

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

BERNARDO MUNIZ FRIZZERA BORGES  
BRUNA MANNATO  
PEDRO ANTONIO GONÇALVES DE ANDRADE DA SILVA

**ANÁLISE DA CONTRACEPÇÃO NÃO DEFINITIVA EM PUÉRPERAS DA  
ENFERMARIA DE OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE  
VITÓRIA – ES**

VITÓRIA  
2013

BERNARDO MUNIZ FRIZZERA BORGES  
BRUNA MANNATO  
PEDRO ANTONIO GONÇALVES DE ANDRADE DA SILVA

**ANÁLISE DA CONTRACEPÇÃO NÃO DEFINITIVA EM PUÉRPERAS DA  
ENFERMARIA DE OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE  
VITÓRIA – ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências  
da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -  
EMESCAM, como requisito parcial para obtenção  
do grau de médico.

Orientador: Jules White Soares Sousa

VITÓRIA  
2013

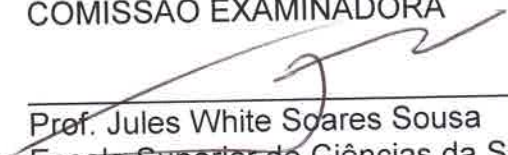
BERNARDO MUNIZ FRIZZERA BORGES  
BRUNA MANNATO  
PEDRO ANTONIO GONÇALVES DE ANDRADE DA SILVA

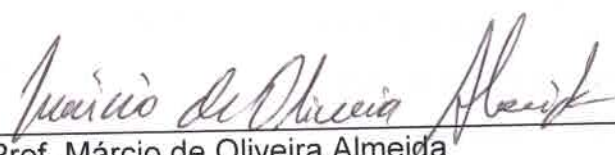
**ANÁLISE DA CONTRACEPÇÃO NÃO DEFINITIVA EM PUÉRPERAS DA  
ENFERMARIA DE OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE  
VITÓRIA – ES**

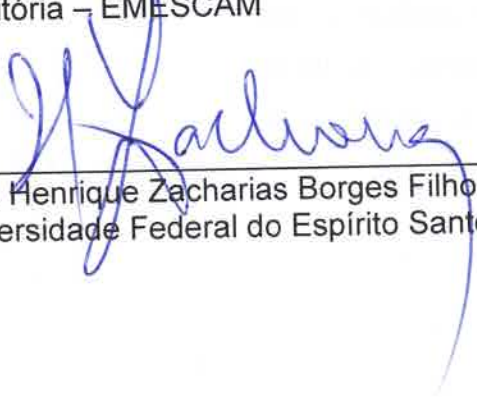
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 27 de Novembro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Jules White Soares Sousa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória – EMESCAM  
Orientador

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Márcio de Oliveira Almeida  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória – EMESCAM

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Henrique Zacharias Borges Filho  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradecemos a Deus por nos permitir superar mais um desafio em nossas vidas; à nossas famílias por todo apoio; ao nosso orientador por nos apontar o melhor caminho a seguir; aos pacientes que foram nosso instrumento de estudo; e a todos que direta e indiretamente colaboraram para a conclusão desse trabalho.

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais  
voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein.

## RESUMO

A frequência do uso de contraceptivos não definitivos nos pacientes do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) é alta; todavia, não se sabe ao certo se são utilizados de maneira correta e segura. Para tal confirmação, avaliou-se o perfil epidemiológico e o grau de conhecimento das puérperas da enfermaria de obstetrícia, do hospital estudado, sobre o tema. Foi realizado um estudo analítico e transversal com cem mulheres da enfermaria anteriormente citada; um questionário com quatorze questões relevantes foi aplicado para cada participante da pesquisa. O perfil epidemiológico das mulheres em questão é diversificado, porém há predomínio de certas variáveis: a idade mais prevalente é de adultos jovens, porém, o percentual de adolescentes que deram a luz é extremamente alto; baixa escolaridade é um fato frequente entre o grupo estudado; trata-se de uma população de baixa renda. Muitas alegam ganho financeiro mensal de até um salário mínimo ou, em vários casos, ausência de qualquer tipo de remuneração; o início da vida sexual também foi um fator pesquisado. Grande parte da amostra relata ter começado precocemente (entre 11 e 15 anos). Tais fatores são essenciais para o alto número de gestações não planejadas evidenciadas pelo estudo. Logo, a pesquisa permitiu compreender características socioculturais fundamentais e suas correlações com gestações inesperadas. Por isso os programas de atenção à saúde da mulher necessitam ampliar a efetividade de seus serviços, uma vez que há necessidade de realizar orientação e acompanhamento das questões relacionadas às práticas contraceptivas de maneira adequada e duradoura.

**Palavras-chave:** Anticoncepção; gestação não programada; adolescência; saúde materna.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
5.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO.....	20
5.2 RESULTADOS DA SEGUNDA DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO .....	21
5.3 RESULTADOS DA TERCEIRA DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO.....	23
5.3.1 Resultados dos cruzamentos entre a questão “considera sua gravidez desejada?” com as outras variáveis estudadas .....	23
5.3.2 Resultados dos cruzamentos entre a questão “considera sua gravidez programada?” com as outras variáveis estudadas .....	26
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO B - CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO:.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>48</b>
<b>DIMENSÃO 1 - DADOS PESSOAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>DIMENSÃO 2 - DADOS RELACIONADOS AO USO DE ANTICONCEPÇÃO NÃO DEFINITIVA.....</b>	<b>49</b>
<b>DIMENSÃO 3 DADOS RELACIONADOS À GRAVIDEZ.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra (primeira dimensão) .....	20
Tabela 2 – Caracterização da amostra (segunda dimensão) .....	22
Tabela 3 – Caracterização da amostra (terceira dimensão) .....	23
Tabela 4 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada? com idade da iniciação sexual .....	24
Tabela 5 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada? com renda mensal .....	25
Tabela 6 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada? com escolaridade .....	25
Tabela 7 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada?” com as variáveis não abordadas anteriormente .....	26
Tabela 8 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com escolaridade.....	27
Tabela 9 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com estado civil .....	27
Tabela 10 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com idade da iniciação sexual .....	28
Tabela 11 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com orientação médica .....	29
Tabela 12 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com correta ou inadequada utilização da anticoncepção .....	30
Tabela 13 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com as variáveis não abordadas anteriormente .....	31



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção de nascidos vivos por idade da mãe segundo a região de residência da mãe.....	13
Gráfico 2 – Relação entre idade da iniciação sexual e programação da gestação ...	28
Gráfico 3– Relação entre programação da gravidez e orientação médica .....	29
Gráfico 4 – Relação entre programação da gravidez e uso correto ou incorreto do método contraceptivo.....	30

## 1 INTRODUÇÃO

Gravidez não planejada é um problema de saúde pública no mundo. Constatou-se que em torno de oitenta milhões de mulheres passam por pelo menos uma experiência de gestação não programada por ano, mesmo existindo diversos métodos contraceptivos, sendo alguns, oferecidos de forma gratuita. Por consequência, eleva-se a possibilidade de abortamentos e de complicações ligadas a tal ato (PRIETSCH et al., 2011).

O progresso na área de desenvolvimento de contraceptivos tem sido pobre. Um relatório recente concluiu que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas não podem ser satisfeitos devido ao aumento descontrolado da população em países em desenvolvimento. As condições maternas decorrentes de nascimentos indesejados resultaram em uma perda de 98.000 vidas em todo o mundo. Nos Estados Unidos da América, mulheres que se dizem insatisfeitas com o seu contraceptivo estão três vezes mais propensas a descontinuação do mesmo, apesar de serem sexualmente ativas. Logo, há necessidade de desenvolvimento de novos métodos que seriam fáceis de usar, seguros, baratos e diversificados quanto a sua metodologia, além de serem aceitáveis para indivíduos de diferentes culturas e com distintas necessidades médicas (AITKEN et al., 2008).

O condom masculino e anticoncepcionais orais são os mais utilizados. O primeiro é considerado um dos métodos contraceptivos mais encorajados pelo Ministério da Saúde, pois, além de barato, apresenta fácil acesso e fornece dupla proteção, pois evita a gravidez e protege contra doenças sexualmente transmissíveis, como vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis, papilomavírus humano (HPV), hepatite B e gonorreia (BRASIL, 2002).

