



CURSO DE MEDICINA

LUIZA ARAÚJO AZI SANTANA

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À ESCOLHA DE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO**

Salvador

2021

Luiza Araújo Azi Santana

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS À ESCOLHA DE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina.

Orientadora: Profª. Drª. Milena Bastos Brito

Salvador

2021

RESUMO

INTRODUÇÃO: Estima-se que, no Brasil, 55% das gestações não são planejadas. A dificuldade de acesso a serviços de saúde qualificados e a falta de informação e orientação sobre o uso correto de métodos contraceptivos predispõem a uma gestação indesejada, muitas vezes com curto intervalo intergestacional. O conhecimento de fatores sociodemográficos que influenciam a escolha de métodos anticoncepcionais no puerpério pode ser útil para diminuição da prevalência de gravidez indesejada através de medidas eficazes de orientação acerca da anticoncepção ainda no puerpério. **OBJETIVO:** Identificar os fatores sociodemográficos relacionados à escolha de métodos contraceptivos no pós-parto. **METODOLOGIA:** Estudo transversal realizado em duas maternidades públicas localizadas em Salvador (BA), no período entre dezembro de 2019 e novembro de 2020. Foram incluídas mulheres em pós-parto imediato com recém-nascidos vivos, nas quais foram analisados os perfis sociodemográfico e reprodutivo. As participantes foram divididas em dois grupos: quem deseja utilizar método reversível de longa duração (grupo LARC) ou de curta duração (grupo não-LARC) no período puerperal. **RESULTADOS:** Foram entrevistadas 140 puérperas, dentre as quais 109 demonstraram interesse em usar algum método contraceptivo reversível no período puerperal, sendo 33 no grupo LARC e 76 no grupo não-LARC. Não houve diferença entre os perfis sociodemográfico e reprodutivo entre os grupos. **CONCLUSÃO:** A religião foi o único fator sociodemográfico associado à escolha de métodos anticoncepcionais no período puerperal nessa população.

Palavras-chave: Método Contraceptivo. Puerpério. Gravidez.

ABSTRACT

BACKGROUND: In Brazil, it is estimated that 55% of the pregnancies are unintended. The difficulty in accessing qualified health services and the lack of information and orientation towards the correct use of contraceptive methods may lead to an undesired pregnancy, often with a short intergestational period. Knowing the sociodemographic factors that influence the choice of a contraceptive method might be useful to diminish the prevalence of unintended pregnancy through effective orientational measures regarding contraception in the puerperal period. **OBJECTIVE:** Identifying sociodemographic factors related to the choice of contraceptive methods in postpartum period. **METHODS:** Cross-sectional study taken place in two public maternities localized in Salvador (BA), between December 2019 and November 2020. Women in immediate post-partum with alive newborns were included, in which sociodemographic and reproductive profiles were analyzed. Participants were divided in two groups: those who want to use a long-acting reversible contraceptive (LARC group) and those who want to use a short-acting reversible contraceptive (non-LARC group) in post-partum period. **RESULTS:** A hundred and forty puerperal women were interviewed. Among them, 109 showed interest in using any reversible contraceptive method, being 33 in the LARC group and 76 in the non-LARC group. No difference was found between sociodemographic and reproductive profiles from the LARC and non-LARC groups. **CONCLUSION:** Religion was the only sociodemographic factor associated with the choice of contraceptive methods in the post-partum period in this population.

Keywords: Contraceptive Method. Post-partum. Unintended Pregnancy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVO.....	5
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	6
3.1. Gestação não planejada.....	6
3.2. Puerpério.....	6
3.3. Métodos anticoncepcionais no puerpério.....	7
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
4.1. Desenho do estudo.....	11
4.2. Local de estudo.....	11
4.3. População do estudo.....	11
4.4. Coleta de dados.....	12
4.5. Variáveis do estudo.....	12
4.6. Plano de análise de dados.....	13
4.7. Aspectos éticos.....	13
5. RESULTADOS.....	15
6. DISCUSSÃO.....	19
7. CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXO A –.....	28
ANEXO B –.....	33
ANEXO C –.....	35
ANEXO D –.....	36

1. INTRODUÇÃO

A gestação não planejada é a gravidez que ocorre de forma não intencional, incluindo aquelas resultantes de falhas contraceptivas. Ela apresenta, além de maior risco de morbimortalidade materna e neonatal, repercussões sociais e econômicas¹. A nível mundial, estima-se que 44% das gestações ainda são não planejadas². No Brasil, esses números chegam a 55%³, destacando a grande prevalência da gravidez não planejada no país.

A implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, reflete o reconhecimento, pelo Estado, do direito da mulher na dissociação entre sexualidade e reprodução ao propor atendimento à saúde reprodutiva feminina⁴. O planejamento reprodutivo visa o acesso à informação, ao atendimento especializado e aos recursos que propiciam a escolha livre e consciente de ter filhos ou não⁵, sendo suas ações amparadas pela Lei nº 9.263/1996.

Apesar de importantes avanços, a saúde reprodutiva no período puerperal ainda precisa ser melhor debatida⁶, principalmente devido às particularidades presentes nesse período. A falta de informação e a dificuldade ao acesso à serviços de saúde qualificados predispõem a uma nova gestação, muitas vezes indesejada, com curto intervalo intergestacional⁷. Sabe-se que intervalos intergestacionais menores que 18 meses estão associados ao maior número de complicações maternas e neonatais/infantis quando comparados a intervalos maiores que 24 meses⁸. Para uma adequada prescrição de anticoncepcionais nesse período, deve-se considerar o tempo de pós-parto, padrão de amamentação e se houve ou não retorno da menstruação⁷.

Desde 2005, o governo brasileiro promove o acesso a métodos contraceptivos reversíveis através do PAISM, sendo disponibilizados, pelo SUS, contraceptivos como os preservativos masculino e feminino, o anticoncepcional oral combinado, o anticoncepcional injetável mensal e trimestral, o dispositivo intrauterino (DIU) com cobre, o diafragma, a anticoncepção hormonal de emergência e a minipílula⁹. Ademais, dentre os reversíveis, existem os métodos comportamentais, que são de baixa eficácia, como o método rítmico ou tabelinha, do muco cervical ou Billings, da curva térmica, sintotérmico e a ejaculação extragenital¹⁰.

Além disso, no SUS, estão disponíveis também os métodos definitivos ou de esterilização, que consistem na ligadura tubária e na vasectomia, realizados conforme

critérios do artigo 10 da Lei supracitada¹¹. Na rede privada, é possível encontrar pílulas vaginais, espermicidas, DIU com progesterona, implantes hormonais, adesivos cutâneos (*Patch*) e anéis vaginais¹².

