampla oferta de métodos contraceptivos no SUS, e baixa adesão ao planejamento familiar, correlacionada à adolescência, baixa escolaridade, situação conjugal e baixa renda familiar<sup>30</sup>. Além disso, o uso equivocado de métodos contraceptivos também se associa à gestação não planejada e relaciona-se com as lacunas no conhecimento sobre os métodos contraceptivos e seu funcionamento apresentadas pelas mulheres<sup>31</sup>.

O PNDS evidenciou que, em 2006, 18,2% das mulheres brasileiras não desejaram o último filho nascido nos últimos cinco anos, sendo que a prevalência de indesejabilidade mostrou-se ser proporcional ao aumento da idade da mulher e número de filhos vivos, além de associar-se à ausência de união matrimonial, raça/cor preta, menor escolaridade, menor poder aquisitivo<sup>23</sup>. Acerca da indesejabilidade da gestação em curso, essa pesquisa constatou que 19% das mulheres entrevistadas em 2006 não desejaram a gestação atual; sendo que, dentre as mulheres adolescentes (15 a 19 anos), 9,4% relataram que a gestação não foi desejada<sup>23</sup>.

O estudo NASCER, realizado em 2012, concluiu que, das puérperas entrevistadas, 55,4% não planejaram a gestação atual, sendo que 29,9% dessas gestações foram não desejadas, enquanto 25,5% foram inoportunas<sup>2</sup>.

A gestação na adolescência (10 a 19 anos) é considerada um fator de risco para a saúde dos jovens, uma vez que impacta na mortalidade materna e infantil, no quadro socioeconômico dos jovens e apresenta-se como elemento desestruturador de vida, impedindo, por vezes, a continuidade dos estudos e o acesso ao mercado de trabalho<sup>1,32</sup>. Um estudo de 2009, com mulheres adolescentes atendidas em um serviço de pré-natal, no Rio de Janeiro - RJ, percebeu que 75% das adolescentes não haviam planejado a gestação<sup>33</sup>. Outro estudo, realizado em 2015, em Salvador – BA, obteve uma prevalência de 82,2% gestações não planejadas e menos de 30% de conhecimento sobre os LARC's entre as adolescentes grávidas incluídas no estudo, das quais, 58,9% nunca haviam realizado contracepção<sup>34</sup>. Em 2020, o DATASUS registrou, no Brasil, o nascimento de 381.653 de crianças, cujas mães eram adolescentes<sup>35</sup>.

Um estudo, que utilizou os dados do PNDS – 2006, mas foi publicado em 2019, identificou que 62% das gestações brasileiras não foram planejadas, enquanto 22% não foram desejadas<sup>36</sup>.

Cerca de 26% das mulheres grávidas conheciam informações corretas sobre fertilidade e reprodução<sup>36</sup>. O conhecimento básico sobre fertilidade (ou seja, identificação do período fértil) reduziu a probabilidade de gestações não planejadas e não desejadas em 24%<sup>36</sup>.

Outros estudos, realizados em diferentes capitais do Brasil, também evidenciaram elevadas prevalências de gestações não planejadas, com predomínio em mulheres mais jovens, de menor escolaridade e renda familiar<sup>37,38</sup>.

Por fim, uma revisão integrativa publicada na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia de 2022, evidenciou o impacto da pandemia da COVID-19 no acesso aos serviços de planejamento sexual e reprodutivo, bem como na produção e transporte dos métodos contraceptivos<sup>39</sup>. Sendo assim, recomendou-se a adesão aos LARC's, uma vez que esses métodos garantem a contracepção ao longo prazo, independente do acesso aos serviços<sup>39</sup>. No entanto, devido à notável dificuldade de acesso a esse tipo de método, estima-se um aumento das gestações não planejadas no período pandêmico<sup>40</sup>, apesar de ter sido percebida uma redução no número de nascimentos registrados no Brasil<sup>41</sup>.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo primário, individuado, clínico, observacional, transversal e analítico, de caráter quantitativo.

### 4.2 Local, duração e Período do Estudo

A pesquisa foi realizada no Ambulatório Docente Assistencial de Brotas (ADAB), na cidade de Salvador – BA. O local do estudo foi escolhido por ser ambulatório de referência em atendimento e acompanhamento pré-natal e planejamento sexual e reprodutivo em Salvador, localizado no Distrito Sanitário de Brotas. As consultas são realizadas de segunda a sexta nos turnos matutino e vespertino. Trata-se também de um campo de estágio e de pesquisa de acadêmicos da área de saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

O estudo tem duração de 11 meses, tendo sido iniciado em Agosto de 2022, com previsão de término para Junho de 2023.

### 4.3 População do estudo

#### 4.3.1 População Alvo e Acessível

**População alvo:** mulheres em idade fértil, maiores de 18 anos, gestantes ou não.

**População acessível:** o estudo foi composto por 56 mulheres em acompanhamento ambulatorial regular ginecológico e gestantes matriculadas no pré-natal do ambulatório docente assistencial, que estiverem presentes para a consulta. A seleção aconteceu no período estabelecido para coleta de dados, onde a amostragem foi por método de conveniência e de forma voluntária.

#### 4.3.2 Critérios de Elegibilidade

##### Critérios de Inclusão

Como critérios, foram incluídas mulheres com idade superior a 18 anos, gestantes ou não, matriculadas no atendimento ginecológico ou pré-natal do ADAB, em condições de saúde para responder a pesquisa e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (APÊNDICE A).

##### Critérios de exclusão

Foram considerados os critérios de exclusão: mulheres com idade superior a 45 anos, aquelas cuja vida sexual não está ativa, analfabetas e aquelas que não apresentam condições físicas ou psicoemocionais para responder ao questionário.

#### **4.3.3 Tamanho e Seleção Amostral**

Trata-se de um estudo realizado em um período de 6 meses de coleta de dados (Agosto – Dezembro de 2022), sendo a análise amostral de conveniência.

#### **4.4 Fonte de Dados**

Os dados do estudo são primários, coletados pelos pesquisadores, através da aplicação de um questionário (APÊNDICE B ou C).

#### **4.5 Instrumento da coleta de dados e Variáveis do estudo**

Foram utilizados dois questionários estruturados (APÊNDICE B ou C) como instrumentos de coleta de dados, sendo que um (APÊNDICE B) foi aplicado às participantes não gestantes e o outro (APÊNDICE C) foi aplicado às participantes gestantes. Inicialmente foi feito um estudo piloto com 5 pacientes, para testar esses questionários e realizar modificações referentes à linguagem e organização de perguntas, para melhor compreensão pelas pacientes.

As variáveis contidas no questionário foram: dados sociodemográficos para identificação e caracterização das mesmas (idade, bairro de residência, cor da pele autorreferida, estado civil, religião, escolaridade, renda familiar, situação de trabalho, área de trabalho, tipo de assistência em saúde recebida), questões referentes aos dados clínicos e obstétricos anteriores (presença de vida sexual ativa, participação em programa de planejamento sexual e reprodutivo, presença de gestação anterior, número de gestações anteriores, intervalo de tempo desde o último parto, vivência de aborto prévio, tipo de aborto vivenciado – espontâneo ou induzido, número de filhos vivos e idade dos filhos), com abordagem sobre conhecimento das entrevistadas sobre os métodos contraceptivos (compreensão sobre o termo “métodos contraceptivos”, meio de obtenção de informações sobre os métodos contraceptivos, benefícios da realização de contracepção, compreensão sobre o direito ao acesso a métodos contraceptivos garantido por lei, , compreensão sobre os outros benefícios da contracepção - “dupla proteção” - e métodos contraceptivos conhecidos), além de questões sobre a adesão ao uso de métodos contraceptivos (utilização atual de métodos contraceptivos e sua duração, motivos para a realização contracepção atual ou motivos pelos quais não se realiza a contracepção atualmente) e às influências ao uso de métodos contraceptivos (convívio e com pessoas que utilizam métodos

contraceptivos e a influência que essa convivência exerce na escolha por contracepção, compreensão de quem realiza a tomada de decisões e escolhas sobre a contracepção).

Sobre a gestação atual, para as que compreendem esse grupo foram questionadas a idade gestacional atual e classificação da gestação atual em planejada/não planejada; além da utilização de contracepção para evitar a gestação atual, motivos para não realizar essa contracepção, ocorrência de falha em método contraceptivo, ocorrência de falha em uso de método contraceptivo, ocorrência de gestação durante troca de método contraceptivo.

#### **4.6 Procedimento da coleta de dados**

As fichas (APÊNDICE B e C) foram preenchidas na forma física pelas próprias participantes da pesquisa, em sala de espera do ambulatório, propiciando as participantes o máximo de privacidade e proteção, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da presente pesquisa (APÊNDICE A). Foi ofertado apoio da pesquisadora para preenchimento das fichas, nos casos nos quais houve impedimentos que dificultaram essa ação entre as participantes.

#### **4.7 Plano da análise de dados**

Após as coletas, os dados foram transcritos para o software IBM SPSS version 14.0 for Windows ®, onde também foram tabulados e avaliados. A essa plataforma para coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisas, somente a descritora desse projeto e seus orientadores tiveram acesso, garantindo confidencialidade.

As variáveis quantitativas foram analisadas pelo teste de normalidade de Kruskal Wallis; as de distribuições normais, foram então expressas em média e desvio-padrão, e as de distribuições anormais, por mediana e intervalo interquartil. As variáveis qualitativas expressas foram em frequências e percentuais. A análise das diferenças entre as variáveis qualitativas foi realizada pelo teste do qui-quadrado, e o teste McNemar. Na análise das variáveis contínuas foram usados os testes t de Student ou de Mann-Whitney e o teste t pareado ou teste de Wilcoxon, a depender da normalidade dos dados.