Vale a pena ressaltar que existem contra-indicações absolutas para o uso de contraceptivos não definitivos. Logo, o médico necessita investigar qual método mais adequado para cada paciente. Seguem abaixo os principais tipos de anticoncepção não definitiva e suas contra-indicações absolutas:

- Pílula combinada: gravidez atual ou suspeita de gravidez, neoplasia hormônio dependente, antecedentes de doença arterial cerebral ou coronária, alterações graves da função hepática, tabagista crônico (mais de 15 a 20 cigarros por dia) e história de trombose venosa profunda;
- Contracepção de emergência: não há contraindicações, exceto a gravidez;
- Dispositivo intrauterino com progesterona: gravidez, malformação uterina que reduza eficácia, metrorragias não diagnosticadas, doença inflamatória pélvica aguda e até três meses após a cura;
- Medroxiprogesterona: doença hepática ativa, tumores no fígado benignos ou ativos, tumores hormônio dependentes;
- Condom: não há contraindicações absolutas (CONSENSO SOBRE ANTICONCEPÇÃO, 2003).

Nas sociedades desenvolvidas culturalmente, o planejamento familiar ocorre de forma espontânea, sem necessidade de estímulos especiais. Quanto mais elevado o grau de racionalidade do ser humano, mais fácil será o controle de sua sexualidade, separando reprodução de prazer sexual. O baixo nível socioeconômico é um dos fatores que interfere diretamente na adoção de produtos contraceptivos (PRADO E SANTOS, 2011).

Porém, mesmo em países desenvolvidos, é elevado o número de gravidezes que não foram planejadas. Nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo demonstrou que aproximadamente 56% das gestações são consideradas não programadas. Entende-se que o uso incorreto e inadequado dos métodos são responsáveis pela maioria dos casos de insucesso na prevenção de gravidez, e não a falta de conhecimento sobre o método em si (PRIETSCH, et al., 2011).

Prado e Santos (2011), em um estudo transversal, observaram que a utilização de métodos contraceptivos está fortemente relacionada com o nível de instrução e motivação. Observa-se, por exemplo, que a taxa de fecundidade é maior entre as adolescentes e jovens que apresentam menor escolaridade. Ou seja, sem adequada orientação e, obviamente, sem anseio de procriar.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), 23,3% dos nascidos vivos no Brasil são de mães com idade inferior a 19 anos. O Gráfico 1 relaciona nascidos vivos, idade materna e região de residência da mãe.

Gráfico 1 – Proporção de nascidos vivos por idade da mãe segundo a região de residência da mãe



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil, 2001

A menor idade também é um fator que auxilia a desproteção sexual. Quanto mais cedo for o início da vida sexual, há menor possibilidade do uso de contraceptivos. Tal fato fortalece a correlação entre escolaridade e contracepção. Quanto menor o nível escolar (menor idade), maior chance de desproteção sexual (MENDONÇA E ARAÚJO, 2010).

Hoje, entende-se que há forte participação social e cultural para agravar o problema:

A sociedade se mostra pseudopermissiva, permitindo e estimulando a atividade sexual das adolescentes, proibindo, porém, a gravidez precoce, como se a capacidade reprodutiva pudesse ser analisada de uma forma separada e independente da sexualidade (MENDONÇA E ARAÚJO, p.1041, 2010).

Para melhor esclarecimento, foi avaliado, neste trabalho, o uso de anticoncepcionais não definitivos em puérperas do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). Tal estudo visou analisar fatores epidemiológicos possivelmente relacionados ao problema e investigou acesso aos métodos contraceptivos e a orientação da população estudada sobre o tema.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os dados sociodemográficos e o acesso às informações sobre anticoncepção não definitiva das puérperas da enfermaria de obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores epidemiológicos (idade, estado civil, nível socioeconômico, escolaridade, iniciação da atividade sexual) das puérperas;
- Quantificar o número de gestações não programadas;
- Comparar os fatores epidemiológicos obtidos com o número de gestações não programadas e/ou não desejadas.

### 3 JUSTIFICATIVA

O uso de contraceptivos não definitivos apresenta-se como a principal saída para resolução do alto índice de gravidezes não programadas no país. Porém, sabe-se que, apesar do amplo uso de anticoncepcionais, a maneira e a forma em que são utilizados pela população tornaram-se indevidas e, conseqüentemente, ineficazes.

O objetivo principal do trabalho é saber os reais motivos pelos quais as puérperas da enfermaria de obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES não fizeram o uso adequado dos métodos de contracepção não definitiva além de entender o nível de informação que tiveram sobre os mesmos.

O estudo é válido por demonstrar a atual situação epidemiológica da população em questão e associar os resultados com o elevado número de gestações não programadas. Tal fato representa um problema de saúde pública importante, devendo estar entre as prioridades políticas, administrativas e orçamentais do Brasil, bem como pauta de estudos sociais.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 LOCAL E TEMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na enfermaria de obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). O tempo usado para a aplicação dos questionários foi de setembro a outubro de 2013.

### 4.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo clínico quantitativo, transversal e investigatório que avaliou o uso de métodos contraceptivos não definitivos em puérperas da enfermaria de obstetrícia do HSCMV por meio de um questionário com três dimensões e 14 perguntas.

### 4.3 POPULAÇÃO DA AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por 100 puérperas da enfermaria de obstetrícia do HSCMV.

### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas todas as puérperas presentes na enfermaria de obstetrícia do HSCMV no período da coleta dos dados (setembro a outubro de 2013) que estavam aptas e aceitaram participar da pesquisa conforme o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas todas as pacientes que, após informadas sobre o questionário, não quiseram participar do estudo.

#### 4.6 PROTOCOLO DE ESTUDO

O presente estudo foi iniciado a partir de uma autorização, por escrito, emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, com o seguinte protocolo: 11874613.5.0000.5065.

As pacientes foram convidadas a participarem do estudo mediante os esclarecimentos necessários através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo A**), o qual houve necessidade de ser assinado em caso de aprovação, para que a paciente pudesse ser incluída na pesquisa. O referido convite foi feito após confirmação do estado de puerpério da paciente.

#### 4.7 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Após o consentimento foram coletados dados do questionário elaborado pelos pesquisadores (**Apêndice A**). Tal documento consta de três dimensões. A primeira aborda variáveis sociodemográficas da população em questão. A segunda, por sua vez, informa dados relacionados ao uso de anticoncepção não definitiva. A última dimensão evidencia o grau de programação e desejabilidade da gestação.

#### 4.8 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando os software Microsoft Office / Excel 2010 e Epi-Info versão 2000.

Os resultados foram expressos em forma gráfica e em tabelas com valores absolutos e percentagem. Logo em seguida, foram realizadas associações entre variáveis utilizando para análise as tabelas cruzadas com teste qui-quadrado. Uma tabela cruzada evidencia o número de casos em cada categoria definida por dois ou mais grupos de variáveis categóricas. Vale ressaltar que o teste qui-quadrado testa a hipótese de que as variáveis são independentes, ou seja, não há relação entre elas. Quando se tem um p-valor significativo ( $<0,050$ ), rejeita-se esta hipótese, ou seja, há alguma relação entre essas variáveis. O teste qui-quadrado não é



executado quando se tem células com resultados esperados menores do que cinco para a hipótese nula. Em tal situação foi utilizado o teste Exato de Fisher ou a razão de máxima verossimilhança caso a variável de exposição admita mais que duas categorias.

#### 4.9 QUESTÕES ÉTICAS

A presente pesquisa foi planejada de acordo com a resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e os pesquisadores se comprometem a segui-la cumprindo o que consta neste projeto. O estudo foi realizado utilizando como fonte de dados o questionário respondido pelos pacientes. Deste modo, as informações colhidas tiveram apenas caráter científico e serão guardados os direitos de sigilo dos pacientes. Além disso, a pesquisa baseou-se nos princípios da bioética de não maleficência e de beneficência ao planejar e utilizar os dados obtidos apenas para aquisição de conhecimento, evitando-se riscos desnecessários e exposições de terceiros e de acordo com o que rege a resolução CNS 196/96.

As informações colhidas durante a pesquisa permanecerão em folha própria e arquivadas com um dos representantes do estudo por um período de cinco anos.