Os LARC são métodos usuário-independentes que possuem maior eficácia comparados aos métodos de curta duração, sendo a taxa de falha menor que 1% no primeiro ano¹². No Brasil, o uso dos LARC ainda é baixo¹³. A lactação, o crescimento e o desenvolvimento neonatal e infantil não sofrem interferência dos LARC¹⁴, sendo uma boa opção para as puérperas. Os métodos contraceptivos reversíveis de curta duração, ou não-LARC, dependem da usuária para a manutenção da eficácia. O uso incorreto e inconsistente fazem com que esses métodos sejam menos eficazes¹⁵, com uma taxa de falha que varia entre 3 a 8%, a depender do método¹¹.

No mundo, 64% das mulheres em um relacionamento estável fazem uso de contraceptivos¹⁶. Estima-se que, no Brasil, 80% das mulheres em idade reprodutiva estão em uso de algum tipo de método contraceptivo¹⁷, sendo o contraceptivo oral o mais comum, seguido pela laqueadura tubária¹⁸. Diante do número elevado de usuárias de pílulas, que são métodos que dependem da usuária para manterem sua eficácia, o índice de gestações não planejadas no país ainda é alto.

O puerpério representa um momento oportuno para adequada orientação contraceptiva, uma vez que a mulher está motivada a aumentar o intervalo intergestacional e está inserida em uma unidade de saúde. A fim de orientar adequadamente acerca da anticoncepção nesse período, conhecer os fatores sociodemográficos que estão associados ao planejamento gestacional ou não favorecem a implementação de medidas mais eficazes com o objetivo de diminuir a prevalência de gravidezes não planejadas no Brasil.

2. OBJETIVO

2.1. Geral

Identificar os fatores sociodemográficos que estão associados a escolha de métodos anticoncepcionais no período puerperal.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Gestação não planejada

No mundo, cerca de 80 milhões de mulheres engravidam por ano sem terem planejado uma gestação¹⁹. A gravidez não planejada é toda aquela que ocorre em um momento inoportuno, sem que tenha sido programada previamente pela mulher ou pelo casal. É decorrente do não uso, do uso inadequado ou de falhas de métodos contraceptivos¹ e suas consequências geram impacto na saúde e bem-estar da mulher, sendo o aborto induzido um dos principais desfechos de cerca de 47% das gestações não planejadas na América do Sul².

Dados recentes evidenciam que, dentre a população em risco de uma gestação não planejada nos Estados Unidos, estão mulheres entre 18 a 24 anos, não-brancas, com baixo nível socioeconômico e mulheres solteiras que coabitam com o parceiro²⁰. No Brasil, mulheres negras ou pardas – dentre as quais 63% vivem abaixo da linha da pobreza e possuem grau de escolaridade menor comparado com as mulheres brancas^{21,22} – possuem acesso limitado à serviços de saúde de boa qualidade e, como consequência, a atenção reprodutiva dessas mulheres é negligenciada²³. Na cidade de Salvador (BA), nota-se prevalência de gravidez não planejada em mulheres com idade média de 24 anos, de cor parda ou preta, casadas ou em união estável, com ensino médio incompleto e renda familiar menor ou igual a um salário mínimo²⁴.

Dentre a população com maior prevalência de gestação não planejada, condições socioeconômicas desfavoráveis e o baixo grau de escolaridade são fatores que dificultam ainda mais o acesso à informação no que concerne o uso correto de métodos contraceptivos, os efeitos adversos que levam ao abandono do uso, as limitações da eficácia do método, além da disponibilidade limitada de métodos variados para esse grupo^{24,25}. Atrelada à falta de suporte pelos serviços de saúde, o acesso restrito à essas informações favorece o acontecimento de uma gestação não planejada.

3.2. Puerpério

Define-se puerpério como o período que decorre desde o parto, com a expulsão da placenta, até o momento em que as mudanças fisiológicas provocadas pela gravidez e parto retornem ao seu estado anterior à gestação²⁶. Divide-se

didaticamente em três períodos: o imediato ou período agudo, em que a mulher apresenta rápidas mudanças e maior risco de complicações, envolvendo as 6 a 12 primeiras horas pós-parto; o período tardio, que dura de 2 a 6 semanas, e o período remoto, que pode se estender por até 6 meses²⁷.

O retorno da puérpera ao serviço de saúde é fundamental, não só para a saúde da mulher, como também para a do recém-nascido, visto que a morbidade e mortalidade materna e neonatal é maior na primeira semana após o parto²⁸. No Brasil, consulta puerperal deve ocorrer entre 7 a 10 dias após o parto, e uma segunda consulta deve ser realizada até o 42º dia pós-parto²⁹.

Contudo, estudo realizado em Salvador (BA) mostra que o percentual de mulheres que retornam ao serviço de saúde para a consulta puerperal é baixo³⁰. A baixa adesão a essas consultas é resultado da ausência de estratégias pelos serviços de saúde, além da desvalorização desse retorno pelo serviço e pelos profissionais³¹. Esse fato dificulta orientações relacionadas à contracepção no pós-parto, pois é no período puerperal que a mulher está mais disposta a discutir sobre o planejamento familiar, seja sobre em relação a espaçar uma nova gestação ou exprimir o desejo em não ter mais filhos⁷.

A importância da consulta de puerpério também se dá pelo fato de ser um momento de escuta sobre as possíveis queixas e dúvidas acerca do puerpério, além de orientações sobre o aleitamento, corrigindo possíveis dificuldades na amamentação²⁸. Entende-se que o puerpério é um período em que a mulher perpassa por diversas alterações psico-orgânicas, necessitando assim de uma rede de apoio que ofereça educação reprodutiva de qualidade, prevenção de complicações no pós-parto e conforto físico e emocional²⁶.

3.3. Métodos anticoncepcionais no puerpério

O planejamento familiar, conforme a Lei nº 9.263 de 1996, proporciona, à mulher e ao casal, a autonomia para constituição da prole planejada, sendo os métodos contraceptivos sua principal ferramenta. Através da oferta de métodos anticoncepcionais, o SUS traz liberdade de escolha quanto ao número de filhos e o intervalo entre gestações, além de evitar uma gravidez não programada⁵.

Os métodos contraceptivos podem ser classificados em dois grupos principais: os métodos reversíveis e os irreversíveis¹². Dentre os métodos reversíveis, ainda podemos dividi-los entre métodos de longa duração (LARC) e curta duração (não-LARC). Os LARC são representados pelos DIU de cobre e hormonal e pelo implante anticoncepcional³², enquanto os não-LARC incluem preservativos, contraceptivos orais e injetáveis, adesivos contraceptivos e anéis vaginais. Quanto aos métodos irreversíveis, tem-se a esterilização cirúrgica feminina e masculina.

A anticoncepção deve levar em conta a eficácia do método, que é a capacidade de proteção de uma gravidez não planejada, e a sua segurança, que é o risco em causar danos à saúde da usuária¹². Além disso, o profissional deve considerar a opção de método contraceptivo feita pela paciente, tendo em mente que tal uso nem sempre poderá ser feito por conta de possíveis contraindicações.