As variáveis de raça/cor, estado civil e religião foram dicotomizadas para garantir análise estatística intergrupos. Os dados obtidos pela variável de métodos contraceptivos conhecidos foram analisados pela frequência geral e intragrupos e, posteriormente, extraiu-se informações sobre conhecimento quantitativo (conhecimento de mais que quatro métodos contraceptivos<sup>42)</sup> e qualitativo (conhecimento de métodos considerados reversíveis de longa ação – LARC's<sup>22)</sup>

para possibilitar a análise estatística intergrupos dessas variáveis. Por fim, a variável de meios de informações sobre contracepção foi agrupada em: obtenção de informações por educação escolar, familiar, conversas com amigos ou parceiros; obtenção de informações por consultas médicas (ginecológica, de planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal ou consulta médica geral); e obtenção de informações através de mídias, palestras em unidades de saúde e outras fontes, para permitir análise estatística intergrupos com coerência entre as possibilidades de respostas.

Pela ausência de critérios estabelecidos para definição de conhecimento e adesões adequados de métodos contraceptivos, definiu-se que o conhecimento de mais de quatro métodos contraceptivos ou de, pelo menos, um LARC's seria considerado *adequado*; enquanto adesão acima de 70% aos métodos contraceptivos pela população estudada seria considerada *boa*, entre 30 – 70% seria considerada *intermediária* e abaixo de 30% seria considerada *insuficiente*.

Foram considerados os dados com significância estatística que o p for menor do que 0,05 (nível de significância de 95%).

#### **4.8 Aspectos éticos**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob o número do CAAE: 58547322.0.0000.5544 e número do parecer: 5.528.724, seguindo as exigências determinadas pelas Resoluções nº 466/12 e n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, tratando-se de uma pesquisa com dados de seres humanos (ANEXO A). A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP e ocorreu de maneira consciente e permitida pelas participantes, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Declara-se que não há conflitos de interesse por parte dos pesquisadores dessa pesquisa, uma vez que ela não foi financiada por nenhuma empresa ou instituição e tem o objetivo único de ampliar e compartilhar conhecimento.

##### **4.8.1 Riscos e Benefícios:**

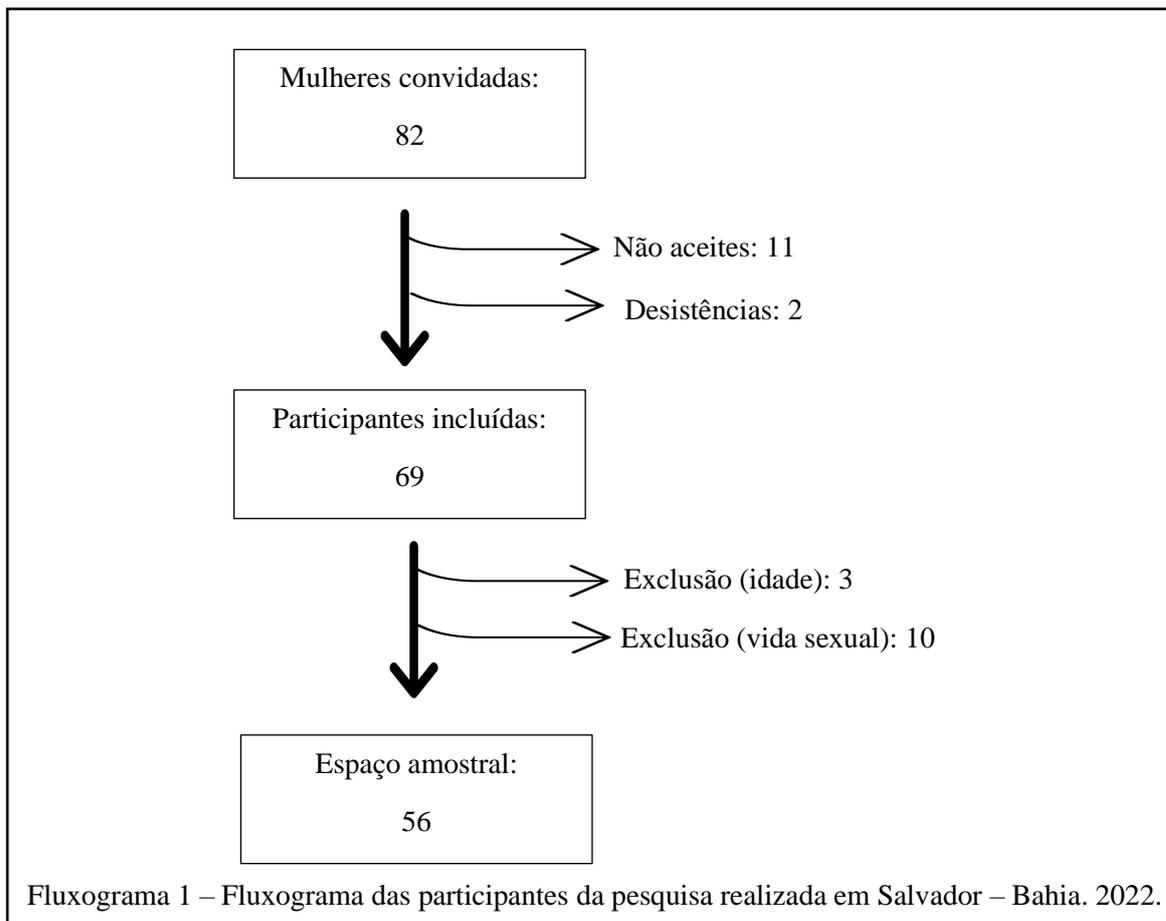
**Riscos para as participantes:** A pesquisa foi realizada a partir de preenchimento de questionários e análise dos dados quantitativos coletados; logo, não foram previstos riscos aparentes diretamente relacionados ao estudo. Conforme os dados foram coletados, as informações contidas neles e a identificação das pacientes ficaram acessíveis apenas para a pesquisadora e orientador e foram guardados e mantidos sob

sigilo. Os questionários serão guardados pelos pesquisadores durante um período de quatro anos e depois serão destruídos em uma picotadeira. Quanto à privacidade, a pesquisadora teve o cuidado de garantir a privacidade das participantes envolvidas na pesquisa.

**Benefícios para os participantes:** Através dos resultados, o estudo permite conhecer o perfil das mulheres gestantes e não gestantes atendidas no ADAB bem como o nível de informação dessas gestantes acerca do Planejamento Sexual e Reprodutivo no impacto de uma gravidez, seja ela planejada e desejada ou não. Consequentemente, o estudo poderá auxiliar discentes e docentes, que exercem atividades relacionadas a ginecologia e ao pré-natal no local da pesquisa, a realizarem uma melhor abordagem, com maior clareza e linguagem acessível ao nível sociocultural das mulheres assistidas. Permitindo, assim, a transmissão de informações sobre contracepção de forma qualificada e eficiente, buscando ampliar o conhecimento, busca a adesão de cada uma delas, se necessário for. No âmbito institucional, a pesquisa poderá implicar no direcionamento e ampliação do projeto em salas de espera rotineiramente no atendimento pré-natal desenvolvido no ADAB, não apenas sobre contraceptivos, mas sobre outros temas relevantes para conscientização a saúde dessas mulheres.

## 5 RESULTADOS

Foram convidadas para participar do estudo 82 mulheres presentes na sala de espera do ADAB, das quais 11 não aceitaram assinar o TCLE. Com isso, 71 mulheres aceitaram participar da pesquisa, das quais apenas duas desistiram após o início do preenchimento do questionário. Foram incluídas na pesquisa, portanto, um total de 69 mulheres, das quais três foram excluídas pelo critério de idade superior a 45 anos e 10 foram excluídas pelo critério de vida sexual inativa. Sendo assim, a amostra obtida nesse período de coleta foi de 56 participantes entrevistadas, conforme o **Fluxograma 1**.



A amostra da pesquisa é composta por mulheres de 18 a 42 anos, sendo que a média das idades foi de  $30,8 \pm 6,04$ . Entre os grupos gestante e não gestante, a diferença entre as médias de idades não demonstrou significância estatística ( $p = 0,537$ ). Vinte e oito participantes (50%) estavam grávidas. As participantes eram predominantemente Negras/Pardas (91,1) e Solteiras/Divorciadas/Viúvas (66,1). As religiões mais prevalentes no grupo eram a Evangélica/Católica (62,5), apesar da considerável prevalência de mulheres sem religião declarada/Ateístas/Outros (28,6%). Acerca da escolaridade e da renda familiar, as participantes

havam predominantemente concluído o ensino médio (58,9%) e possuíam renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos (51,8%). As relações de trabalho mais citadas pelas participantes foram com vínculo empregatício/Autônoma (66,1%). Oitenta e seis por cento das participantes apresentavam assistência à saúde unicamente pública, através do SUS. Dados sociodemográficos estão descritos na **Tabela 1**.