## 5 RESULTADOS

Neste trabalho foram analisadas, por meio de questionários, 100 (cem) puérperas internadas na maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) no período de setembro a outubro de 2013. A primeira dimensão do questionário consiste em uma análise sociodemográfica das pacientes em questão com o intuito de caracterizar epidemiologicamente a amostra.

### 5.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO

Das pacientes analisadas, 36% se enquadraram entre 22 e 29 anos e tanto o grupo de puérperas entre 30 e 49 anos quanto o grupo de até 18 anos representaram, cada uma, 23% da amostra. 18% ficaram destinados às pacientes entre 19 e 21 anos.

Grande parte dos indivíduos investigados é casada ou mora com um parceiro (66%). Quanto à escolaridade, os números foram próximos, sendo que apenas 11% das questionadas possuíam ensino superior completo ou incompleto e a maioria (37%) não completaram o ensino fundamental. Precisamente, 24% das pacientes não tem renda mensal e das que possuem salário, 38% vivem com até um salário mínimo.

Foi evidenciado que 45% da população estudada tiveram a primeira relação sexual entre 11 e 15 anos, 35% entre 16 e 18 e apenas 20% após os 18 anos de idade.

Na tabela 1, todos os resultados obtidos nesta dimensão estão pormenorizados:

Tabela 1 – Caracterização da amostra (primeira dimensão)

Variáveis	n	%
<b>Idade</b>		
Até 18 anos	23	23,0
19 a 21 anos	18	18,0
22 a 29 anos	36	36,0
30 a 49 anos	23	23,0
<b>Estado civil</b>		
Solteira / Divorciada	34	34,0
Casada / Mora junto	66	66,0

(continua)

(conclusão)  
Tabela 1 – Caracterização da amostra (primeira dimensão)

<b>Variáveis</b>		
<b>Raça</b>		
Parda	70	70,0
Negra	17	17,0
Branca	12	12,0
Amarela	1	1,0
<b>Escolaridade</b>		
Até fundamental completo	37	37,0
Médio incompleto	25	25,0
Médio completo	27	27,0
Superior incompleto / completo	11	11,0
<b>Renda Mensal</b>		
Não tem renda	24	24,0
Até 1 salário mínimo	38	38,0
Até 2 salários mínimos	18	18,0
3 salários mínimos ou mais	20	20,0
<b>Idade da iniciação sexual</b>		
11 a 15 anos	45	45,0
16 a 18 anos	35	35,0
Após os 18 anos	20	20,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pelos autores

## 5.2 RESULTADOS DA SEGUNDA DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO

A segunda dimensão do questionário consiste em quantificar as mulheres que usavam métodos contraceptivos de maneira contínua, além de analisar se tal uso era bem orientado e adequado.

67% das puérperas utilizaram algum método anticoncepcional de maneira prolongada, ao passo que o restante negou o uso de qualquer tipo de anticoncepção não definitiva de forma contínua.

Das pacientes que já usaram, em algum momento, contraceptivos, 39% alegaram a utilização de anticoncepcionais orais (combinados ou não combinados) e 25% relataram o uso de camisinha masculina ou feminina. Apenas 5% usaram os dois métodos citados anteriormente concomitantemente. Por outro lado, 18% dos indivíduos analisados nunca utilizaram nenhum tipo de anticoncepção. Dentre todas as pacientes analisadas, 68% da amostra foram orientadas por um médico (38%

com o companheiro e 30% sem o companheiro), porém 30% das analisadas não tiveram qualquer orientação médica. No item que questiona a facilidade da obtenção dos métodos contraceptivos, grande parte das puérperas afirmaram facilidade (63%) e apenas 3% relataram dificuldade de acesso.

A maior parte da população estudada (55%) afirma ter utilizado o método de maneira adequada mesmo com o alto índice de gravidezes não programadas evidenciadas na próxima dimensão. Apenas 16% das puérperas questionadas confessaram o uso incorreto dos produtos contraceptivos.

A tabela 2 sumariza todos os aspectos discutidos:

Tabela 2 – Caracterização da amostra (segunda dimensão)

Variáveis	n	%
<b>Já fez uso de algum método anticoncepcional de maneira contínua?</b>		
Sim	67	67,0
Não	33	33,0
<b>Qual é o método? Se a resposta anterior for “não”, já utilizou, em algum momento, algum método contraceptivo?</b>		
Anticoncepcional oral	39	39,0
Camisinha masculina ou feminina	25	25,0
Nunca utilizei nenhum método contraceptivo	18	18,0
Anticoncepcional injetável	7	7,0
Camisinha masculina ou feminina / Anticoncepcional oral	4	4,0
Tabelinha / Coito interrompido	1	1,0
Tabelinha	1	1,0
DIU	1	1,0
Camisinha masculina ou feminina / pílula do dia seguinte	1	1,0
Camisinha masculina ou feminina / Anticoncepcional oral e injetável	1	1,0
Anticoncepcional oral de emergência – “pílula do dia seguinte”	1	1,0
Anticoncepcional oral / Coito interrompido	1	1,0
<b>A utilização desse método foi indicada por:</b>		
Médico	61	61,0
Nunca utilizou método anticoncepcional	19	19,0
Não teve orientação. Usa por conta própria	9	9,0
Amigo, vizinho, parente ou colega	6	6,0
Não se lembra ou não sabe responder	5	5,0
<b>Teve orientação médica sobre o uso da anticoncepção?</b>		
Sim, com o companheiro	38	38,0
Sim, sem o companheiro	30	30,0
Não	30	30,0
Não lembra ou não sabe responder	2	2,0

(continua)

(conclusão)

Tabela 2 – Caracterização da amostra (segunda dimensão)

Variáveis	N	%
<b>Houve facilidade na obtenção e utilização do método?</b>		
Sim, houve facilidade	63	63,0
Não sabe responder / nunca utilizei	29	29,0
Não houve motivação para a busca do método contraceptivo indicado	5	5,0
Não, trata-se de um método muito caro	2	2,0
Não, trata-se de um método de difícil acesso	1	1,0
<b>Considera que utilizava de maneira correta tal método?</b>		
Sim	55	55,0
Não sabe responder / nunca utilizei	29	29,0
Não	16	16,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pelos autores

### 5.3 RESULTADOS DA TERCEIRA DIMENSÃO DO QUESTIONÁRIO

Nesta dimensão foi avaliado o grau de satisfação das puérperas com a gestação e se a gravidez era realmente programada. Os fatores avaliados são consideradas as variáveis dependentes que foram cruzadas posteriormente com as independentes anteriormente citadas nas dimensões 1 e 2.

Precisamente, 66% das pacientes estudadas relataram que suas gestações não foram programadas ou foram apenas relativamente programadas. Independente da programação, 94% da amostra afirmaram que sua gestação foi desejada ou muito desejada.

A tabela 3 sela o assunto:

Tabela 3 – Caracterização da amostra (terceira dimensão)

Variáveis	N	%
<b>Considera sua gravidez desejada?</b>		
Muito desejada / Desejada	94	94,0
Indiferente / Não desejada	6	6,0
<b>Considera sua gravidez programada?</b>		
Relativamente programada / Não programada	66	66,0
Programada	34	34,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborada pelos autores

### 5.3.1 Resultados dos cruzamentos entre a questão “considera sua gravidez desejada?” com as outras variáveis estudadas

Como citado anteriormente, as questões respondidas na terceira dimensão foram julgadas como variáveis dependentes enquanto os outros itens respondidos no questionário foram considerados variáveis independentes. Tendo como base este conceito, foram realizados cruzamentos entre tais fatores utilizando para análise as tabelas cruzadas com o teste qui-quadrado.

Ao relacionar a questão “Considera sua gravidez desejada?” com os outros itens, observamos que a associação que obteve o menor p-valor foi com a idade da iniciação sexual (p-valor de 0,125). 66,7% das entrevistadas que definiram sua gestação indiferente ou não desejada tiveram sua primeira relação sexual entre 16 e 18 anos e o restante entre 11 e 15 anos. Todas as pacientes acima de 18 anos inseridas no estudo relataram gravidez muito desejada ou desejada (tabela 4).