Os métodos contraceptivos comportamentais são classificados em Ogino-Kauss (tabelinha), temperatura basal, Billings (muco cervical) e sintotérmico. Para sua eficácia, é necessário que a mulher reconheça quando está em período fértil, e, assim, o casal deve evitar relações sexuais neste período caso não haja intenção de engravidar¹⁰. Fatores como doença, estresse, depressão e mudanças de ritmo no trabalho podem alterar o ciclo menstrual da mulher e levar à falha do método. A taxa de falha desses métodos, em uso habitual, é de até 20% no primeiro ano de uso. Em uso correto, este índice cai para 0,5 a 9%³³. A ejaculação extravaginal ou coito interrompido também é um método contraceptivo comportamental, que geralmente traz ansiedade ao casal, visto que possui índice de falha maior que 25%¹⁰.

O método comportamental de lactação e amenorreia (LAM) é uma alternativa de método anticoncepcional para puérperas. Nesse método, utiliza-se a amamentação como forma de prevenir uma nova gravidez durante os 6 meses pós-parto. A puérpera precisa estar em amenorreia, amamentação exclusiva e em menos de 6 meses pós-parto para que a efetividade do método seja garantida³⁴. O LAM é um método bem aceito entre as puérperas e, se orientado e realizado corretamente, apresenta eficácia de 98% seis meses após o parto³⁴. Os benefícios do método se estendem ao bebê, uma vez que estimula o aumento da duração do período de amamentação, fator atrelado à diminuição da morbimortalidade neonatal³⁵.

Os preservativos (*condoms* ou camisinhas), o diafragma e o espermaticidas químicos são métodos contraceptivos de barreira disponíveis em nosso meio. São métodos que impedem a chegada de espermatozóides no canal cervical por meio de

obstáculos mecânicos ou químicos. Os preservativos, além de evitarem uma gravidez não programada, possuem a vantagem de prevenir doenças sexualmente transmissíveis. A taxa de falha desse método em uso habitual é de 14% para os preservativos masculinos, 21% para os preservativos femininos, 20% para o diafragma e de 26% para os espermaticidas³³.

O DIU é um aparelho contraceptivo pequeno e flexível em forma de “T” que é inserido no útero da mulher, podendo ser de cobre ou conter progesterona ou levonorgestrel¹². É um método reversível, de longa duração e é extremamente eficaz por não ser usuário-dependente. Suas taxas de falha variam de 0,1 a 1,6% a depender do tipo de DIU³³, mas, apesar do excelente custo-benefício, apenas 1,9% das mulheres brasileiras em idade fértil fazem uso do DIU de cobre, oferecido pelo SUS. Ainda que seja bem tolerado e aceitado por grande parte das mulheres, pode apresentar efeitos adversos como sangramentos, expulsão e perfuração, levando à descontinuidade do uso³⁶.

O Ministério da Saúde, com o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice ON), estimula a inserção imediata de DIU com cobre no pós-parto na atenção básica³⁷. O projeto traz a capacitação de profissionais através de oficinas com aulas teóricas e práticas, aprimorando a técnica para inserção ambulatorial do dispositivo e trazendo substrato e segurança para que o profissional oriente e sane as dúvidas da mulher adequadamente^{38,39}.

Os métodos contraceptivos hormonais contam com o uso de estrógenos e progestágenos sintéticos. A anticoncepção hormonal pode ser feita através de anticoncepcionais orais (combinados monofásicos, combinados bifásicos, trifásicos ou só com progestágenos), injetável (combinado, só de progestágeno, mensal ou trimensal), implantes, anéis vaginais ou adesivos cutâneos (*Patch*). Os injetáveis apresentam taxa de falha de 3% em uso típico, enquanto os outros apresentam falha de cerca de 6 a 8% nas mesmas condições¹¹. Fármacos, como antibióticos e anticonvulsivos, podem interagir com os contraceptivos orais, diminuindo sua eficácia; sendo assim, importante a dupla-proteção com preservativos a fim de prevenir uma gestação¹¹.

Existem restrições quanto o uso de métodos contraceptivos no período puerperal, relacionadas principalmente às mulheres em período de amamentação. Mulheres com menos de seis semanas pós-parto e em período de amamentação não

devem fazer uso de anticoncepcional hormonal combinado, que inclui o anticoncepcional oral, injetável, adesivo e o anel vaginal⁴⁰. Em amamentação exclusiva, esse período pode se estender até os seis meses pós-parto⁴⁰. Ainda, há uma oferta significativa de métodos contraceptivos seguros a serem utilizados nesse período, como o anticoncepcional oral apenas de progesterona e os implantes de etonogestrel, além dos dispositivos intrauterinos (DIU) de levonorgestrel e cobre, os quais se recomenda inserção imediata após expulsão da placenta⁴⁰.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal.

4.2. Local de estudo

Estudo realizado no Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) e na Maternidade Tsylla Balbino, maternidades vinculadas ao Serviço Único de Saúde (SUS), no período de dezembro de 2019 a novembro de 2020.

4.3. População do estudo

Mulheres puérperas que tiveram seus partos realizados no IPERBA e na Maternidade Tsylla Balbino, localizadas na cidade de Salvador – BA.

4.3.1. Critérios de inclusão: Mulheres em pós-parto imediato (período que abrange 10 dias após o parto), com recém-nascidos vivos, em concordância de participar do estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3.2. Critérios de exclusão: Puérperas que responderem parcialmente aos questionários.

4.3.3. Amostra: O cálculo amostral foi feito através do Teste de Comparação de Duas Proporções pela calculadora da Universidade da Califórnia⁴¹. Admite-se um erro alfa aceitável de 5% e um erro beta de 20%. Espera-se encontrar uma elevação relativa de 40% no grupo intervenção. Ao considerar que o esperado no grupo controle seja de 6%, serão necessários 122 sujeitos de pesquisa, configurando 61 por grupo. Levando em conta 20% de perda, os autores incluirão 140 pacientes no estudo em questão.

4.3.4. Fonte de estudo: Trata-se de um estudo de análise de dados de um estudo maior. As informações relativas aos dados sociodemográficos e ao perfil reprodutivo foram obtidas através da aplicação de um questionário, individualmente, às puérperas por uma pesquisadora nas enfermarias do IPERBA e Maternidade Tsylla Balbino.

4.4. Coleta de dados

4.4.1. Instrumento de coleta de dados: Para determinar os fatores sociodemográficos das puérperas, foi aplicado um questionário estruturado com vinte e nove (29) questões sobre dados sociodemográficos, como idade, sexo e renda familiar, assim como perguntas a respeito do perfil reprodutivo, como paridade e uso de método contraceptivos (anexo A).

Metodologia de coleta de dados: Os questionários foram aplicados diretamente às puérperas, através de entrevistas, após leitura e assinatura, dando sua anuência ao TCLE. Não houve limite de tempo para responder. Ao final da aplicação do questionário, a puérpera foi orientada quanto à consulta puerperal, amamentação e contracepção através de uma cartilha elaborada pela pesquisadora responsável pelo estudo maior.