Os grupos gestantes e não gestantes foram assimilares em relação às características sociodemográficas (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das participantes da pesquisa. Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	Total (n = 56) No (%)	Não Gestantes (n = 28) No (%)	Gestantes (n = 28) No (%)	P valor*
Cor da pele				
<i>Branca/Amarela/Índia</i>	5 (8,9)	1 (3,6)	4 (14,3)	0,160 **
<i>Negra/Parda</i>	51 (91,1)	27 (96,4)	24 (85,7)	
Estado civil				
<i>Solteira/Divorciada/Viúva</i>	37 (66,1)	18 (64,3)	19 (67,9)	0,778 **
<i>Casada/União estável/Outros</i>	19 (33,9)	10 (35,7)	9 (32,1)	
Religião				
<i>Católica/Evangélica</i>	35 (62,5)	18 (64,3)	17 (60,7)	0,892**
<i>Espírita/Candomblecista/Umbandista</i>	5 (8,9)	2 (7,1)	3 (10,7)	
<i>Ateísta/Sem declaração/Outros</i>	16 (28,6)	8 (28,6)	8 (28,6)	
Escolaridade				
<i>EF Incompleto</i>	3 (5,3)	3 (10,7)	0 (0,0)	0,298**
<i>EM incompleto</i>	5 (8,9)	3 (10,7)	2 (7,2)	
<i>EM completo</i>	33 (58,9)	17 (60,7)	16 (57,1)	
<i>ES incompleto</i>	9 (16,1)	3 (10,7)	6 (21,4)	
<i>ES completo</i>	6 (10,8)	2 (7,2)	4 (14,3)	
Renda familiar				
<i>&lt; 1 SM</i>	21 (37,5)	11 (39,3)	10 (35,7)	0,786**
<i>1 - 3 SM</i>	29 (51,8)	14 (50,0)	15 (53,6)	
<i>3 - 5 SM</i>	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (3,6)	
<i>&gt; 5 SM</i>	2 (3,6)	1 (3,6)	1 (3,6)	
Relação de trabalho				
<i>Com vínculo empregatício/Autônoma</i>	37 (66,1)	18 (64,3)	19 (67,9)	0,778 **
<i>Desempregada/Outros</i>	19 (33,9)	10 (35,7)	9 (32,1)	
Assistência à saúde				
<i>SUS</i>	48 (85,7)	22 (78,5)	26 (92,8)	0,206 **
<i>SUS e Privado</i>	7 (12,5)	5 (17,9)	2 (7,2)	

\* P Valor referente à comparação entre participantes gestantes e não gestantes.

Referência de P valor < 0,05.

\*\* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: autoria própria.

Das 56 participantes da pesquisa, 12,5% estavam inscritas em algum Programa de Planejamento Sexual e Reprodutivo. Trinta e sete (66,1%) mulheres apresentaram gestações anteriores. A média de gestações prévias foi de  $1,8 \pm 0,98$ ; não havendo significância estatística na comparação intergrupos ( $p = 0,299$ ). Entre as mulheres que já haviam gestado, 21 (56,7%)

declararam tempo transcorrido após último parto de 5 anos ou mais e 15 (40,5%) haviam vivenciado situações de abortamentos. Entre os abortamentos, 5 (33,3%) foram declarados como provocados pelas mulheres. Dados ginecológicos descritos na **Tabela 2**.

Os grupos gestantes e não gestantes foram assimilares em relação aos dados ginecológicos (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Dados ginecológicos das participantes da pesquisa. Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	Total (n = 56) No (%)	Não Gestantes (n = 28) No (%)	Gestantes (n = 28) No (%)	P valor*
Participação em PPSR				
<i>Sim</i>	7 (12,5)	4 (14,3)	3 (10,7)	0,686**
Presença de gestação anterior				
<i>Sim</i>	37 (66,1)	20 (71,4)	17 (60,7)	0,397**
Tempo transcorrido após último parto				
<i>Há menos de 1 ano</i>	3 (8,1)	2 (10,0)	1 (5,9)	
<i>Há 1 ou 2 anos</i>	5 (13,5)	2 (10,0)	3 (17,6)	0,881**
<i>Há 3 ou 4 anos</i>	7 (18,9)	4 (20,0)	3 (17,6)	
<i>Há 5 ou mais anos</i>	21 (56,7)	12 (60,0)	9 (52,9)	
Vivência de situações de aborto				
<i>Sim</i>	15 (40,5)	7 (35,0)	8 (47,1)	0,457**
Tipo de situação de aborto				
<i>Espontâneo</i>	10 (66,7)	5 (71,4)	5 (62,5)	0,714**
<i>Induzido</i>	5 (33,3)	2 (28,6)	3 (37,5)	

PPSR: Programa de Planejamento Sexual e Reprodutivo

\* P Valor referente à comparação entre participantes gestantes e não gestantes.

Referência de P valor < 0,05.

\*\* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: autoria própria.

Entre as 28 participantes **gestantes** da pesquisa, a prevalência da idade gestacional era de 8 (28,6%) no primeiro trimestre gestacional, 10 (35,7%), no segundo trimestre e 10 (35,7%) no terceiro trimestre. Vinte (71,4%) das mulheres declararam que não planejaram a gravidez, 16 (57,1%) declararam que desejaram a gestação atual, enquanto 10 (35,7%) não desejaram (as duas restantes não responderam à pergunta sobre o desejo da gestação atual). Dados obstétricos atuais estão descritos na **Tabela 3**.

Tabela 3 - Dados obstétricos atuais das participantes gestantes (n = 28). Salvador. Bahia. 2022

Variáveis	No (%)
Idade gestacional atual	
<i>1-14 semanas</i>	8 (28,6)
<i>15-28 semanas</i>	10 (35,7)
<i>29-42 semanas</i>	10 (35,7)
<i>Mais de 42 semanas</i>	
Planejamento da gestação atual	
<i>Sim</i>	8 (28,6)
Desejo em relação à gestação atual	
<i>Sim</i>	16 (57,1)

Fonte: autoria própria.

Sobre os conhecimentos sobre a contracepção, observamos que 48 (85,7%) das participantes conheciam o termo “métodos contraceptivos”, sendo que 100% das *gestantes* possuíam esse conhecimento. Houve diferença intergrupos (*gestantes e não gestantes*) a respeito do conhecimento da terminologia, percebendo-se significância estatística entre os grupos ( $p = 0,002$ ). A Dupla Proteção é conhecida por 71,4% do espaço amostral da pesquisa, com desconhecimento por parte de 7 (25%) das *gestantes*. Dezoito por cento das participantes da pesquisa não possuíam conhecimento acerca do direito constitucional de garantia ao acesso gratuito à métodos contraceptivos, garantido pela lei N° 9.263/1996<sup>14</sup>. Os grupos gestante e não gestante foram assimilares com relação ao conhecimento sobre a Dupla Proteção e do direito constitucional à contracepção. Dados sobre conhecimentos acerca de métodos contraceptivos descritos e analisados na **Tabela 4**.

Tabela 4 - Conhecimentos gerais sobre contracepção. Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	Total (n = 56) No (%)	Não Gestantes (n = 28) No (%)	Gestantes (n = 28) No (%)	P valor*
Conhecimento sobre o termo "Métodos Contraceptivos"				
<i>Sim</i>	48 (85,7)	20 (71,4)	28 (100,0)	0,002**
Conhecimento sobre "Dupla Proteção"				
<i>Sim</i>	40 (71,4)	19 (67,9)	21 (75,0)	0,554**
Conhecimento sobre o direito constitucional de acesso aos métodos contraceptivos				
<i>Sim</i>	46 (82,1)	23 (82,1)	23 (82,1)	1,000**

\* P Valor referente à comparação entre participantes gestantes e não gestantes.

Referência de P valor < 0,05.

\*\* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: autoria própria.

Os métodos contraceptivos mais conhecidos pelas participantes da pesquisa foram o preservativo feminino (conhecido por 80,4% das participantes), anticoncepcional oral (85,7%) e anticoncepcional injetável (78,6%). Sendo assim, houve uma prevalência de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos reversíveis de barreira e hormonais. Entre os métodos comportamentais, o método do coito interrompido foi o mais conhecido (51,8%), seguido do de tabela (48,2%). Os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC's), representados pelo implante anticoncepcional, DIU hormonal e DIU não hormonal, foram conhecidos por 33,9%, 41,1% e 53,6%, respectivamente. Os métodos contraceptivos irreversíveis também se mostraram conhecidos, sendo a ligadura tubária conhecida por 50% das participantes e a vasectomia, por 58,9%. Por fim, 69,6% tinham informações em relação à contracepção de emergência. Dados sobre os métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes demonstrados no **Gráfico 1**.