Tabela 4 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada?” com idade da iniciação sexual

Variáveis	Considera sua gravidez desejada?		p-valor
	Muito Desejada / Desejada	Indiferente / Não desejada	
<b>Idade da iniciação sexual</b>			
11 a 15 anos	43 (45,7%)	2 (33,3%)	0,125*
16 a 18 anos	31 (33,0%)	4 (66,7%)	
Após os 18 anos	20 (21,3%)	0 (0,0%)	
<b>Total</b>	<b>94 (100,0%)</b>	<b>6 (100,0%)</b>	-

\* Razão de máxima verossimilhança

Fonte: elaborada pelos autores

Todas as puérperas que consideram sua gravidez não desejada ou indiferente apresentam alguma renda mensal. Destas, 50% tem renda de até 1 salário mínimo e 33,3% até 2 salários mínimos (tabela 5). O p-valor desta associação foi de 0,272.

Tabela 5 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada?” com renda mensal

Variáveis	Considera sua gravidez desejada?		p-valor
	Muito Desejada / Desejada	Indiferente / Não desejada	
<b>Renda Mensal</b>			
Não tem renda	24 (25,5%)	0 (0,0%)	0,272*
Até 1 salário mínimo	35 (37,2%)	3 (50,0%)	
Até 2 salários mínimos	16 (17,0%)	2 (33,3%)	
3 salários mínimos ou mais	19 (20,2%)	1 (16,7%)	
<b>Total</b>	<b>94 (100,0%)</b>	<b>6 (100,0%)</b>	-

\* Razão de máxima verossimilhança

Fonte: elaborada pelos autores

Faz-se importante salientar que as entrevistadas que possuem menor escolaridade (até ensino fundamental completo), apresentam a maior taxa de gravidezes não desejadas ou indiferentes (50%), representado pelo p-valor de 0,821 (tabela 6).

Tabela 6 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada?” com escolaridade

Variáveis	Considera sua gravidez desejada?		p-valor
	Muito Desejada / Desejada	Indiferente / Não desejada	
<b>Escolaridade</b>			
Até fundamental completo	34 (36,2%)	3 (50,0%)	0,821*
Médio incompleto	24 (25,5%)	1 (16,7%)	
Médio completo	26 (27,7%)	1 (16,7%)	
Superior incompleto / completo	10 (10,6%)	1 (16,7%)	
<b>Total</b>	<b>94 (100,0%)</b>	<b>6 (100,0%)</b>	-

\* Razão de máxima verossimilhança

Fonte: elaborada pelos autores

A tabela 7 demonstra todos os outros cruzamentos não mencionados. Neste contexto (e nos citados acima) não se observou relação estatisticamente significativa entre as variáveis, uma vez que o p-valor em nenhuma associação foi menor que 0,05.

Tabela 7 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez desejada?” com as variáveis não abordadas anteriormente

Variáveis	Considera sua gravidez desejada?		p-valor
	Muito Desejada / Desejada	Indiferente / Não desejada	
<b>Idade</b>			
Até 18 anos	22 (23,4%)	1 (16,7%)	0,817**
19 a 21 anos	16 (17,0%)	2 (33,3%)	
22 a 29 anos	34 (36,2%)	2 (33,3%)	
30 a 49 anos	22 (23,4%)	1 (16,7%)	
<b>Estado civil</b>			
Solteira / Divorciada	31 (33,0%)	3 (50,0%)	0,406*
Casada / Mora junto	63 (67,0%)	3 (50,0%)	
<b>Raça</b>			
Parda	67 (72,0%)	3 (50,0%)	0,522**
Negra	15 (16,1%)	2 (33,3%)	
Branca	11 (11,8%)	1 (16,7%)	
<b>Total</b>	<b>94 (100,0%)</b>	<b>6 (100,0%)</b>	-

\* Teste exato de Fisher

\*\* Razão de máxima verossimilhança

Fonte: elaborada pelos autores

### 5.3.2 Resultados dos cruzamentos entre a questão “considera sua gravidez programada?” com as outras variáveis estudadas

Como analisado previamente, as variáveis das dimensões 1 e 2 também foram correlacionadas com a questão “considera sua gravidez programada?” que consiste na segunda variável dependente estudada.

A primeira associação a ser discutida é com o nível de escolaridade da paciente. Os dados revelam que a maioria (36,4%) das investigadas, que não programaram sua gravidez, possui até o ensino fundamental completo. Foi evidenciado que existe uma relação inversa entre escolaridade das puérperas e número de gestações não programadas ou relativamente programadas (Tabela 8). O p-valor desta relação é de 0,092.



Tabela 8 – Cruzamento entre a questão "Considera sua gravidez programada?" com escolaridade

Variáveis	Considera sua gravidez programada?		p-valor
	Programada	Relativamente programada / Não programada	
<b>Escolaridade</b>			
Até fundamental completo	13 (38,2%)	24 (36,4%)	0,092*
Médio incompleto	4 (11,8%)	21 (31,8%)	
Médio completo	13 (38,2%)	14 (21,2%)	
Superior incompleto / completo	4 (11,8%)	7 (10,6%)	
<b>Total</b>	<b>34 (100,0%)</b>	<b>66 (100,0%)</b>	-

\* Razão de máxima verossimilhança

Fonte: elaborada pelos autores

Outra relação a ser debatida é o número de gestações programadas ou não programadas com o estado civil das pacientes. Pode-se observar que as puérperas casadas ou que moram junto com o parceiro apresentaram mais gravidez relativamente programada ou não programada (60,6%) se comparadas às pacientes solteiras ou divorciadas, representando 39,4% da amostra. Seu p-valor é de 0,113. Isto é evidenciado na tabela 9.

Tabela 9 – Cruzamento entre a questão "Considera sua gravidez programada?" com estado civil

Variáveis	Considera sua gravidez programada?		p-valor
	Programada	Relativamente programada / Não programada	
<b>Estado civil</b>			
Casada / Mora junto	26 (76,5%)	40 (60,6%)	0,113
Solteira / Divorciada	8 (23,5%)	26 (39,4%)	
<b>Total</b>	<b>34 (100,0%)</b>	<b>66 (100,0%)</b>	-

Fonte: elaborada pelos autores

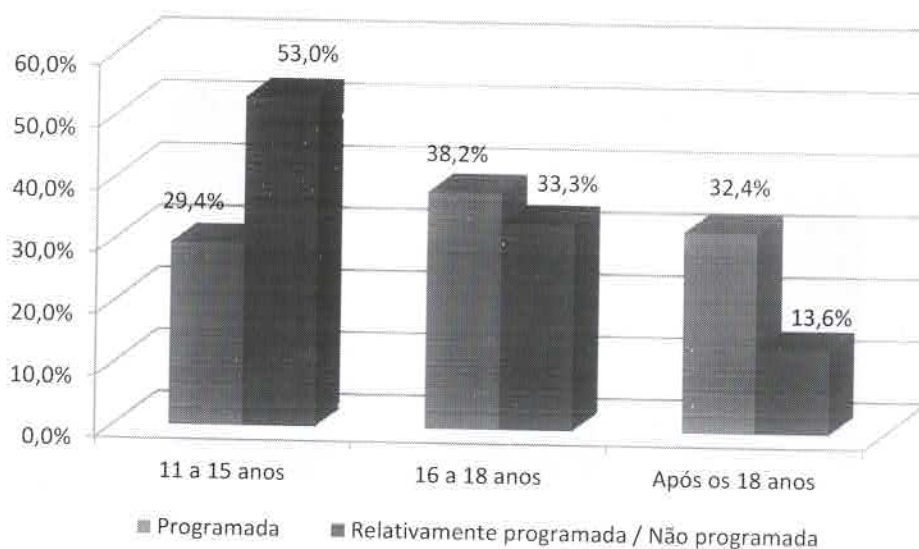
A associação entre programação da gravidez com idade de iniciação sexual demonstrou significância estatística (p-valor: 0,032). Entre as meninas de 11 a 15 anos há um menor percentual de gravidez programada (29,4%). Na faixa etária após 18 anos há um maior percentual de gestação programada (32,4%). Por outro lado, foi esclarecido que 53% das analisadas que não programaram a gravidez tiveram a primeira relação sexual entre 11 e 15 anos, ao passo que nas mulheres que iniciaram a atividade sexual após os 18 anos, tal associação foi significativamente menor (13,6%). A tabela 10 e o gráfico 2 demonstram o que foi analisado.