4.5. Variáveis do estudo

4.5.1. Variáveis de caracterização da amostra (perfil sociodemográfico e reprodutivo):

- Idade (em anos completos);
- Estado civil: solteira/divorciada, casada/união estável;
- Ocupação: em atividade remunerada, desempregada, estudante;
- Renda: renda mensal de até seis salários-mínimos, nenhuma renda mensal;
- Escolaridade: ensino fundamental completo/incompleto, ensino médio, ensino superior completo/incompleto, sem escolaridade;
- Cor: preta ou parda, não-preta/parda;
- Religião: evangélica, não-evangélica;
- Paridade (em números);
- Número de gestações (em números);
- Abortos (em números);
- Tipo de parto: vagina/fórceps, cesáreo;
- Planejamento da gestação: gestação planejada ou não.

4.5.2. Variáveis sobre contracepção:

- Método contraceptivo utilizado antes da gestação: preservativo, anel vaginal, pílula, DIU de cobre, DIU medicado, implante, adesivo, injetável mensal, injetável trimestral, outro;
- Método contraceptivo estabelecido no puerpério: métodos de curta duração (não-LARC) que inclui camisinha, anel vaginal, pílula, minipílula, injetáveis mensal e trimestral e adesivo; e métodos de longa duração (LARC ou *Long-acting reversible contraceptives*) que inclui DIU de cobre, DIU medicado, implante e laqueadura.

4.6. Plano de análise de dados

As informações coletadas serão organizadas em um banco de dados no *software* Microsoft Office 365 Excel[®]. As variáveis sobre método contraceptivo escolhido serão as variáveis dependentes, e as independentes serão as variáveis de caracterização da amostra. A análise estatística dessas variáveis será realizada através do *software* SPSS (versão 14.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A apresentação de dados será feita na forma de gráficos e tabelas construídos no Microsoft Office 365 Excel[®]. Será utilizado o teste de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade da amostra. O Teste-T não pareado será utilizado para variáveis de distribuição normal, já as que não apresentarem distribuição normal e/ou não foram quantitativas contínuas serão analisadas com o teste de qui-quadrado.

4.7. Aspectos éticos

Este estudo foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), obedecendo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as diretrizes para pesquisas com seres humanos. Todos os indivíduos que se encaixam nos critérios de inclusão da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Não é oferecido algum risco às entrevistadas, exceto discreto constrangimento ao responder perguntas de foro íntimo. Não houve prejuízos em decorrência disso, visto que o anonimato do entrevistado é garantido. Sendo o convite de participação realizado pessoalmente, a entrevistadora está disponível para esclarecer dúvidas durante o momento da coleta de dados.

A pesquisa foi aprovada com o protocolo nº 08577819.3.0000.5544, no dia 05 de junho de 2019.

5. RESULTADOS

Foram entrevistadas 140 puérperas, sendo 78 (55,7%) na maternidade Tsylla Balbino e 62 (44,3%) no IPERBA. Dentre essas puérperas, 31 (22,1%) não sabiam qual método utilizariam no período puerperal ou escolheram a laqueadura tubária como método contraceptivo, sendo essas excluídas do resultado.

As 109 participantes foram divididas em dois grupos considerando o tipo de contraceptivo que desejam utilizar após o parto. Dessas puérperas, 33 (30,3%) escolheram um método reversível de longa duração (grupo LARC), e 76 (69,7%) escolheram um de curta duração (grupo não-LARC). A média de idade das puérperas que desejam utilizar métodos contraceptivos de longa duração é de $29,6 \pm 5,39$ anos, enquanto a média de idade das puérperas que pretendem utilizar métodos de curta duração é de $28,9 \pm 6,55$ anos.

As puérperas do grupo LARC são, em sua maioria, solteiras ou divorciadas (57,6%), encontram-se em algum tipo de atividade laboral (63,6%) e 57,6% não possuíam alguma renda mensal. Noventa e sete por cento das puérperas desse grupo se autodeclararam pretas ou pardas. No grupo não-LARC, há também predominância de puérperas solteiras ou divorciadas (63,2%), em atividade remunerada (75%), autodeclaradas pretas ou pardas (93,4%) e sem alguma renda mensal (53,9%). Em ambos os grupos, foi observado que a maioria das entrevistadas possuíam ensino médio completo/incompleto e religião não-evangélica. (Tabela 1)

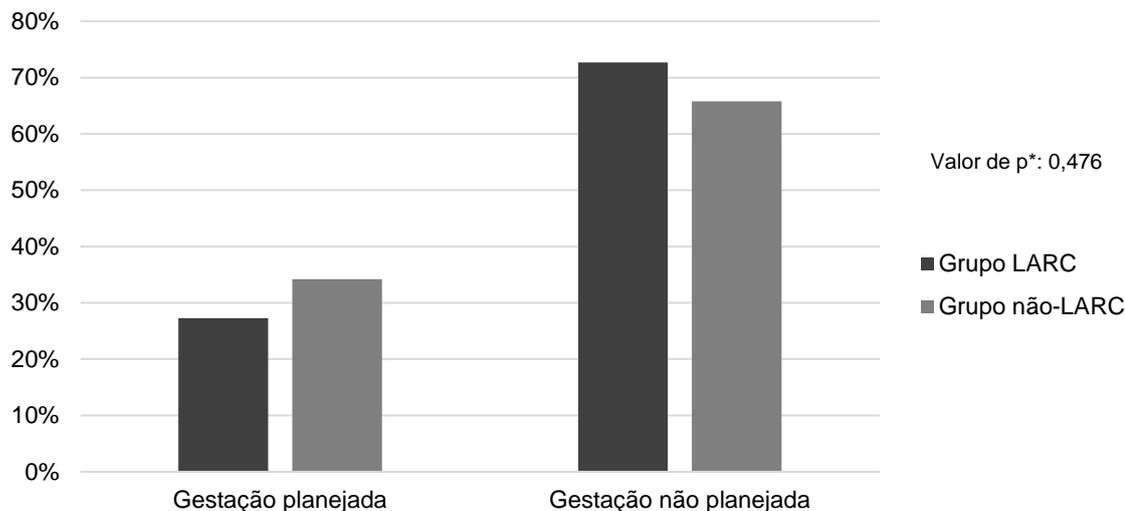
Sessenta e seis por cento das entrevistadas do grupo não-LARC relataram que a última gestação não foi planejada. No grupo LARC, 73% das puérperas não planejaram a última gestação. (Gráfico 1)