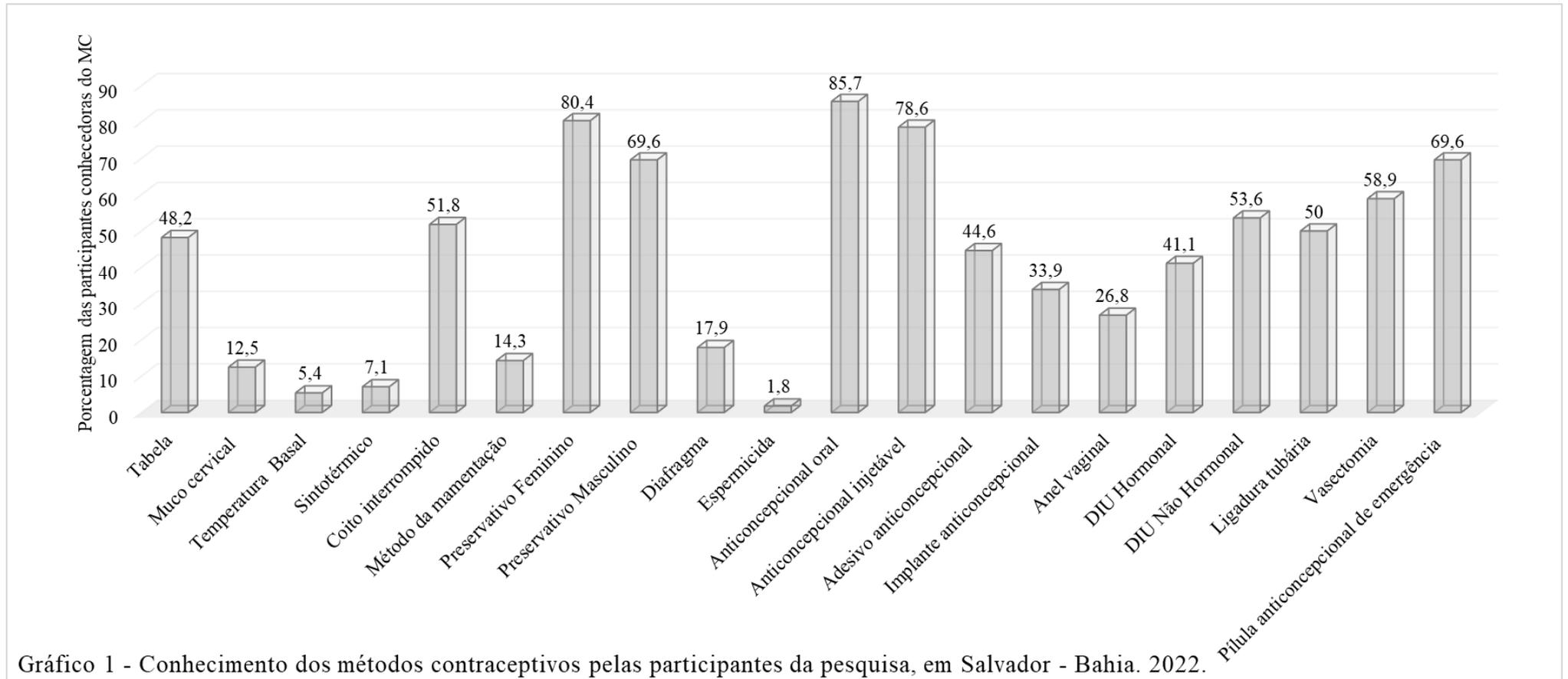
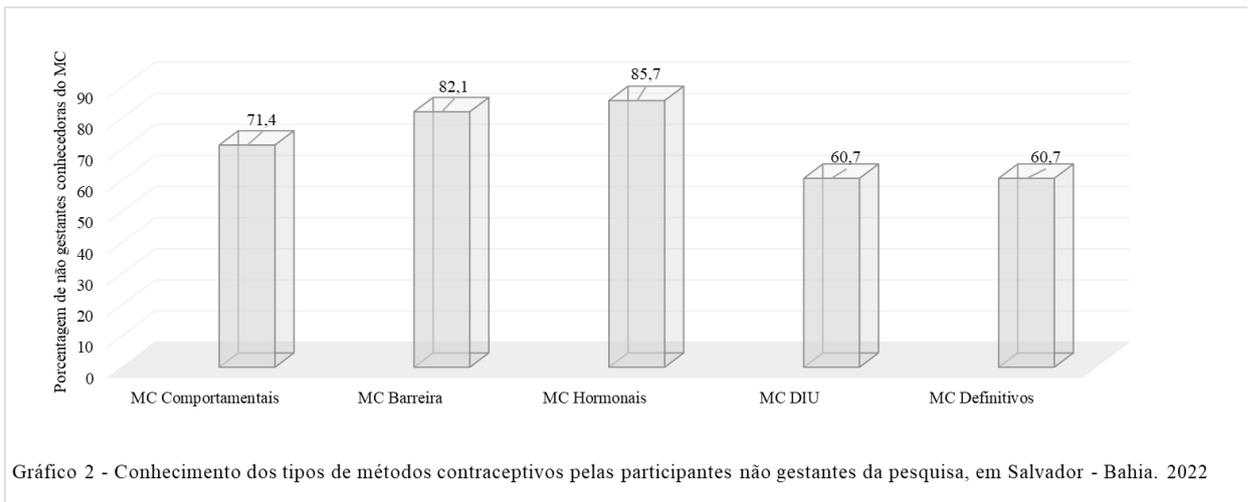


Gráfico 1 - Conhecimento dos métodos contraceptivos pelas participantes da pesquisa, em Salvador - Bahia. 2022.

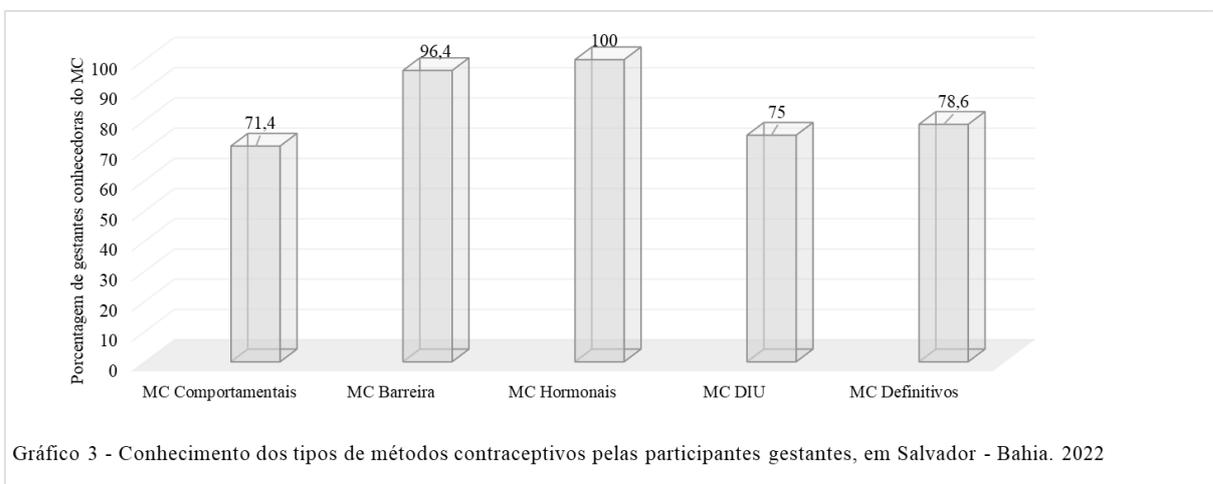
MC: método contraceptivo  
 DIU: dispositivo intrauterino  
 Fonte: autoria própria.

No grupo das participantes *não gestantes*, houve predominância de conhecimento sobre os métodos contraceptivos hormonais (85,7%) e de barreira (82,1%), seguidos dos métodos comportamentais (71,4%). Dados sobre os tipos de métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes não gestantes demonstrados no **Gráfico 2**.



MC: método contraceptivo  
DIU: dispositivo intrauterino  
Fonte: autoria própria.

No grupo das participantes *gestantes*, observou-se maior conhecimento acerca dos métodos hormonais (100%) de barreira (96,4%) e definitivos (78,6). Dados sobre os tipos de métodos contraceptivos conhecidos pelas participantes gestantes demonstrados no **Gráfico 3**.



MC: método contraceptivo  
DIU: dispositivo intrauterino  
Fonte: autoria própria.

A partir de análise secundária dos dados, obteve-se a análise comparativa intergrupos sobre o conhecimento específico dos métodos contraceptivos. Com isso, identificou-se que 78,6% das participantes da pesquisa conheciam mais que quatro métodos contraceptivos, sendo que 89,3% das gestantes possuíam esse conhecimento contra 67,8% das *não gestantes*; com tendência à significância estatística ( $p = 0,051$ ). Cerca de 71,4% das participantes da pesquisa conheciam os chamados “Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação”, 64,3% das *não gestantes* conheciam ao menos um representante desse grupo de métodos, enquanto 78,6% das *gestantes* também apresentavam esse conhecimento. No entanto, os grupos *gestantes e não gestantes* foram assimilares quanto ao conhecimento dos LARC’s. Dados comparativos sobre os conhecimentos específicos dos métodos contraceptivos estão demonstrados na **Tabela 5**.

Tabela 5 - Conhecimento específico sobre métodos contraceptivos pelas participantes da pesquisa. Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	Total (n = 56) No (%)	Não Gestantes (n = 28) No (%)	Gestantes (n = 28) No (%)	P valor*
Conhece mais que quatro métodos contraceptivos <i>Sim</i>	44 (78,6)	19 (67,8)	25 (89,3)	0,051**
Conhece LARC’s <i>Sim</i>	40 (71,4)	18 (64,3)	22 (78,6)	0,237**

LARC’s: Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação

\* P Valor referente à comparação entre participantes gestantes e não gestantes.

Referência de P valor < 0,05.

\*\* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: autoria própria.

Os meios de obtenção de informações sobre métodos contraceptivos mais relatados pelas participantes da pesquisa foram através de consulta ginecológica, de planejamento sexual e reprodutivo e pré-natal (76,8%) e educação escolar/familiar/conversas com amigos e parceiros (64,3%). Entre os dois grupos, o veículo de informações sobre a contracepção mais informado foi o atendimento ginecológico, de planejamento sexual e reprodutivo e de pré-natal (82,1% pelas *não gestantes* e 71,4% pelas *gestantes*). Houve uma tendência de que as participantes *gestantes* obtiveram menor contato com as informações sobre contracepção através de consultas médicas gerais do que as *não gestantes* ( $p = 0,051$ ). Dados comparativos sobre os meios de obtenção de informações sobre métodos contraceptivos estão demonstrados na **Tabela 6**.