Tabela 10 – Cruzamento entre a questão "Considera sua gravidez programada?" com idade da iniciação sexual

Variáveis	Considera sua gravidez programada?		p-valor
	Programada	Relativamente programada / Não programada	
<b>Idade da iniciação sexual</b>			
11 a 15 anos	10 (29,4%)	35 (53,0%)	0,032
16 a 18 anos	13 (38,2%)	22 (33,3%)	
Após os 18 anos	11 (32,4%)	9 (13,6%)	
<b>Total</b>	<b>34 (100,0%)</b>	<b>66 (100,0%)</b>	-

Fonte: elaborada pelos autores

Gráfico 2 – Relação entre idade da iniciação sexual e programação da gestação



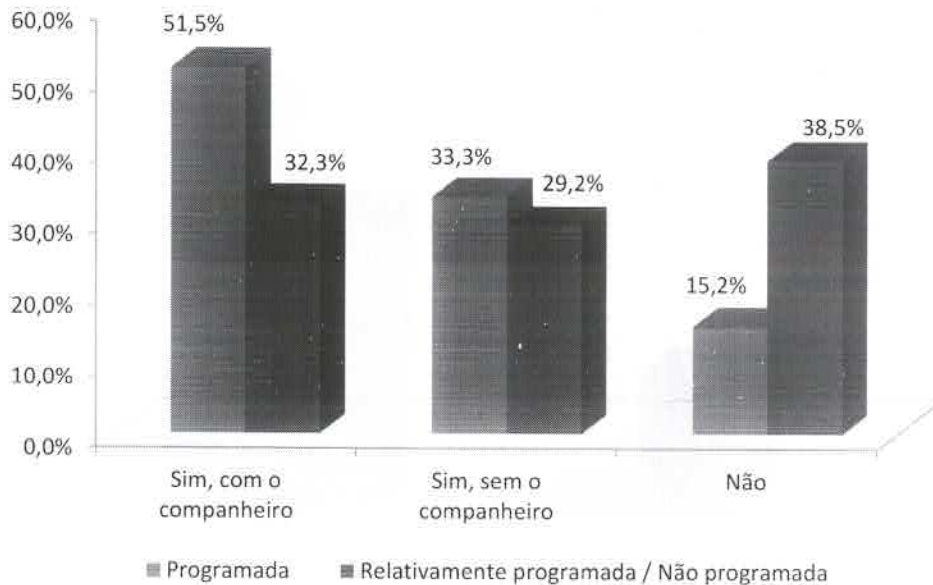
A relação entre a pergunta "Considera sua gravidez programada?" com o nível orientação médica da paciente precisa ser mencionada. Pode-se dizer que as que tiveram orientação com o companheiro, o percentual de gravidez programada é maior. As mulheres estudadas que não tiveram orientação médica, o não planejamento é superior. Tal relação obteve relevância estatística com p-valor de 0,048 (Tabela 11 e gráfico 3).

Tabela 11 – Cruzamento entre a questão "Considera sua gravidez programada?" com orientação médica

Variáveis	Considera sua gravidez programada?		p-valor
	Programada	Relativamente programada / Não programada	
<b>Teve orientação médica sobre uso da anticoncepção?</b>			
Sim, com o companheiro	17 (51,5%)	21 (32,3%)	0,048
Sim, sem o companheiro	11 (33,3%)	19 (29,2%)	
Não	5 (15,2%)	25 (38,5%)	
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	-

Fonte: elaborada pelos autores

Gráfico 3– Relação entre programação da gravidez e orientação médica



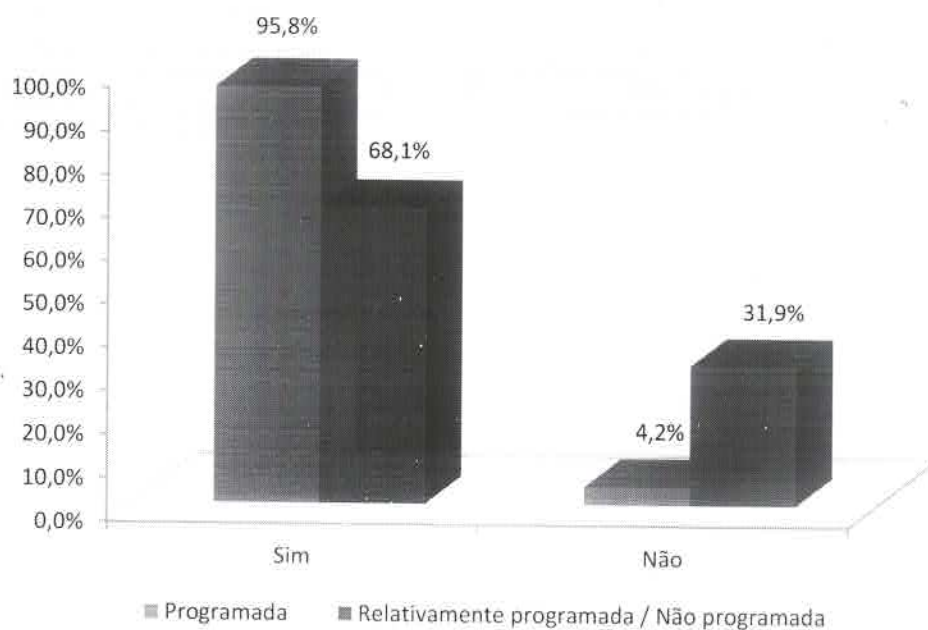
O cruzamento entre a programação da gestação com a questão "utilizava de maneira correta o método anticoncepcional?" também se mostrou estatisticamente significativo (p-valor: 0,008). Pode-se inferir que as puérperas que responderam "sim" o percentual de gravidez programada é mais elevado, ao passo que aquelas que disseram "não", há um maior número de gravidezes não programadas. 95,5% das programadas relataram ter feito o uso ideal do método e o interromperam com a finalidade de engravidar. Por outro lado, das dezesseis puérperas que confessaram não utilizar a contracepção de maneira ideal, quinze não planejaram a gestação (Tabela 12 e gráfico 4).

Tabela 12 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com correta ou inadequada utilização da anticoncepção

Variáveis	Considera sua gravidez programada?		p-valor
	Programada	Relativamente programada / Não programada	
<b>Considera que utilizava de maneira correta tal método?</b>			
Sim	23 (95,8%)	32 (68,1%)	0,008
Não	1 (4,2%)	15 (31,9%)	
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	-

Fonte: elaborada pelos autores

Gráfico 4 – Relação entre programação da gravidez e uso correto ou incorreto do método contraceptivo



Por fim, a tabela 13 expõe todas as outras variáveis relacionadas com a questão “Considera sua gravidez programada?” não discutidas anteriormente.

Tabela 13 – Cruzamento entre a questão “Considera sua gravidez programada?” com as variáveis não abordadas anteriormente

Variáveis	Considera sua gravidez programada?		p-valor
	Programada	Relativamente programada / Não programada	
<b>Idade</b>			
Até 18 anos	6 (17,6%)	17 (25,8%)	0,665
19 a 21 anos	6 (17,6%)	12 (18,2%)	
22 a 29 anos	12 (35,3%)	24 (36,4%)	
30 a 49 anos	10 (29,4%)	13 (19,7%)	
<b>Raça</b>			
Parda	25 (73,5%)	45 (69,2%)	0,529
Branca	5 (14,7%)	7 (10,8%)	
Negra	4 (11,8%)	13 (20,0%)	
<b>Renda Mensal</b>			
Não tem renda	7 (20,6%)	17 (25,8%)	0,929
Até 1 salário mínimo	13 (38,2%)	25 (37,9%)	
Até 2 salários mínimos	7 (20,6%)	11 (16,7%)	
3 salários mínimos ou mais	7 (20,6%)	13 (19,7%)	
<b>Total</b>	<b>34 (100,0%)</b>	<b>66 (100,0%)</b>	-

Fonte: elaborada pelos autores

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo visa entender o perfil epidemiológico das pacientes em questão e associá-lo a utilização de anticoncepção não definitiva. A análise de puérperas é fundamental para este fim, uma vez que a qualidade do uso pode ser mensurada pelo número de gravidezes não programadas ou indesejadas.