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico das puérperas

Variável	Grupo LARC (N=33)	Grupo não- LARC (N=76)	Valor de p*
Estado Civil			0,582
Solteira/Divorciada	57,6%	63,2%	
Casada/União estável	42,4%	36,8%	
Ocupação			0,261
Em atividade	63,6%	75%	
Estudante	6,1%	1,3%	
Desempregada	30,3%	23,7%	
Escolaridade			0,494
Fundamental completo/incompleto	21,2%	31,6%	
Ensino médio	63,6%	57,9%	
Superior completo/incompleto	15,2%	10,5%	
Cor autodeclarada			0,455
Preta/parda	97%	93,4%	
Não-preta/parda	3%	6,6%	
Religião			0,032
Evangélica	24,2%	46,1%	
Não-evangélica	75,8%	53,9%	
Renda pessoal			0,547
Nenhuma renda mensal	57,6%	51,3%	
Renda mensal de até 6 salários- -mínimos	42,4%	48,7%	

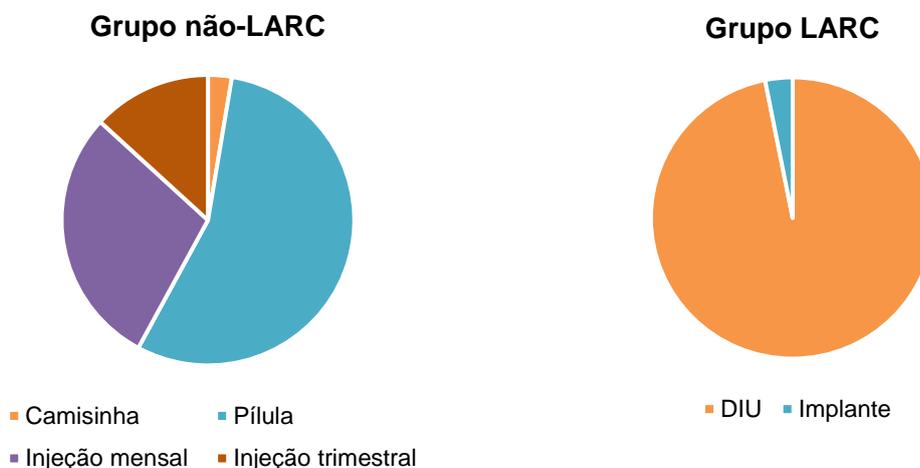
*Através do teste do qui-quadrado

Dados extraídos de banco de dados próprio

Gráfico 1 – Planejamento da gestação

Dados extraídos de banco de dados próprio

O Gráfico 2 demonstra que o método contraceptivo mais desejado pelas puérperas a ser utilizado no pós-parto no grupo não-LARC foi a pílula anticoncepcional (55,3%), enquanto 97% das puérperas do grupo LARC escolheram o DIU como método contraceptivo a ser usado após o parto (Gráfico 3). Considerando os dois grupos, a pílula anticoncepcional foi o método contraceptivo mais desejado pelas puérperas no pós-parto (38,5%), seguido pelo DIU (29,4%).

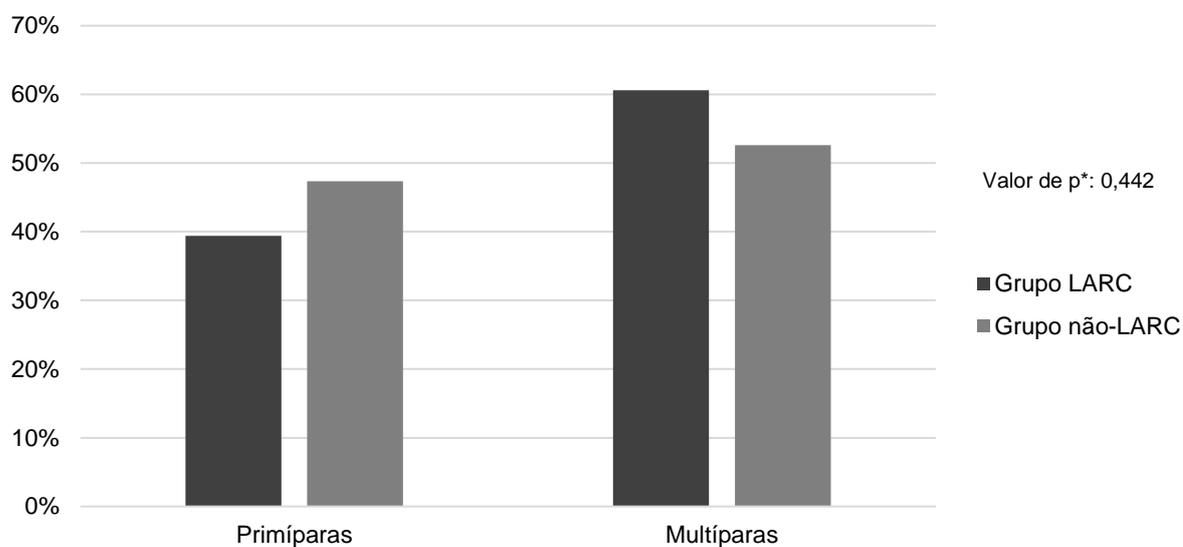
Gráficos 2 e 3 – Métodos contraceptivos escolhidos no pós-parto

Dados extraídos de banco de dados próprio

Trinta e três por cento das puérperas do grupo LARC tiveram apenas uma gestação. No grupo não-LARC, esse número foi de 38,2%.

Quanto ao número de partos (Gráfico 4), temos que 60,6% das mulheres do grupo LARC já haviam tido dois partos ou mais, enquanto, no grupo não-LARC, 52,6% das puérperas entrevistadas eram multíparas.

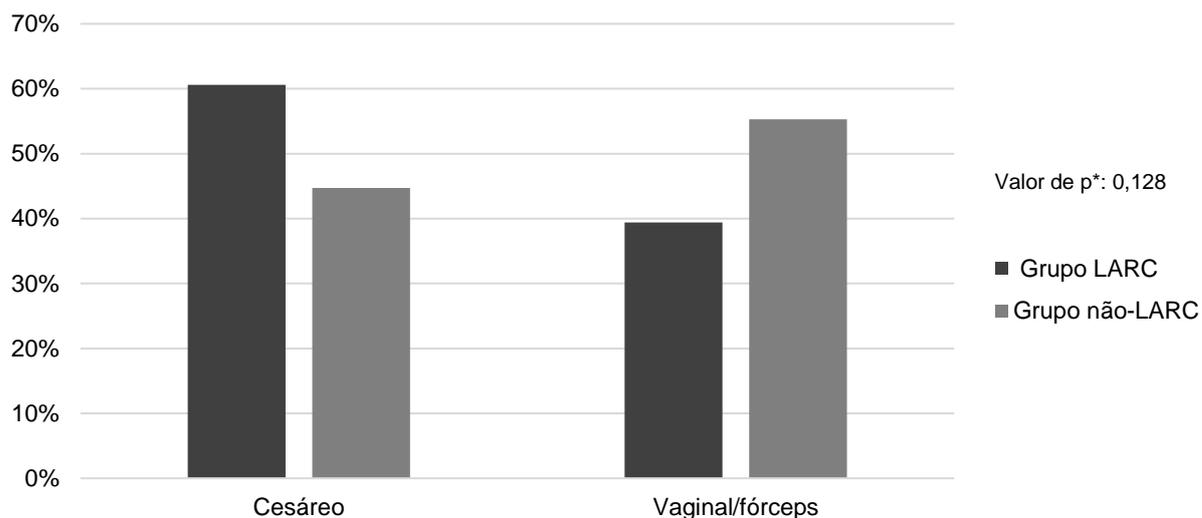
Gráfico 4 – Número de partos



Dados extraídos de banco de dados próprio

Quanto ao tipo de parto, o vaginal/fórceps foi o mais frequente (55,3%) dentre as entrevistadas do grupo não-LARC, enquanto o parto cesáreo apareceu majoritariamente (60,6%) no grupo LARC, como demonstrado no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Tipo de parto