Os grupos *gestante* e *não gestante* foram assimilares quanto aos meios de obtenção de informações sobre contracepção (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Meios de informações sobre métodos contraceptivos pelas participantes da pesquisa. Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	Total (n = 56) No (%)	Não Gestantes (n = 28) No (%)	Gestantes (n = 28) No (%)	P valor*
Obtenção de informações por educação escolar, familiar, conversas com amigos ou parceiros <i>Sim</i>	36 (64,3)	15 (53,6)	21 (75,0)	0,094**
Obtenção de informações por consulta médica geral <i>Sim</i>	12 (21,4)	9 (32,1)	3 (10,7)	0,051**
Obtenção de informações por consulta ginecológica, de PSR e pré-natal <i>Sim</i>	43 (76,8)	23 (82,1)	20 (71,4)	0,342**
Obtenção de informações através de mídias, palestras em unidades de saúde ou outras fontes <i>Sim</i>	28 (50,0)	14 (50,0)	14 (50,0)	1,000**

PSR: Planejamento Sexual e Reprodutivo

\* P Valor referente à comparação entre participantes gestantes e não gestantes.

Referência de P valor < 0,05.

\*\* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: autoria própria.

Os dados mostraram que entre as participantes *não gestantes*, a adesão aos métodos contraceptivos foi de 39,3%. As que utilizam método contraceptivo, o tempo de uso mais prevalente foi de 5 anos ou mais (45,4%) e o meio de acesso à contracepção mais relatado foi através de prescrição médica em consulta de planejamento sexual e reprodutivo (63,6%), seguido de orientação por familiares ou amigos (18,2%). Dessas, 17 (60,7%) que não estavam utilizando métodos contraceptivos, 29,4% informaram não realizavam contracepção pois não se colocavam em risco de gravidez, 17,6 % relataram que tinham desejo de engravidar e 23,5% informaram outros motivos para não realização da contracepção. Dados sobre a adesão aos métodos contraceptivos pelas participantes não gestantes demonstrados na **Tabela 7**.

Tabela 7 - Adesão e acesso aos Métodos Contraceptivos pelas participantes não gestantes (n =28).  
Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	No (%)
Utilização atual de métodos contraceptivos	
<i>Não</i>	17 (60,7)
<i>Sim</i>	11 (39,3)
Tempo de uso dos métodos contraceptivos	
<i>Há 1 ano</i>	1 (9,1)
<i>Há 2 anos</i>	1 (9,1)
<i>Há 3 anos</i>	4 (36,4)
<i>Há 5 anos ou mais</i>	5 (45,4)
Meio de acesso aos métodos contraceptivos	
<i>Prescrição em consulta de PSR*</i>	7 (63,6)
<i>Orientação por familiares ou amigos</i>	2 (18,2)
<i>Tratamento de alterações hormonais</i>	1 (9,1)
<i>Solicitação espontânea na farmácia</i>	1 (9,1)
Motivos para não realização da contracepção	
<i>Não se expõe à risco de gravidez</i>	5 (29,4)
<i>Não tem acesso aos métodos contraceptivos</i>	1 (5,9)
<i>Tem desejo atual de engravidar</i>	3 (17,6)
<i>Suspensão própria do uso devido á efeitos colaterais</i>	2 (11,8)
<i>Recebi contraindicação médica para o uso de métodos contraceptivos</i>	2 (11,8)
<i>Reduz a minha percepção de prazer no ato sexual</i>	1 (5,9)
<i>Outros</i>	4 (23,5)

\*PSR: Planejamento Sexual e Reprodutivo

Fonte: autoria própria.

Entre as participantes **gestantes**, o percentual de adesão aos métodos contraceptivos quando engravidaram foi de 53,6%. As gestantes que relataram o uso contracepção para evitar a gestação atual informaram que houve gestação no intervalo de troca de métodos contraceptivos (53,3%). No entanto, entre 46,4% que informaram que não evitaram a gestação atual com métodos contraceptivos, 61,5% confirmaram que tinham desejo prévio de engravidar e 15,3% confirmaram suspensão própria do uso de método contraceptivo devido aos efeitos colaterais. Dados sobre a adesão e acesso aos métodos contraceptivos pelas participantes gestantes demonstrados na **Tabela 8**.

Tabela 8 - Adesão e acesso aos Métodos Contraceptivos pelas participantes gestantes (n=28).  
Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	No (%)
<b>Utilização prévia de métodos contraceptivos para evitar gestação</b>	
<i>Não</i>	13 (46,4)
<i>Sim</i>	15 (53,6)
<b>Motivos para não realização da contracepção</b>	
<i>Havia desejo de engravidar</i>	8 (61,5)
<i>Não se colocava em risco de gestação</i>	1 (7,7)
<i>Suspensão própria do uso de método contraceptivo por efeitos colaterais</i>	2 (15,4)
<i>Outros</i>	2 (15,4)
<b>Ocorrência de falha do método contraceptivo utilizado</b>	
<i>Não</i>	8 (53,3)
<i>Sim</i>	6 (40,0)
<b>Ocorrência de falha no uso do método contraceptivo utilizado</b>	
<i>Não</i>	8 (53,3)
<i>Sim</i>	6 (40,0)
<b>Ocorrência de gestação no intervalo de troca entre métodos contraceptivos</b>	
<i>Não</i>	7 (46,7)
<i>Sim</i>	8 (53,3)

Fonte: autoria própria.

Acerca das influências na adesão à contracepção, 94,6% das participantes informaram que pessoas próximas utilizavam métodos contraceptivos, no entanto, 64,1% dessas mulheres informaram que isso não as influenciava a aderir aos métodos contraceptivos. Entre as não **gestantes**, 53,6% relataram a inexistência dessa influência contra 67,9% das **gestantes**. Acerca da responsabilidade e tomada de decisão sobre a contracepção, 58,9% das participantes informaram que elas próprias decidiam sozinhas sobre o uso ou não de métodos contraceptivos e 37,5% compartilhavam a decisão com seus cônjuges. Na comparação intergrupos, a maioria das **não gestantes** (57,1%) e das **gestantes** (60,7%) tomavam as decisões sozinhas; não sendo encontrada significância estatística a respeito das influências na adesão à contracepção. Dados comparativos sobre as influências na adesão à contracepção pelas participantes da pesquisa estão descritos na **Tabela 9**.

Tabela 9 - Influências na adesão à contracepção pelas participantes da pesquisa. Salvador - Bahia. 2022

Variáveis	Total (n = 56) No (%)	Não Gestantes (n = 28) No (%)	Gestantes (n = 28) No (%)	P valor*
Utilização de métodos contraceptivos por pessoas próximas				
<i>Sim</i>	53 (94,6)	25 (89,3)	28 (100,0)	0,075**
Influência da contracepção de pessoas próximas sobre a própria contracepção				
<i>Não</i>	34 (64,1)	15 (60,0)	19 (67,9)	0,348**
Responsabilidade sobre as decisões em relação à própria contracepção				
<i>A própria participante</i>	33 (58,9)	16 (57,1)	17 (60,7)	
<i>A própria participante e o seu conjuge</i>	21 (37,5)	10 (35,7)	11 (39,3)	0,589**
<i>Outros (ex.: Médicos)</i>	1 (1,8)	1 (3,6)	0 (0,0)	

\* P Valor referente à comparação entre participantes gestantes e não gestantes.

Referência de P valor < 0,05.

\*\* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Fonte: autoria própria.

## 6 DISCUSSÃO

As participantes do presente estudo (gestantes e não gestantes) formaram um grupo homogêneo, com a maioria negras e pardas, não eram casadas, haviam concluído o ensino médio, apresentavam status socioeconômico baixo/médio e eram atendidas exclusivamente pelo SUS. Observou-se um adequado nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos na amostra estudada. A população apresentou intermediária adesão à contracepção, sendo que a maioria das gestantes estavam em uso de método contraceptivo quando engravidaram. Verificou-se também, que a maioria das gestações não planejadas ocorreu no intervalo de troca de métodos contraceptivos, sem uso do método de barreira como prevenção da gravidez. Comprovou-se que a principal fonte de informações sobre métodos contraceptivos foi através de atendimento ginecológico, de planejamento sexual e reprodutivo (PSR) e de pré-natal, e não houve influência externa na adesão à contracepção pelas mulheres.

Os resultados evidenciaram uma possível relação inversa entre o conhecimento sobre contracepção e prevenção de gestações não planejadas. Apesar da maioria das grávidas afirmarem ter informações sobre contracepção, a maior parte das gestações não foram planejadas.

Percebeu-se também uma dissociação entre o conhecimento de métodos contraceptivos e a adesão a eles. Da mesma forma, estudos realizados em capitais brasileiras perceberam elevado nível de conhecimento acompanhado de baixa adesão aos métodos contraceptivos pelas mulheres<sup>25,26</sup>. No entanto, a presente pesquisa revelou uma redução da adesão à contracepção, comparado ao estudo nacional PNDS realizado em 2006 (81,6% de adesão)<sup>23</sup>, em contraponto com a atual maior disponibilidade de informações sobre contracepção, através dos meios digitais (internet e redes sociais) e propagandas governamentais.

A falta de acesso não foi considerada motivo de não adesão à contracepção. Além disso, não houve influência do uso de métodos contraceptivos por pessoas próximas na decisão à adesão a esses métodos, sendo que a responsabilidade por essa tomada de decisão foi evidenciada como predominantemente das próprias mulheres. Esses resultados foram diferentes dos observados em uma pesquisa brasileira de perspectiva masculina, na qual a tomada de decisão sobre contracepção mostrou-se compartilhada entre o casal (55,5%)<sup>28</sup>.

Tendo a maioria das gestações ocorrido no intervalo de troca de métodos contraceptivos e as taxas de falhas do método contraceptivo e falhas de seu uso terem sido as mesmas, reafirma-se a relação entre as lacunas no conhecimento de métodos contraceptivos e uso equivocado dos métodos com as gestações não planejadas, como já visto em outros estudos<sup>31</sup>.