Indubitavelmente, o rápido crescimento na diversidade de produtos contraceptivos deu às mulheres mais opções de escolha. Porém, adiciona complexidade para a decisão de qual tipo de anticoncepção é o mais adequado, tanto para a paciente quanto para o médico (KNOX, et al., 2013).

A escolha do produto anticonceptivo será influenciada pela informação disponível no momento da tomada de decisão da mulher. Logo, visitas regulares a um mesmo médico é uma importante fonte de informação e de orientação sobre este tema (KNOX et al., 2013).

68% das puérperas estudadas relatam ter tido orientação médica sobre a contracepção, o que, conflita com o alto número de gestações não programadas ou relativamente programadas (66%). Tal fato pode ter relação com a baixa escolaridade da população estudada (25% apresentam ensino médio incompleto e 37% apresentam educação escolar até o ensino fundamental completo), uma vez que, segundo o Ministério da Saúde, a baixa escolaridade pode ser um agravante na saúde dessas mulheres sendo considerado um fator de risco obstétrico (SPINDOLA, PENNA E PROGIANTI, 2006). Logo, entende-se que o nível de instrução é de suma importância para o uso adequado de anticoncepção e, esta variável, aumenta o número de gravidezes não programadas mesmo em indivíduos com orientação médica.

O tema contracepção é relevante e deve ser valorizado pelos próprios profissionais de saúde no acompanhamento destas puérperas, uma vez que a falta de orientação em relação ao assunto é um dos fatores responsáveis pelas gravidezes indesejadas e não programadas. Durante a realização do pré-natal é importante que sejam

estimuladas a comparecerem para a revisão pós-parto e serem orientadas em relação à contracepção futura (SPINDOLA, PENNA E PROGIANTI, 2009).

Em relação à idade da população estudada, 23% da amostra engravidaram antes dos 18 anos de idade. Deste grupo, 73,9% das adolescentes relataram que suas gravidezes não foram programadas. Segundo o Ministério da Saúde, no período entre 1980 e 2000, constatou-se aumento importante do número de mães com idade entre 15 e 19 anos no Brasil. Em 1980, a fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade representava 9,1% da taxa total do país. Em 2000, esse percentual aumentou para 19,4% (BRASIL, 2004).

Em 2001, registrou-se um total de 3.106.525 nascidos vivos, sendo 723.070 (23,3%) filhos de mulheres entre 10 e 19 anos de idade (BRASIL, 2004). Tal dado é compatível com o resultado do estudo, demonstrando o alto número de mães com idade inferior a 19 anos neste país.

Os resultados indicam que, no grupo investigado, 24% das mulheres negam qualquer tipo de renda. Das que relatam algum ganho financeiro mensal, a maioria (38% de toda a amostra) ganha até um salário mínimo por mês. 42% da população analisada apresentam duas variáveis concomitantes: não tem renda mensal/recebe até um salário mínimo e considera sua gravidez não programada/relativamente programada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem diferenças no padrão de fecundidade entre as mulheres com condições de rendimento familiar mais favoráveis se comparadas àquelas em condições mais precárias (DA SILVA, 2009). Ao avaliar os indicadores de fecundidade do Brasil entre os anos de 2004 e 2005, observa-se que as mulheres com filhos e com melhores condições financeiras tiveram uma redução de 0,6% na taxa de natalidade, enquanto a proporção de mulheres com filhos e rendimento familiar de até meio salário mínimo apresentou um pequeno aumento (DA SILVA, 2009).

Sobre a utilização de contraceptivos, 67% das participantes do estudo afirmam uso contínuo de algum tipo de anticoncepção não definitiva. Porém, paradoxalmente, os resultados do questionário indicam um alto número de gravidezes não programadas

ou relativamente programadas (66%). Segundo a literatura americana, metades das mulheres que passaram por uma gestação não programada usaram um método contraceptivo no mês em que ocorreu a gravidez (PEIPERT et al., 2011). Logo, há considerável falha na aderência ao uso e no modo de utilização dos medicamentos, o que evidencia necessidade de implementação mais eficaz de contracepção não definitiva de longa duração (dispositivo intrauterino e implante subdérmico, por exemplo), uma vez que reduzirá a baixa aderência. A maioria das gestações não programadas se deve ao uso incorreto ou inconsistente do método contraceptivo ao invés de falha do mesmo (PEIPERT et al., 2011). O uso dos produtos de ação prolongada aumentou a aderência por evitar tomadas constantes reduzindo o índice de esquecimento. Vale ressaltar que 7% das puérperas estudadas utilizavam anticoncepcional injetável, ao passo que apenas 1% relata que já implantou um dispositivo intrauterino.

O uso do anticoncepcional oral (ACO) isolado e de forma contínua é o mais prevalente (39% dos casos). Apenas quatro mulheres relataram o uso combinado com a camisinha. 25% das entrevistadas afirmaram o uso da camisinha isolada. Logo, por serem contraceptivos de curta duração, estão relacionados à baixa adesão e, conseqüentemente, a um maior número de gestações não programadas.

Por outro lado, independente da escolha do método, o profissional de saúde precisa estar atento a importantes fatores que devem estar presentes para a eficácia do produto escolhido: o grau de confiança que nele se tem, a motivação para o seu uso, a aceitação do método pela paciente e uma correta orientação do médico sobre o tema (BRASIL, 2002).

Quanto às adolescentes, um estudo norte-americano afirma que mulheres entre 14-19 anos apresentam menores taxas de manutenção dos métodos contraceptivos não definitivos quando comparadas a mulheres mais velhas. Além disso, a faixa etária mais jovem expressou menor satisfação em relação a todos os métodos contraceptivos se comparadas àquelas com mais idade (ROSENSTOCK, 2012). Isso pode ser confirmado pelo alto número de gestações não programadas ou relativamente programadas na adolescência (25,8% de todas as puérperas que



afirmam não terem programado a gestação) mesmo em jovens que já usaram métodos anticoncepcionais de forma contínua.

As opções de contraceptivos mais eficazes para jovens com idade inferior a 19 anos podem ser: dispositivos intrauterinos e implantes anticoncepcionais, ou seja, ambos de longa duração. Para esta população, tais métodos têm taxas de eficácia superior a 99% e taxas de continuação em um ano de 80% a 90%. Em contraste, os produtos que exigem o uso regular em uma base diária, semanal, mensal ou trimestral, como a pílula, adesivo, anel vaginal ou injeção, respectivamente, têm taxas de eficácia na faixa de 90% e taxas de continuação que variam entre 40% e 50% em um ano. Para as adolescentes que usam estes métodos de curto prazo, a eficácia é menor por causa da baixa adesão, anteriormente citada. Sem a anticoncepção, as adolescentes tem a probabilidade de engravidar em um ano de aproximadamente 90% (BALDWIN E EDELMAN, 2012).

Nos Estados Unidos da América, o uso de contracepção pelos adolescentes aumentou. Em 2006, 86% das mulheres com idade entre 15 e 19 anos relataram o uso de algum método na última vez que tiveram relações sexuais (BALDWIN E EDELMAN, 2012).

Vale mencionar que além de prevenir gestações não desejadas, o aumento do uso de contraceptivos reduziu o número de mortes maternas nos países em desenvolvimento em aproximadamente 40% ao longo dos últimos 20 anos. O uso ideal da anticoncepção reduz gravidezes indesejadas e, portanto, o número de vezes que as mulheres enfrentam riscos do parto em ambientes não propícios. Em um período de tempo de aproximadamente doze anos, estima-se que o aumento do uso de contraceptivos não definitivos irá reduzir o risco de morte por 100000 nascidos vivos em 28% nos países em desenvolvimento (CLELAND et al., 2012).

Quanto à situação conjugal, sabe-se que as mulheres que vivem com um companheiro tem maior nível de conhecimento sobre o tema contracepção não definitiva quando comparadas àquelas sem parceiro fixo (PANIZ; 2005). Tal dado contraria o resultado obtido neste estudo, uma vez que 60,6% das puérperas que tiveram gestações não planejadas ou relativamente programadas são casadas ou

moram junto com seus companheiros. Teoricamente, as mulheres que vivem com seus parceiros são, em geral, mais propensas à atividade sexual rotineira e por esta razão, expostas também à prática da anticoncepção de maneira mais eficaz (PANIZ; 2005). Tal associação não foi obtida pelo trabalho.