Dados extraídos de banco de dados próprio

6. DISCUSSÃO

A escolha contraceptiva da população do presente estudo não sofreu interferência de características sociodemográficas e reprodutivas, visto que os grupos eram semelhantes entre si. Observou-se apenas uma tendência maior de mulheres evangélicas em optar pelos métodos de curta duração do que pelos LARC. Essa tendência também foi observada em mulheres cuja via de parto foi vaginal, no entanto, sem relevância estatística. Vale ressaltar que o estudo foi feito com puérperas de duas maternidades públicas da cidade de Salvador – BA, em sua maioria solteiras ou divorciadas, autodeclaradas pretas/pardas e com baixa renda. As gestações foram majoritariamente não planejadas e a maior parte das puérperas entrevistadas são multíparas.

Sabe-se que a religião influencia questões de moralidade, ideologia e tomada de decisão, que dizem respeito a todo ser humano em algum momento de sua vida.

Algumas religiões apresentam visão radical sobre questões como a contracepção e o aborto, além de se observar sobreposição dogmática quando os princípios religiosos gerais estão sujeitos à influência dos costumes locais⁴². O único LARC disponível pelo SUS e, portanto, acessível à população do presente estudo, é o DIU. Mitos sobre o mecanismo de ação do DIU, além do pensamento equivocado de que sua inserção é sempre dolorosa e que ele pode facilmente sair do lugar, fazem que religiosos não recomendem seu uso^{42,43}, o que pode justificar um maior percentual de mulheres evangélicas que optaram pelos métodos de curta duração.

Similar a estudos prévios realizados no Irã e nos Estados Unidos^{44,45}, a via de parto não divergiu dentre a escolha contraceptiva. Apesar de haver um maior número de mulheres submetidas à cesárea optando por LARC em comparação com as que foram submetidas ao parto normal, esse dado não possui relevância estatística.

O Projeto CHOICE de Contracepção foi um estudo prospectivo de coorte feito com 10.000 mulheres em St. Louis, nos Estados Unidos⁴⁶. O principal objetivo do Projeto CHOICE foi analisar as taxas de continuidade e satisfação com os LARC e o impacto do uso de tais contraceptivos nas taxas de gestação indesejada⁴⁷. Nesse projeto, foram removidas barreiras estruturais e financeiras, fatores que podem interferir na escolha de um método contraceptivo. As participantes foram orientadas adequadamente quanto aos métodos contraceptivos reversíveis, incluindo os métodos LARC. Caso qualificada, a participante poderia escolher um método para utilizar, sem qualquer custo⁴⁶.

No Projeto CHOICE, 57,9% das mulheres escolheram livremente o DIU e 16,9%, o implante como método contraceptivo⁴⁷. Atribui-se essa alta adesão ao LARC à fatores como orientações dadas acerca do LARC, tais como eficácia e segurança do método, e a remoção da barreira financeira ao oferecer os LARC de forma gratuita⁴⁶. Em nosso estudo, 30,3% escolheram LARC. Nenhuma orientação acerca dos métodos contraceptivos foi dada às puérperas desse estudo. Também não foi oferecida a colocação de DIU durante nosso estudo, apesar de disponível gratuitamente através do SUS.

Em nosso estudo, 38,5% das puérperas escolheram a pílula anticoncepcional. No país, a prevalência do uso de contraceptivos orais é de 28,2%⁴⁸. Não existem estudos que demonstrem uma motivação clara para a maior escolha da pílula em relação aos LARC, mas talvez a facilidade ao acesso e de administração de tais métodos favoreçam essa realidade. A literatura traz relatos de mulheres entre 18 a 23

anos que sofrem influência da mãe, irmã mais velha e amigas na escolha do contraceptivo oral⁴⁹. Em outro estudo realizado em Campinas, tem-se que quase metade das usuárias de pílula contraceptiva iniciaram o método sem previamente terem se consultado com um médico, principalmente devido à dificuldade em conseguir um atendimento⁵⁰.

Vinte e nove por cento das puérperas escolheram o DIU como método contraceptivo após o parto. Dentro do grupo LARC, o DIU foi o método escolhido por 97% dessas puérperas. No projeto CHOICE, houve diferença por faixa etária no tipo de LARC escolhido. Jovens de 14 a 17 anos eram mais favoráveis ao uso do implante em relação ao DIU⁴⁷. Essa diferença não foi observada nesse estudo, que não incluiu menores de 18 anos na amostra. Além disso, o implante e o DIU medicado não se encontram disponíveis pelo SUS.

No Brasil, é possível colocar o DIU sem custo através do SUS, sendo apenas disponibilizado o de cobre. No entanto, ainda existem alguns municípios que não o disponibilizam pelo SUS ou que não oferecem referenciamento a outros serviços quando o método não se encontra disponível⁵¹. Além disso, dificuldades em acesso ao atendimento e o tempo entre a consulta e a colocação do método podem levar a mulher a optar por um outro método contraceptivo ou que ela tenha uma gravidez indesejada nesse período, impedindo-a de usar o método⁵². O Projeto CHOICE mostra a associação entre a diminuição das barreiras e o aumento da escolha do DIU como método contraceptivo⁴⁶. As maternidades onde esse estudo foi realizado fazem a colocação do DIU de cobre imediatamente após o parto, porém nenhuma participante do presente estudo foi submetida ao procedimento.

O perfil das participantes do Projeto CHOICE foi semelhante entre o grupo LARC e não-LARC, sendo em sua maioria mulheres negras, nulíparas, com ensino superior incompleto, diferindo apenas quanto o nível socioeconômico⁵³. As mulheres com nível socioeconômico baixo deram preferência a um LARC, enquanto as participantes com melhor nível socioeconômico escolheram um não-LARC⁵³. Diferindo, assim, desse estudo, em que o método contraceptivo mais escolhido foi um não-LARC dentre essa população. Além disso, maioria das puérperas desse estudo eram multíparas e nunca chegaram a cursar o ensino superior.

O resultado do presente estudo pode ser consequência da homogeneidade da população estudada, já que todas são usuárias do SUS. Devido à dificuldade ou falta de acesso à serviços qualificados, as puérperas podem não ter recebido orientações

adequadas acerca dos métodos para, assim, conseguirem definir o melhor contraceptivo a ser utilizado no pós-parto de acordo com suas necessidades.