Aponta-se uma elevada taxa de gestações não planejadas, em paralelo com o estudo NASCER (55,4% gestações não planejadas) e um estudo secundário ao PNDS (62%)<sup>2,36</sup>. A participação pouco significativa das participantes em PPSR, a elevada taxa de gestações não planejadas e a quantidade de abortamentos, sobretudo os induzidos, sugerem a precariedade de informações, dificuldade de acesso ou falta de interesse a respeito os serviços planejamento sexual e reprodutivo.

Os atendimentos ginecológicos, de PSR e de pré-natal e as conversas sociais demonstraram-se os principais meios de informação sobre contracepção. Sendo assim, essas fontes de informação devem estar de acordo com as atualizações em contracepção fornecidas pelo Ministério da Saúde, para que essa população tenha acesso à informação de qualidade refletindo em maior adesão e prevenção de gestação não planejada<sup>1</sup>.

Os métodos contraceptivos mais conhecidos foram os anticoncepcionais orais, seguidos do preservativo feminino/masculino e do anticoncepcional injetável. Esses resultados reafirmam o processo de alteração do perfil de contracepção percebido em pesquisas desde 2006, na qual há maior conhecimento e adesão aos contraceptivos orais, em detrimento dos métodos irreversíveis<sup>23</sup>.

Houve maior relevância do preservativo feminino, coerente com pesquisas anteriores que indicam maior conhecimento e adesão à dupla proteção<sup>27</sup>. No entanto, devido à baixa divulgação e menor popularidade do modelo feminino de preservativo no sistema de saúde, questiona-se a existência de um viés de entendimento das alternativas semelhantes contidas no instrumento de coleta, podendo existir distorção nas respostas das participantes, pela proximidade das opções de métodos contraceptivos e a familiaridade com o termo “preservativo”.

Dentre as limitações do estudo está a limitação em uma região específica e o espaço amostral pequeno, podendo não representar toda a população de Salvador, apesar de ter identificado resultados semelhantes em alguns artigos com maior número amostral. Sugere-se a produção de pesquisas futuras englobando outros serviços com uma maior amostragem.

Considera-se também, que os questionários utilizados não abordam os conhecimentos aprofundados sobre forma de uso de cada método contraceptivo, e que as participantes podem superestimar seus próprios conhecimentos dos métodos ou ocultar os verdadeiros motivos de não adesão à contracepção, por estarem sendo submetidas a um teste.

## 7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos tem-se uma melhor compreensão sobre o conhecimento das mulheres gestantes e não gestantes em relação a informação sobre planejamento sexual e reprodutivo, contracepção e adesão ao uso. O nível de conhecimento dos métodos contraceptivos foi adequado e a adesão à contracepção pelas não gestantes e gestantes foi intermediária, ainda que a maioria das gestações tenha se mostrado não planejada (tendo ocorrido no intervalo de troca de métodos contraceptivos) pelas mulheres atendidas pela rede de saúde em Salvador – BA. A principal fonte de informações sobre métodos contraceptivos foi através de atendimento ginecológico, de planejamento sexual e reprodutivo (PSR) e de pré-natal, e não houve influência externa na adesão à contracepção pelas mulheres.

Com os achados da pesquisa sugere-se que, apesar de conhecerem os métodos contraceptivos, as mulheres desconhecem a magnitude do impacto que a adesão a esses métodos pode promover em seu planejamento familiar e de vida. Infere-se que, a despeito do conhecimento geral dos métodos, há um desconhecimento sobre seus modos de uso adequados e realização de troca de método contraceptivo segura.

Sendo assim, mostra-se necessário melhorar o fornecimento de educação em saúde em contracepção para as mulheres e homens. O estudo revela que o serviço prestado necessita de ações mais efetivas, priorizando estratégias centradas no aspecto educativo, abrangendo participação de uma equipe multiprofissional e a ampliação do projeto de salas de espera com discussões sobre o assunto, principalmente sobre escolha do casal, incentivando o parceiro no comprometimento da contracepção assim como para a mulher. Durante esse contato entre profissionais de saúde e mulheres gestantes ou não gestantes, devem ser iniciadas as ações de incentivo, promoção e apoio à adesão ao uso dos métodos, com o objetivo de evitar gestações futuras não planejadas e não desejadas, promovendo liberdade de escolha, reafirmando a importância da adesão, favorecendo assim uma vida sexual saudável, segura e consciente dos seus direitos, como determinado pelo Ministério da Saúde.

Sugere-se a produção de pesquisas futuras englobando uma maior quantidade de participantes, em serviços assistências (públicos e privados), ampliando conhecimento quanto as limitações da adesão ao Planejamento Sexual e Reprodutivo.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, da Gama SGN, Filha MMT, da Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(SUPPL1).
3. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. 2008.
4. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014 [Internet]. New York ; 2014. Available from: <https://www.guttmacher.org/adding-it-up>
5. Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. 2020 Jan 1;101(1):26–33.
6. Brown SS, Eisenberg L, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Unintended Pregnancy. The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. National Academy Press; 1995. 380 p.
7. OPAS, OMS. Folha informativa - Mortalidade materna [Internet]. Banco de Notícias. 2018 [cited 2022 Apr 11]. Available from: [https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820)
8. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. In: 3 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2007.
9. Böger B, Fachi MM, Vilhena RO, Cobre AF, Tonin FS, Pontarolo R. Systematic review with meta-analysis of the accuracy of diagnostic tests for COVID-19. *Am J Infect Control*. 2021 Jan 1;49(1):21–9.
10. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [Internet]. 2ª edição. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas., editors. Brasília : Ministério da Saúde; 2021. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_assistencia\\_gestante\\_puerpera\\_covid-19\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf)
11. MS, SVS, CGIAE, Sistema de Informações sobre Mortalidade. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil.
12. Observatório COVID-19/Fiocruz. Boletim Observatório COVID-19, semanas epidemiológicas 20 e 21. 2021.

13. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). Washington, D.C.; 2021 Apr.
14. BRASIL. Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Brasília: Constituição Federal; 1996.
15. BRASIL, Ministério da Saúde., Secretaria de Políticas de Saúde., Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4 edição. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher, editors. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
16. Ministério da Saúde. ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: BASES DE AÇÃO PROGRAMÁTICA. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
17. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Editora do Ministério da Saúde; 2011. 80 p.
18. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1ª edição. Ministério da Saúde, editor. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.
19. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS: UMA PRIORIDADE DO GOVERNO [Internet]. Brasília : Ministério da Saúde; 2005. Available from: <http://www.saude.gov.br>
20. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas, Coordenação-Geral de Ciclos da Vida, Coordenação de Saúde das Mulheres. NOTA TÉCNICA Nº 16/2020. International Journal of Gynecology and Obstetrics Brasília; Jun 1, 2020.
21. Congresso Nacional. PL Nº4515/2020. Brasília ; 2020.
22. Passos E, Et Al. Rotinas em Ginecologia. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2017.
23. Brasil, Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília; 2009.
24. Peduzzi P. Ministério da Saúde e IBGE coletarão dados sobre população infantil: Pesquisa em domicílios também avaliará saúde da mulher. Agência Brasil [Internet]. 2019 [cited 2022 May 27]; Available from: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-12/ministerio-da-saude-e-ibge-coletarao-dados-sobre-populacao-infantil>
25. Schor N, Felicissimo Ferreira A, Machado VL, Paula França A, M Pirotta KC, Thereza de Alvarenga A, et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. Vol. 16. 2000.

26. Correia DS, Pontes ACP, Cavalcante JC, Egito EST, Maia EMC. Adolescents: Contraceptive knowledge and use, a Brazilian study. *ScientificWorldJournal*. 2009 Jan 18;9:37–45.
27. Trindade RE da, Siqueira BB, Paula TF de, Felisbino-Mendes MS. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2021;26:3493–504.
28. Alves Duarte G. *Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos*. Vol. 14. 1998.
29. Prietsc SOM, et al. Gravidez não planejada no Extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública* . 2011 Oct;27 (10):1906–16.
30. de Jesus Santos R. Fatores que contribuem para a gravidez não planejada em usuárias do programa de planejamento familiar. *Saúde.com*. 2021 Apr 1;16(4).
31. Delgado VG, Oliveira E dos S, Frota E de FP, Dias Neta AR, Chaves RF, Nascimento G de OB do, et al. Gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(5):12315–27.
32. Oliveira MW de. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. *Cadernos CEDES*. 1998 Jul;19(45):48–70.
33. Spindola T, Silva L. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PESQUISA. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem* . 2009;13 (1):99–107.
34. Brito MB, Alves FSS, Souza MQ, Requião SR. Low Level of Knowledge of Contraceptive Methods among Pregnant Teens in Brazil. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018 Jun 1;31(3):281–4.
35. Brasil, Ministério da Saúde, SINASC. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS [Internet]. [cited 2022 May 31]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>
36. Wichmann R. The influence of reproductive information quality on the probability of unplanned and unwanted pregnancies in Brazil. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2019 Apr;11(1):3–9.
37. Costa ACM, de Oliveira BLCA, Alves MTSS de B e. Prevalence and factors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian capital in the Northeast. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2021;21(2):461–71.
38. de Almeida E, Coelho C, Lindiane De Souza Andrade M, Vilanova L, Vitoriano T, De J, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família\*. Vol. 25. 2012.
39. Marquini GV, Martins SB, Oliveira LM, Dias MM, Takano CC, Sartori MGF. Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde ginecológica: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2022 Feb;44:194–200. Available from: [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)

40. Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low-and Middle-Income Countries Impacts of the Pandemic on SRH Outcomes.
41. Oliveira AC de J, Gonçalves ECS, Oliveira GA de, Marcolino G de J, Paulino LS, Campos FA de O. Saúde reprodutiva feminina no Brasil durante a pandemia da Covid-19: fecundidade, contracepção e pré-natal: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2022 Mar 3;15(3):e9684.
42. Tilahun T, Coene G, Luchters S, Kassahun W, Leye E, Temmerman M, et al. Family Planning Knowledge, Attitude and Practice among Married Couples in Jimma Zone, Ethiopia. *PLoS One*. 2013 Apr 23;8(4).