Em relação à idade de iniciação sexual, observou-se relevância estatística quando esta variável foi comparada à programação da gravidez. 53% das entrevistadas que consideram sua gestação não programada tiveram a primeira relação sexual entre 11 e 15 anos. Tal dado era esperado, uma vez que a iniciação sexual mais tardia, ou seja, mais de 16 anos para as moças, é importante para a determinação do uso subsequente de preservativo. Há diminuição do uso de contraceptivo entre os jovens que iniciaram vida sexual antes dos 14 anos. Tal fato é mais expressivo na região Sudeste e entre os adolescentes mais escolarizados, onde se pressupõe maior proteção. Este dado indica a relevância da educação sexual e preventiva que deve ser estendida e ampliada no ensino fundamental público e privado em todo o território brasileiro (PAIVA et al., 2008).

Estudos sobre o início da vida sexual e o uso de contraceptivos e preservativos indicam que adultos mais jovens tendem a não usá-los quando três fatores estão presentes: início precoce da vida sexual, parceiros mais velhos ou de outra geração e primeira relação sexual considerada casual (PAIVA et al., 2008).

No momento, há duas perspectivas de debate no plano internacional a fim de criar recomendações sobre o início da vida sexual. Posicionamentos oficiais do governo norte-americano em 2008 indicam duas perspectivas: a prevenção primária, dedicada ao adiamento da atividade sexual até a maturidade psicossocial ou casamento; e a prevenção secundária, que propõe o uso de práticas de sexo mais seguro por indivíduos sexualmente ativos (independentemente da idade) e que não pretendem se abster da atividade sexual (PAIVA et al., 2008).

Por outro lado, pesquisadores e governos europeus raramente se opõem às políticas de acesso dos jovens à educação sexual. Indicam que tal acesso deve, preferencialmente, ser desde a infância e antes da primeira relação sexual e não compactuam com a ideia de prevenção primária defendida pelos norte-americanos.

Com isso, asseguram melhores condições de desenvolvimento das crianças e adolescentes, incluindo a promoção do uso de preservativos e o exercício de direitos. No Brasil, tem-se ampliado o acesso ao preservativo dos jovens com mais de 14 anos, assim como cresce o número de escolas que desenvolvem atividades de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis dedicadas a essa faixa etária, em geral por meio de palestras e distribuição de material educativo (PAIVA et al., 2008).

No que diz respeito ao planejamento gestacional e a desejabilidade da gravidez, o presente estudo revela que 66% não programaram a gestação, ao passo que a grande maioria das pacientes relatou que sua gravidez foi desejada ou muito desejada (94%). Apenas 6% das entrevistadas alegam rejeição ao recém-nascido. Spindola e Silva (2009) relataram em um estudo com 112 gestantes que 75% das pacientes não planejaram a gravidez, embora 58,9% tenham desejado a gestação. Logo, há semelhança nos resultados.

No início da gravidez, quando esta não é programada, pode haver certa resistência na aceitação da gestação, além de, muitas vezes, faltar apoio dos familiares no momento da descoberta (SPINDOLA E SILVA, 2009). Os riscos psicossociais e as mudanças ocasionadas pela gestação podem acarretar um sentimento de rejeição por parte materna. Esta atitude inicial pode dar lugar a um sentimento predominante de aceitação ao longo dos nove meses. A gravidez é vivida de novas expectativas na vida da mulher, uma vez que é uma etapa que desperta momentos inovadores (CIANTELLI et al., 2012).

Tendo em vista que o questionário foi coletado no período de puerpério imediato, pode-se considerar que, neste momento, as mulheres apresentam alterações de sentimento em relação ao seu conceito e muitas passam a aceita-lo e, a maioria, a desejar-lo (PRIETSCH et al., 2011).

A última associação a ser analisada é o número de gestações não programadas com a qualidade do uso da contracepção. Das pacientes que planejaram sua gestação, 95,8% afirmaram ter usado corretamente o método contraceptivo (tais puérperas planejaram a fertilização, logo, optaram por interromper o produto no

momento ideal). 93,75% da população estudada que afirma não ter usado de maneira adequada o método apresentaram gravidezes não programadas. Por outro lado, paradoxalmente, 68,1% das puérperas que relataram utilizar de maneira correta o(s) método(s) apresentaram gravidezes não planejadas. Pode-se dizer que o desejo inconsciente de engravidar associado ou não ao desconhecimento da utilização ideal dos métodos contraceptivos e a ausência de planejamento familiar induz, em algumas pacientes, elevado número de gravidezes não programadas mesmo em uso continuado de contraceptivos (CIANTELLI et al., 2012).

Foi observado interferência do mundo psíquico no comportamento dessas mulheres representando um dos motivos de gestação não planejada (CIANTELLI et al., 2012). Um estudo analisou os esquecimentos de tomar a pílula anticoncepcional ou usar a camisinha, por exemplo, como sendo atos falhos, representantes do discurso inconsciente. Pacientes que reclamam do DIU como provocador de dores abdominais intensas inexplicáveis e que referem não suportar uma determinada pílula, julgada muito forte ou muito fraca, podem ser consideradas indivíduos com manifestações inconscientes. Apesar do método contraceptivo trazer às mulheres o sentimento de que dominam perfeitamente sua fecundidade, há a complexidade da motivação inconsciente quanto à gravidez, podendo levar a gestações não programadas (TACHIBANA, SANTOS E DUARTE, 2006).

Estudos apontaram que os programas de atenção à saúde da mulher não estão sendo totalmente eficientes quanto à orientação e acompanhamento das questões relacionadas à contracepção e à escolha do método a ser utilizado (CIANTELLI et al., 2012). Logo, infere-se que as mulheres estudadas estão cometendo falhas, ainda não identificadas, na utilização dos métodos. Por isso, compreende-se a alta taxa de gestações não programadas mesmo em indivíduos que fazem uso de algum produto anticoncepcional.

## 7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

De acordo com os resultados obtidos e as discussões pertinentes, pode-se concluir que a prevalência de puérperas que relatam não planejarem sua gestação no serviço de obstetria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória é alta.

A maior parte da população estudada afirma fazer o uso correto da contracepção. Logo, percebe-se uma falha de conscientização das mulheres sobre a correta utilização de anticoncepcionais não definitivos. Por isso, observa-se tais resultados paradoxais.

O perfil epidemiológico das mulheres em questão é diversificado, porém há predomínio de certas variáveis:

- A idade mais prevalente é de adultos jovens, porém, o percentual de adolescentes que deram a luz é extremamente alto;
- A baixa escolaridade é um fato frequente entre o grupo estudado. A maioria das pessoas investigadas alega ter até ensino fundamental completo;
- Trata-se de uma população de baixa renda. Muitas alegam ganho financeiro mensal de até um salário mínimo ou, em vários casos, ausência de qualquer tipo de remuneração;
- O início da vida sexual também foi um fator pesquisado. Grande parte da amostra relata ter começado precocemente (entre 11 e 15 anos).

Tais fatores foram determinantes para a elevada taxa de gestações não programadas ou relativamente programadas. Logo, o estudo permitiu compreender características socioculturais fundamentais e suas correlações com gestações inesperadas.

Aproximadamente um quarto das pacientes que não planejou a gravidez tinha idade inferior a dezoito anos. Por esse motivo é oportuna a realização de campanhas de esclarecimento sobre a sexualidade, a contracepção e os riscos que se impõe aos abortos clandestinos. Durante a gestação destas adolescentes é fundamental o

encaminhamento para ambulatórios especializados em planejamento familiar após o parto.

Embora se tenha resultados esperados, alguns até com significância estatística, a pequena amostra do trabalho e a dificuldade das puérperas em responder o questionário foram os principais fatores limitantes. Por isso, sugerimos um aprofundamento da pesquisa com novos estudos (com metodologias diferentes) para ideal elucidação das temáticas abordadas.