Limitações do estudo incluem a não-randomização e potencial viés de seleção. Foram analisadas apenas puérperas de maternidades públicas, o que pode representar a população das usuárias do SUS. A população do estudo pode diferir quanto a história e escolhas contraceptivas em comparação com a população geral. Por ser um estudo de análise secundária, o tamanho amostral pode não representar a população analisada.

7. CONCLUSÃO

Foi identificado a religião como único fator sociodemográfico associado à escolha de métodos contraceptivos no período puerperal. Houve uma tendência maior de mulheres evangélicas optarem por um método não-LARC no pós-parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown SS, Eisenberg L. *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. 1995.
2. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Heal*. 1 de abril de 2018;6(4):e380–9.
3. Leal M do C, G. N. Gama S. *Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa*.
4. Osis MJMD. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publica*. 1998;14(suppl 1):S25–32.
5. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: A autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2006;6(1):75–84.
6. Justino GB da S, Salim N, Soares G, Baraldi N, Teixeira I. Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivências de mulheres. *Rev Enferm UFPE line*. 2019;13.
7. Parreira BDM, Silva SR da, Miranzi MAS. Métodos anticoncepcionais: Orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. *Ciência, Cuid e Saúde*. 23 de setembro de 2010;9(2).
8. Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynecol Obstet*. abril de 2005;89(SUPPL. 1):S7–24.
9. Ministério da Saúde. *Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres*. Brasília; 2016.
10. Matos M. *Métodos contraceptivos*. In: *Manual de Ginecologia*. Salvador: Sanar; 2017.
11. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília; 2010.
12. Espírito Hofmeister Poli M, Reggiani Mello C, Bonassi Machado R, Sabino Pinho Neto J, Galvão Spinola P, Tomas G, et al. *Manual de anticoncepção da FEBRASGO*. FEBRASGO. 2009;37(9).
13. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 - Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da*

- Criança. Brasília; 2009.
14. Braga GC, Ferriolli E, Quintana SM, Ferriani RA, Pfrimer K, Vieira CS. Immediate postpartum initiation of etonogestrel-releasing implant: A randomized controlled trial on breastfeeding impact. *Contraception*. 1 de dezembro de 2015;92(6):536–42.
 15. Ferreira JM, Nunes FR, Modesto W, Gonçalves MP, Bahamondes L. Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long-acting reversible contraceptives. *Contraception*. janeiro de 2014;89(1):17–21.
 16. World contraceptive patterns. New York: United Nations; 2015.
 17. Nations U, of Economic D, Affairs S, Division P. Estimates and projections of family planning indicators (2019 countries). 2019.
 18. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(Suppl 2).
 19. Speidel JJ, Harper CC, Shields WC. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. Vol. 78, *Contraception*. Elsevier; 2008. p. 197–200.
 20. Klima CS. Unintended pregnancy consequences and solutions for a worldwide problem. *J Nurse Midwifery*. 12 de novembro de 1998;43(6):483–91.
 21. IBGE. Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. *Estud e Pesqui Informação demográfica e socioeconômica*. 2018;(38):13.
 22. IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. *Estud e Pesqui Informação demográfica e socioeconômica*. 2019;(41):12.
 23. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília; 2004.
 24. De Coelho EAC, De Andrade MLS, Vitoriano LVT, De Souza JJ, Da Silva DO, Gusmão MEN, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *ACTA Paul Enferm*. 2012;25(3):415–22.
 25. Carvalho AA de. Demanda por contracepção no Brasil em 2006: contribuição para a implementação das preferências de fecundidade. *Cien Saude Colet*. 1 de outubro de 2019;24(10):3879–88.
 26. Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaucha Enferm*. setembro de 2010;31(3):521–8.

27. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med.* abril de 2010;4(2):22–5.
28. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico. Brasília; 2006.
29. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte; 2006.
30. Rosendo Do Nascimento E, Rodrigues QP, Almeida MS. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):311–5.
31. Jacob Serruya S, Cecatti JG, di Giacomo do Lago T. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. 2004;9.
32. FEBRASGO. Contracepção Reversível de Longa Duração. São Paulo; 2016 nov.
33. Ministério da Saúde. Manual técnico: Assistência em planejamento familiar. Brasília; 2002.
34. Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, Von Hertzen H, Look PFA Van. Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application ELSEVIER. 1997.
35. Cecatti JG, Araújo AS, Osis MJ, Santos LC, Faúndes A. Introdução da lactação e amenorréia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* junho de 2004;4(2):159–69.
36. Bonassi Machado R. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. São Paulo; 2017.
37. Ministério da Saúde. Apice On: Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. Brasília; 2017.
38. ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. [citado 6 de julho de 2020]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/aprimorandas-participam-de-oficina-para-insercao-de-diu/>
39. Sanfelice CF de O, Tiburcio CA, Anastácio JV, Barros GM. Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto Apice On: relato de experiência. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):2020.

40. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2015.
41. Sample size - Proportions | Sample Size Calculators [Internet]. [citado 30 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.sample-size.net/sample-size-proportions/>
42. Pinter B, Hakim M, Seidman DS, Kubba A, Kishen M, Di Carlo C. Religion and family planning. Vol. 21, European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. Taylor and Francis Ltd; 2016. p. 486–95.
43. Michie L, Cameron ST, Glasier A, Wellings K, Loudon J. Myths and misconceptions about intrauterine contraception among women seeking termination of pregnancy. J Fam Plann Reprod Heal Care. 2013;
44. Harrison MS, Zucker R, Scarbro S, Sevick C, Sheeder J, Davidson AJ. Postpartum Contraceptive Use Among Denver-Based Adolescents and Young Adults: Association with Subsequent Repeat Delivery. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1 de agosto de 2020;33(4):393-397.e1.
45. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajjahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. Afri Heal Sci. 2017;17(3):623.
46. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. agosto de 2010;203(2):115.e1-115.e7.
47. McNicholas C, Tessa M, Secura G, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project Round Up: what we did and what we learned. Clin Obs Gynecol. 2014;
48. Rocha Farias MI, Nair Leite SI, Urruth Leão Tavares NI, Auxiliadora Oliveira III M, Sergio Dourado Arrais PI, Dâmaso Bertoldi A V, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. Rev Saúde Pública. 2016;50.
49. Sundstrom B. Fifty years on “the pill”: A qualitative analysis of nondaily contraceptive options. Contraception. julho de 2012;86(1):4–11.
50. Bahamondes L. A escolha do método contraceptivo. 2006.
51. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA dos, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. Rev da Esc Enferm da USP. 18 de dezembro de 2017;51.
52. Heilborn ML, Portella AP, Reis Brandão E, da Silva Cabral C. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três

- unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;
53. Diedrich JT, Zhao Q, Madden T. Three-year continuation of reversible contraception. *Am J Obs Gynecol*. 2015;213:662–3.