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título da pesquisa:** A Importância dos Métodos Contraceptivos: Conhecimento e Adesão ao uso pelas Mulheres na Rede de Saúde em Salvador – Ba.

**Nome do pesquisador:** Camila Furtado Brandão

**Nome do orientador:** Prof. Maria Cristina Gomes de Santana

**Nome do coorientador:** Prof. Dr. David Nunes

A senhora está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa do Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) intitulado “A importância dos métodos contraceptivos: conhecimento e adesão ao uso pelas mulheres na rede de saúde em Salvador – BA”, desenvolvida pela estudante Camila Furtado Brandão, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EMBSA) sob a orientação da Prof. Maria Cristina Gomes de Santana e coorientação do Prof. Dr. David Nunes Junior. A pesquisa tem o objetivo de avaliar o conhecimento das mulheres, gestantes e não gestantes, sobre a contracepção, seu uso e adesão aos métodos contraceptivos. Solicitamos que leia este documento, que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que a senhora não consiga entender, solicite ajuda a pesquisadora responsável pelo estudo.

A pesquisa será realizada entre as mulheres matriculadas e acompanhadas no setor de ginecologia e pré-natal do Ambulatório Docente Assistencial de Brotas (ADAB), em Salvador – Bahia, com idade maior que 18 anos. O contato com os participantes será na sala de espera do ADAB, onde será explicada a pesquisa, seus objetivos e o questionário que irá responder, com previsão para a realização de, no máximo, 30 minutos de duração.

Após essa explicação e leitura, caso concorde em participar da pesquisa, a senhora responderá ao questionário, elaborado pela pesquisadora, com perguntas sobre: alguns dados sociodemográficos, tipo de assistência à saúde recebida, presença de vida sexual ativa, número de gestações anteriores, experiência de aborto prévia, número de filhos atuais, seu conhecimento a respeito do direito ao acesso aos métodos contraceptivos e os benefícios da realização da contracepção, meio de obtenção de informações sobre contracepção, uso de alguns dos métodos e sua duração, motivos para a contracepção ou

motivos pelos quais não realiza a contracepção, tomada de decisões nas relações sexuais, planos futuros de gestação e presença de gestação atual. Além de perguntas sobre a gestação atual, caso a senhora esteja gestando, como: idade gestacional atual, classificação da gestação atual em planejada/não planejada, desejada/não desejada, sua aceitação e aceitação do seu parceiro em relação à gestação, utilização de contracepção para evitar a gestação atual, ocorrência de falha em método contraceptivo, ocorrência de falha em uso de método contraceptivo, ocorrência de gestação durante troca de método contraceptivo.

Não existe benefício direto quanto a sua participação nessa pesquisa. O benefício indireto esperado será o de tentar melhorar as estratégias e ações do planejamento sexual e reprodutivo, ampliar o acesso das mulheres a esse conhecimento e, assim, promover escolhas saudáveis no que tange suas vidas sexuais e reprodutivas. Os riscos inerentes à pesquisa envolvem o constrangimento em responder ao questionário, a perda de tempo para tal e a exposição dos seus dados. Para minimizá-los, participante e pesquisadora, ficarão em local seguro, reservado, mantendo assim a privacidade, durante a aplicação do questionário. Para assegurar seu anonimato, resguardar e garantir o sigilo dos participantes, não terá nomes nas fichas, sendo utilizados números de identificação para cada participante.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais e mantidas em arquivo digital, protegido por senha, ficando em posse do pesquisador durante um período de até 5 anos. Após o término do projeto serão descartados todos os materiais e apagado todo e qualquer registro de plataformas virtuais. Caso os resultados deste estudo sejam publicados, não haverá qualquer informação ou dado que possa identificá-la.

A decisão de participar deste estudo é totalmente voluntária. Caso resolva participar e em algum momento se sentir desconfortável, constrangida ou mobilizada emocionalmente, considerar perda de tempo para tal e exibição dos seus dados, a senhora tem o direito de desistir a qualquer momento ou período da pesquisa, evitando exposição a quaisquer tipos de riscos. A aplicação do questionário será interrompida imediatamente se assim desejar, sem necessidade de justificar seus motivos. A desistência não afetará de forma algum seu atendimento médico no ambulatório. A pesquisadora se compromete em seguir todas as normas e diretrizes vigentes direcionadas pelas resoluções 466/12 e 510/16 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, mantendo postura ética diante desta pesquisa e dos seus participantes. Sua participação nesta pesquisa não terá qualquer ônus, pagamento ou recebimento financeiro por isto.

Os custos desta pesquisa serão da responsabilidade dos pesquisadores. Caso exista alguma despesa adicional, a senhora será ressarcida pelo pesquisador. No caso de danos provenientes comprovadamente da pesquisa haverá indenização ao participante.

Em qualquer etapa deste projeto, você poderá ter contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, que são: Camila Furtado Brandão, pelo e-mail [camilabrandao19.2@bahiana.edu.br](mailto:camilabrandao19.2@bahiana.edu.br) ou cel. (71) 99973-3661, Maria Cristina Santana, pelo e-mail [cristinasantana@bahiana.edu.br](mailto:cristinasantana@bahiana.edu.br) ou cel. (71) 99344-3813, ou no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana –ADAB, 1º andar, localizado na Av. Dom João VI, 274 – Brotas – CEP 40.285-001, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Unidade Acadêmica de Brotas, ou pelo telefone (71) 2101-1921. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos e/ou denúncias, a senhora também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública que funciona na Rua Dom João VI, nº 274, em Brotas, na cidade de Salvador, tel. (71) 2101-1921 e cel. (71) 98383-7127. E-mail: [cep@bahiana.edu.br](mailto:cep@bahiana.edu.br). O resultado desse estudo só poderá ser divulgado e publicado em trabalhos acadêmicos e científicos sem a identificação do participante.

Caso aceite participar dessa pesquisa após ter lido o texto, rubriche as páginas e a última deverá ser assinada pela participante e pesquisador. O documento será emitido em duas vias de igual teor, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra via com o participante.

### **CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, após ter lido o consentimento informado e ter sido suficientemente esclarecido pelo pesquisador e entendido o que me foi explicado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Informo ainda que recebi uma cópia deste documento de igual teor.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Impressão datiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura de quem aplicou o consentimento

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – A

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO A – NÃO GESTANTE QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**1) Idade:** \_\_\_\_\_

**2) Bairro de Residência:** \_\_\_\_\_

**3) Cor da pele autorreferida:**

Branca     Parda     Negra     Índia     Amarela     Não especificado

**4) Estado Civil:**

Solteira     Casada     União estável     Divorciada     Viúva

Outros \_\_\_\_\_

**5) Religião:**

Católica     Evangélica     Espírita     Candomblecista     Umbandista

Ateísta     Sem declaração     Outras \_\_\_\_\_

**6) Escolaridade:**

Analfabeta     Ensino Fundamental Incompleto     Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto     Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto     Ensino Superior Completo

**7) Renda Familiar Informada** (em Salários-Mínimos):

< 1 SM     1 a 3 SM (R\$ 1.212,00 - R\$ 3.636,00)

3 a 5 SM (R\$ 3.636,00 - R\$6.060,00)     > 5 SM

**8) Qual é a sua relação de trabalho?**

Com vínculo empregatício     Autônoma     Desempregada     Outros: \_\_\_\_\_

**9) Em que você trabalha atualmente?**

Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca     Na indústria     Na construção civil

No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços

Como funcionário(a) do governo federal, estadual ou municipal

Como profissional liberal, professora ou técnica de nível superior

Trabalho fora de casa em atividades informais (pintor, eletricista, encanador, feirante, ambulante, guardador/a de carros, catador/a de lixo)

Trabalho em minha casa informalmente (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria etc.)

Faço trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheiro/a, mordomo/governanta, jardineiro, babá, lavadeira, faxineiro/a, acompanhante de idosos/as etc.)

No lar (sem remuneração)     Não trabalho     Outro: \_\_\_\_\_



**QUESTIONÁRIO: CONHECIMENTO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

**15) Você sabe o que são métodos contraceptivos?**

Sim  Não

**16) Quais os métodos contraceptivos que você conhece?**

Tabela (Tabelinha)  Muco Cervical  Temperatura Basal

Sintotérmico (Tabela + Muco Cervical + Temperatura Basal)

Coito Interrompido (ejaculação com pênis fora da vagina)

Método da Amamentação  Preservativo/Camisinha Masculina

Preservativo/Camisinha Feminina  Diafragma  Espermicidas

Anticoncepcional Oral  Anticoncepcional Injetável

Adesivo Anticoncepcional  Implante Anticoncepcional (Implanon)

Anel Vaginal  Dispositivo Intrauterino Hormonal (DIU Kyleena ou Mirena)

Dispositivo Intrauterino Não-Hormonal (DIU de cobre ou de prata)

Ligadura de Tubas Uterinas  Vasectomia

Pílula anticoncepcional de emergência (Pílula do dia seguinte)

**17) Você obteve informações sobre métodos contraceptivos através de:**

Educação Escolar  Educação Familiar

Consulta Ginecológica  Consulta de Planejamento Sexual e Reprodutivo

Consulta de Pré-Natal  Consulta Médica Geral

Conversas entre amigas(os)  Conversas com companheiro

Mídias (Internet, Rádio, Televisão, Instagram, Facebook)

Palestras na Unidade de Saúde

Outros: \_\_\_\_\_

**18) Você conhece o outro benefício da utilização de métodos contraceptivos, como a prevenção mútua de gestação e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)?**

Sim  Não

**19) Você sabe que todas as mulheres têm o direito ao acesso gratuito à métodos contraceptivos garantido por lei?**

Sim  Não

**QUESTIONÁRIO: ADESÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

20) Você está utilizando métodos contraceptivos regularmente?