Por fim, conclui-se que os programas de atenção à saúde da mulher necessitam ampliar a efetividade de seus serviços, uma vez que há necessidade de realizar orientação e acompanhamento das questões relacionadas às práticas contraceptivas de maneira adequada e duradoura. Os resultados reforçam a importância da participação dos líderes e, sobretudo, da comunidade visando conquistar a redução da taxa de fecundidade não programada, bem como o correto planejamento familiar. A priorização na informação, na orientação e no acesso à anticoncepção não definitiva é a base deste movimento e deve ser implantado de imediato.

## REFERÊNCIAS

- AITKEN, R. J. et al. As the world grows: contraception in the 21st century. **Journal of Clinical Investigation**, v. 118, n. 4, p. 1330-1343, abr. 2008.
- BALDWIN, M.K.; EDELMAN, A.B. The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: a review. **Journal of Adolescent Health**, Oregon, v.52, p.47-53. 2013.
- BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, ago. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CIANTELLI, G. L. et al. A gravidez não planejada em um bairro periférico de Sorocaba-SP. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, São Paulo, v.14, n.1, p19-21. 2012.
- CLELAND, J. et al. Contraception and health. **The Lancet**, Londres, v. 380, p. 149-156, jul. 2012.
- MENDONÇA, R. C. M.; DE ARAÚJO, D. M. E. Análise da produção científica sobre o uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, nov./dez. 2010.
- MOCCELIN, A. S. et al. Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 4, out./dez. 2010.
- PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativos na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 45-53, jun. 2008.

PANIZ, V. M. V. et al. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, nov./dez. 2005.

PEIPERT, J. F. et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, St. Louis, v.117, n. 5, p. 1105-1113, maio. 2011.

PRADO, D. S.; SANTOS, D. L. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, jul. 2011.

PRIETSCH, S. O. M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, out. 2011.

ROSENSTOCK, J. R. et al. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. **The American College of Obstetrics and Gynecologists**, St. Louis, v.120, p.1298-1305. 2012.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA E SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO. **Consenso sobre contracepção**. Évora: SPG e SPMR, 2003.

SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.99-107, jan-mar. 2009.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.40, n.3, p.381-388. 2006.

TACHIBANA, M.; SANTOS, L. P.; DUARTE, C. A. M. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**, n. 19, p. 149-167, set-dez. 2006.



**ANEXOS**

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa, como voluntária. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento (no verso), que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Setor de Obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, situado à Rua João dos Santos Neves, nº 143, Centro, Vitória/ES, CEP: 29018-180 – telefone: (27) 3322 0074. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou este trabalho no seguinte telefone: (27) 3334 3586; ou ainda por e-mail: comite.etica@emescam.br

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

**Título do projeto de pesquisa:** Avaliação da contracepção não definitiva em puérperas da enfermaria de obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

**Pesquisador responsável:** Jules White Soares Sousa.

**Pesquisadores participantes:** Bernardo Muniz Frizzera Borges, Bruna Mannato, Pedro Antonio Gonçalves de Andrade da Silva.

**Objetivos da pesquisa:** Analisar os dados sociodemográficos e a facilidade ao acesso à informação sobre anticoncepção não definitiva das puérperas da enfermaria de obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES.

**Procedimentos da pesquisa:** As pacientes que estiverem no período de puerpério e apresentarem-se na enfermaria de obstetrícia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES serão convidadas a participarem do estudo.

**Riscos e desconfortos:** Poderá haver risco mínimo. A paciente pode se sentir desconfortável para responder algumas indagações do questionário, principalmente devido ao estado puerperal.

**Benefícios:** O resultado do trabalho trará melhor conhecimento sobre o perfil sociodemográfico das puérperas do hospital em questão, associando-o a gestações não programadas. Além disso, evidenciará a dificuldade de acesso das pacientes às medidas contraceptivas. É relevante, de execução simples e pode contribuir com a geração de informações importantes para a melhoria da atenção primária.

**Custo / Reembolso para o paciente:** Não haverá custos aos pacientes; Os pacientes não receberão qualquer tipo de reembolso ou gratificação devido à participação neste estudo.

**Confidencialidade da pesquisa:** garantimos sigilo que assegure a privacidade do participante quanto aos dados confidenciais, divulgando somente os dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa.

**ANEXO B - CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO:**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº: \_\_\_\_\_  
CPF nº: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido confidencialidade e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Para autenticação da pesquisa, foi-me solicitado que rubricasse as três folhas do referido consentimento. Caso menor de 18 anos, foi-me informado que a assinatura do responsável é indispensável.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável (caso paciente menor de 18 anos):  
\_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

**TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores)**

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

- Telefone: (27) 2104-6200
- E-mail: [juleswhite1@hotmail.com](mailto:juleswhite1@hotmail.com)

1. Introduction

2. Objectives

3. Methodology

4. Results and Discussion

5. Conclusion

6. References

7. Appendix

8. Appendix 1

9. Appendix 2

10. Appendix 3

11. Appendix 4

12. Appendix 5

13. Appendix 6

14. Appendix 7

15. Appendix 8

16. Appendix 9

17. Appendix 10

18. Appendix 11

19. Appendix 12

20. Appendix 13

21. Appendix 14

22. Appendix 15

### APENDICES

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Prezada paciente,

Você está sendo convidada a responder um questionário sobre anticoncepção não definitiva. Esta pesquisa tem fins científicos e será usada em prol da saúde pública. Favor responder sem se identificar. Assinale com um "X" as respostas que mais se aproximam ao seu perfil.

Grato.

### DIMENSÃO 1 - DADOS PESSOAIS

#### IDADE

- 10 – 12
- 13 – 15
- 16 – 18
- 19 – 21
- 22 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49

#### RAÇA

- negra
- parda
- branca
- amarela

#### ESTADO CIVIL

- solteira
- casada
- divorciada
- viúva
- mora junto

**ESCOLARIDADE**

- analfabeta
- ensino fundamental incompleto
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- ensino superior incompleto
- ensino superior completo

**RENDA MENSAL**

- não tem renda
- menos que 1 salário mínimo
- 1 salário mínimo
- até 2 salários mínimos
- até 3 salários mínimos
- até 4 salários mínimos
- mais que 5 salários mínimos

**IDADE DA INICIAÇÃO SEXUAL**

- até 11 anos
- 11 – 13 anos
- 14 – 15 anos
- 16 – 18 anos
- após os 18 anos

**DIMENSÃO 2 - DADOS RELACIONADOS AO USO DE ANTICONCEPÇÃO NÃO DEFINITIVA****FEZ USO DE ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?**

- Sim
- Não
- Não sabe responder

**QUAL É O MÉTODO? SE A RESPOSTA ANTERIOR FOR "NÃO", JÁ UTILIZOU, EM ALGUM MOMENTO, ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?**

- Camisinha masculina ou feminina
- Anticoncepcional oral
- Anticoncepcional oral de emergência – "pílula do dia seguinte"
- DIU
- Anticoncepcional injetável
- Tabela
- Coito interrompido
- Nunca utilizei nenhum método contraceptivo

**A UTILIZAÇÃO DESSE MÉTODO FOI INDICADA POR:**

- médico
- paramédico
- amigo, vizinho, parente ou colega
- não teve orientação. Usa por conta própria
- não se lembra ou não sabe responder
- nunca utilizou método anticoncepcional

**TEVE ORIENTAÇÃO MÉDICA SOBRE O USO DA ANTICONCEPÇÃO?**

- sim, com o companheiro
- sim, sem o companheiro
- não
- não lembra ou não sabe responder

**HOVE FACILIDADE NA OBTENÇÃO E UTILIZAÇÃO DO MÉTODO?**

- sim, houve facilidade
- não, trata-se de um método muito caro
- não, trata-se de um método de difícil acesso
- não houve motivação para a busca do método contraceptivo indicado
- não sabe responder / nunca utilizei

**CONSIDERA QUE UTILIZAVA DE MANEIRA CORRETA TAL MÉTODO?**



- sim
- não
- não sabe responder / nunca utilizei

### **DIMENSÃO 3 DADOS RELACIONADOS À GRAVIDEZ**

#### **CÔNSIDERA SUA GRAVIDEZ DESEJADA?**

- muito desejada
- desejada
- indiferente
- não desejada

#### **CONSIDERA SUA GRAVIDEZ PROGRAMADA?**

- programada
- relativamente programada
- não programada