ANEXO A –**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO CONTRACEPTIVA NO PUERPÉRIO****Grupo:** () Convencional () Multiplataforma**INICIAIS PACIENTE** _____**Data da entrevista** ____/____/____**Data Nascimento** ____/____/____ **Idade** _____**G**_____ **P**_____ **A**_____**Data do último parto:** ____/____/____**Contato:** _____**Contato de pessoa próxima:** _____**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO****1. Estado civil:**

- [1] Solteira
- [2] Casada
- [3] Divorciada
- [4] União estável
- [5] Viúva
- [6] Outra _____

2. Ocupação:

- [1] Estudante
- [2] Carteira assinada
- [3] Profissional liberal
- [4] Desempregada
- [5] Outra _____

3. Escolaridade (anos):

- [1] Ensino fundamental I
- [2] Ensino fundamental II
- [3] Ensino médio
- [4] Ensino superior incompleto
- [5] Ensino superior completo
- [6] Sem escolaridade

4. Cor/Raça (o sujeito define):

- [1] Branca
- [2] Preta
- [3] Parda
- [4] Indígena
- [5] Amarela
- [6] Outra _____

5. Religião:

- [1] Católica
- [2] Evangélica
- [3] Espírita
- [4] Candomblé
- [5] Outra: _____

6. Sua última gestação foi planejada?

- [1] Sim
- [2] Não

7. Qual método contraceptivo você utilizará agora no puerpério?

- [1] Camisinha
- [2] Anel vaginal
- [3] Pílula
- [4] DIU de cobre
- [5] DIU medicado
- [6] Implante
- [7] Adesivo
- [8] Injetável mensal
- [9] Injetável trimestral
- [10] LAM (método da lactação e amenorreia)
- [11] Minipílula (composta de progesterona)
- [12] Laqueadura
- [13] Não sei
- [14] Tenho dúvida

8. Recebeu orientações sobre anticoncepcional no pré-natal?

- [1] Não
- [2] Sim

9. Se SIM para resposta anterior, de quem?

- [1] Médico
- [2] Enfermeiro
- [3] Familiar (pais ou companheiro)
- [4] Palestras

10. Tem acompanhamento em serviço de planejamento familiar?

- [1] Sim
- [2] Não

11. Após iniciar o método contraceptivo no pós-parto, você acredita que:

- [1] Engordará
- [2] Emagrecerá
- [3] Não terá mais filhos
- [4] Aumentará as varizes nas pernas
- [5] Nada vai mudar
- [6] Outro: _____

12. Qual método usava antes dessa gestação?

- [1] Camisinha
- [2] Anel vaginal
- [3] Pílula
- [4] DIU de cobre
- [5] DIU medicado
- [6] Implante
- [7] Adesivo
- [8] Injetável mensal
- [9] Injetável trimestral
- [10] Outro

13. Você participou da escolha de seu método contraceptivo em seu pós parto?

- [1] Sim
- [2] Não
- [3] Talvez

14. Você deseja amamentar?

- [1] Sim
- [2] Não

15. Recebeu orientações sobre o LAM (método da lactação e amenorreia)

[1] Sim

[2] Não

16. Sente-se segura de usar os métodos contraceptivos nesse momento da amamentação?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

17. Acha que só amamentando pode não usar contraceptivos?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

18. O processo de amamentação foi abordado em sua consulta de pré-natal?

[1] Sim

[2] Não

19. Você pretende amamentar seu bebê até seis meses?

[1] Sim

[2] Não

20. Você pretende amamentar seu bebê por mais de seis meses?

[1] Sim

[2] Não

21. Você gostaria de ter um seguimento com equipe multiprofissional em seu pós-parto para auxiliar na organização de sua contracepção de modo contínuo até 6 meses de vida de seu bebê?

[1] Sim

[2] Não

[3] Não sei

22. Este seguimento de seis meses a deixaria mais tranquila com seu planejamento contraceptivo após o parto?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

[4] Provavelmente não correria risco de engravidar e nem riscos de saúde

23. Saber o profissional a quem recorrer para retirar dúvida e receber orientações faria diferença para o uso adequado dos contraceptivos?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

24. Você ficou satisfeita com as orientações recebidas no pré-natal para sua contracepção no puerpério?

[1] Sim

[2] Não

[3] Talvez

ANEXO B –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Sra. está sendo convidada a participar de maneira voluntária de um projeto de pesquisa com objetivo de avaliar o uso da tecnologia móvel na adesão aos métodos contraceptivos optado no pós-parto.

Sua participação consta em responder dois questionários, um com 27 questões e outro com 6 (duração média de 15 minutos), sobre o planejamento de sua gravidez, a orientação recebida para a contracepção no pós-parto, satisfação ao método proposto para o puerpério e sua participação na escolha da contracepção prescrita. O questionário será aplicado reservadamente, diminuindo o possível risco de constrangimento.

A Sra. após responder questionário participará de uma pesquisa dividida em dois grupos para verificar a ida a consulta puerperal, método contraceptivo em uso, sua satisfação e as dificuldades encontradas com a contracepção do pós-parto.

A sua participação nesta pesquisa não irá gerar nenhum preconceito, discriminação ou privilégios e não afetará os cuidados que você receberá nessa unidade. Não haverá pagamento pela sua participação. Mas, em qualquer momento, a sra. tem o direito de ser indenizada por possíveis danos que achar necessário.

Os resultados desse estudo podem ser publicados, mas o seu nome ou identificação não serão revelados, pois será atribuída uma numeração ao seu questionário. Afirmamos manter esses dados em sigilo e privados. Não usaremos informações que causem prejuízos às participantes da pesquisa.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Este termo está de acordo com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como pessoa participante em pesquisas, ou se sentir em situação desagradável, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição para tirar as dúvidas:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Telefone: 71 3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

Endereço: Av. Dom João VI, nº 275, Brotas. Salvador/BA. CEP: 40290-000.

Eu, _____,

RG nº _____ declaro ter sido informada e concordo em participar,

como

voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito. Li as informações acima, recebi explicações sobre o conteúdo, prejuízos e benefícios do projeto. Assumo a minha participação e compreendo que posso retirar minha permissão a qualquer momento, sem ser punida e sem perder nenhum benefício.

Salvador, ____ de _____ de _____

ANEXO C –**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: USO DA TECNOLOGIA NA ADESÃO À SAÚDE REPRODUTIVA NO PUERPÉRIO

Pesquisador: MILENA BASTOS BRITO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08577819.3.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências – FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.372.611

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação do CONEP:

Não

Salvador, 05 de junho de 2019

**Assinado por
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))**

ANEXO D –**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Puerpério: a tecnologia móvel como adjuvante ao seguimento

Pesquisador: MILENA BASTOS BRITO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32340920.9.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências – FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.334.819

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação do CONEP:

Não

Salvador, 13 de outubro de 2020

**Assinado por
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))**