Sim     Não

Se sua resposta anterior foi "Sim", responda às seguintes perguntas:

20.1) Há quanto tempo você utilizou ou está utilizando método contraceptivo?

Menos de 6 meses     Há 1 ano  
 Há 2 anos     Há 3 anos  
 Há 4 anos     Há 5 anos ou mais

20.2) Como você teve acesso ao método contraceptivo?

Foi prescrito em consulta de planejamento sexual e reprodutivo  
 Foi orientada por algum(a) parente, amiga, mãe/pai ou conhecidos  
 O parceiro solicitou para que fizesse uso  
 Faz parte do seu tratamento para alterações hormonais  
 Solicitou espontaneamente um método contraceptivo na farmácia  
 Outros motivos: \_\_\_\_\_

Se você informou que não utiliza métodos contraceptivos regularmente ou nunca utilizou, responda às seguintes perguntas:

20.1) Por que você não realiza a contracepção?

Não se coloca em risco de gestação.  
 Não sabe muito a respeito  
 Não tem acesso aos métodos contraceptivos  
 Tem desejo atual de engravidar  
 Teve efeitos colaterais ao utilizar métodos contraceptivos (dor de cabeça, enjoos...) e suspendeu o uso por conta própria, sem falar com o médico  
 Fui contraindicada, por médico, a utilizar métodos contraceptivos  
 Os métodos contraceptivos reduzem minha própria sensação de prazer durante o ato sexual  
 O companheiro não aceita usar o método contraceptivo e você concorda, para evitar desentendimentos e não haver recusa de prosseguir o ato sexual ou a relação.  
 Outros: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO: INFLUÊNCIAS AO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

21) Pessoas próximas a você utilizam métodos contraceptivos (mãe, irmã, amigas)?

Sim     Não

Se sua resposta anterior foi "Sim", responda à seguinte pergunta:

22.1) Você se sente influenciada a realizar a contracepção por essas pessoas?

Sim     Não

22) Sobre contracepção, quem costuma tomar as decisões e escolhas?

Você     Seu(s) companheiro(s)     As decisões são tomadas em conjunto  
 Outros: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – B

Data: ___/___/___	Número: _____
<p><b>QUESTIONÁRIO B - GESTANTE</b></p> <p><b>QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b></p>	
1) Idade: _____	
2) Bairro de Residência: _____	
3) Cor da pele autorreferida:	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Índia <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Não especificado	
4) Estado Civil:	
<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outros _____	
5) Religião:	
<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Candomblecista <input type="checkbox"/> Umbandista <input type="checkbox"/> Ateísta <input type="checkbox"/> Sem declaração <input type="checkbox"/> Outras _____	
6) Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo	
7) Renda Familiar Informada (em Salários-Mínimos):	
<input type="checkbox"/> < 1 SM <input type="checkbox"/> 1 a 3 SM (R\$ 1.212,00 - R\$ 3.636,00) <input type="checkbox"/> 3 a 5 SM (R\$ 3.636,00 - R\$6.060,00) <input type="checkbox"/> > 5 SM	
8) Qual é a sua relação de trabalho?	
<input type="checkbox"/> Com vínculo empregatício <input type="checkbox"/> Autônoma <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> Outros: _____	
9) Em que você trabalha atualmente?	
<input type="checkbox"/> Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca <input type="checkbox"/> Na indústria <input type="checkbox"/> Na construção civil <input type="checkbox"/> No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços <input type="checkbox"/> Como funcionário(a) do governo federal, estadual ou municipal <input type="checkbox"/> Como profissional liberal, professora ou técnica de nível superior <input type="checkbox"/> Trabalho fora de casa em atividades informais (pintor, eletricitista, encanador, feirante, ambulante, guardador/a de carros, catador/a de lixo) <input type="checkbox"/> Trabalho em minha casa informalmente (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria etc.) <input type="checkbox"/> Faço trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheiro/a, mordomo/governanta, jardineiro, babá, lavadeira, faxineiro/a, acompanhante de idosos/as etc.) <input type="checkbox"/> No lar (sem remuneração) <input type="checkbox"/> Não trabalho <input type="checkbox"/> Outro: _____	

10) Qual tipo de assistência em saúde que recebe?

Sistema Único de Saúde (SUS)       Privado       Ambos

**QUESTIONÁRIO: DADOS CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS ANTERIORES E ATUAIS**

11) Apresenta vida sexual ativa?

Sim     Não

12) Você participa de algum Programa de Planejamento Sexual e Reprodutivo?

Sim     Não

13) Você está grávida atualmente?

Sim     Não

14) Já esteve grávida anteriormente?

Sim     Não

Se sua resposta anterior foi "Sim", responda as perguntas a seguir:

14.1) Quantas gestações já teve?

1             2             3             4 ou mais.

14.2) Há quanto tempo ocorreu seu último parto?

Há menos de 1 ano     Há 1 ou 2 anos     Há 3 ou 4 anos     Há 5 ou mais anos

14.3) Quantos filhos vivos tem atualmente?

0             1             2             3             4 ou mais

14.4) Qual a idade dos seus filhos?

0 a 2 anos     2 a 3 anos     3 a 5 anos     5 a 10 anos     10 a 15 anos ou mais

14.5) Já passou por alguma situação de aborto?

Sim     Não

Se sua resposta anterior foi "Sim", responda a pergunta a seguir:

14.5.1) Como ocorreu a situação de aborto?

Espontâneo                       Induzido

**QUESTIONÁRIO: GESTAÇÃO ATUAL**

15) Qual a sua idade gestacional?

1 – 14 semanas (1 – 3 meses)

29 – 42 semanas (7 – 9 meses)

15 – 28 semanas (4 – 6 meses)

Mais de 42 semanas (mais de 9 meses)

16) Sua gestação atual foi planejada?

Sim     Não

17) Sua gestação atual foi desejada?

Sim     Não



**QUESTIONÁRIO: ADEÇÃO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

**23) Você utilizava método contraceptivo para evitar engravidar?**

Sim     Não

Se sua resposta anterior foi "Não",  
responda à questão a seguir:

**23.1) Por que você não utilizava métodos contraceptivos?**

- Tinha desejo de engravidar.
- Não se colocava em risco de gestação.
- Não conhecia os métodos contraceptivos ou modo de uso.
- Não teve acesso aos métodos contraceptivos.
- Foi contraindicada, por médico, a utilizar métodos contraceptivos.
- Tinha efeitos colaterais ao utilizar métodos contraceptivos (dor de cabeça enjoo...) e suspendeu o uso por conta própria, sem falar com o médico.
- Os métodos contraceptivos reduziam minha própria sensação de prazer durante o ato sexual.
- O companheiro não aceitava usar o método contraceptivo e você concorda, para evitar desentendimentos e não haver recusa de prosseguir o ato sexual ou a relação.
- Outros: \_\_\_\_\_

Se sua resposta anterior foi "Sim",  
responda à questão a seguir:

**23.1) Houve falha no método contraceptivo utilizado?**

Sim     Não

**23.2) Houve falha no uso do método utilizado?**

Sim     Não

**23.3) Estava trocando de método quando engravidou?**

Sim     Não

**QUESTIONÁRIO: INFLUÊNCIAS AO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

**24) Pessoas próximas a você utilizam métodos contraceptivos (mãe, irmã, amigas)?**

Sim     Não

Se sua resposta anterior foi "Sim", responda à seguinte pergunta:

**23.1) Você se sente influenciada a realizar a contracepção por essas pessoas?**

Sim     Não

**25) Sobre contracepção, quem costuma tomar as decisões e escolhas?**

- Você                     Seu(s) companheiro(s)                     As decisões são tomadas em conjunto
- Outros: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: CONHECIMENTO E ADESÃO AO USO PELAS MULHERES NA REDE DE SAÚDE EM SALVADOR - BA

**Pesquisador:** Maria Cristina Gomes de Santana

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58547322.0.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.528.724

#### Apresentação do Projeto:

A atenção em planejamento sexual e reprodutivo implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. No Brasil, o planejamento sexual e reprodutivo é um direito dos cidadãos, garantido pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, desde 2005. Entre os benefícios do planejamento reprodutivo, temos a realização de práticas sexuais mais saudáveis, com prevenção às gestações não planejadas. O estudo "Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento", realizado em 2012, concluiu que das 23.894 mulheres entrevistadas, 55,4% não planejaram a gestação e 29,9% não queriam engravidar. Em 2008, estima-se que ocorreram 47 mil mortes maternas no mundo, devido à abortos desassistidos. Anualmente, cerca de 74 milhões de mulheres, que vivem em países de rendas baixa e média, engravidam sem intenção. Sendo que, nesses países,

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br