



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAMILA FÉLIX AMÉRICO**

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS À PROMOÇÃO  
DO USO CONSISTENTE DE ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO**

**FORTALEZA**

**2014**

CAMILA FÉLIX AMÉRICO

EFEITOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS À PROMOÇÃO DO  
USO CONSISTENTE DE ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO

Tese de Doutorado submetida à Coordenação do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

A536e Américo, Camila Félix.  
Efeitos de intervenções de enfermagem voltadas à promoção do uso consistente de anticoncepcional oral combinado / Camila Félix Américo. – 2014.  
150 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

1. Anticoncepcionais Oraís Combinados. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

CAMILA FÉLIX AMÉRICO

EFEITOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM VOLTADAS À PROMOÇÃO DO  
USO CONSISTENTE DE ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO

Tese de Doutorado submetida à Coordenação do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Karina Bezerra Pinheiro (1º Membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosiléa Alves de Sousa (2º Membro)  
Centro Universitário Estácio do Ceará - Estácio FIC

---

Dr<sup>a</sup>. Nancy Costa de Oliveira (3º Membro)  
Secretaria Municipal de Saúde - SMS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Régia Christina Moura Barbosa Castro (4º Membro)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscila de Souza Aquino (Suplente)  
Universidade de Fortaleza - UFC

À Deus, que conduziu meus passos até aqui

## AGRADECIMENTOS

À Deus, que me fez andar por lugares altos e que tornou possível esta realização profissional e acadêmica.

À minha família (Ana Lúcia Félix Viana, Júlio Cesar Soares Américo, Juliana Félix Américo e Júlio Cesar Soares Américo Filho) responsável por toda a motivação que há em mim, minha torre de apoio, minha fonte de amor.

Ao meu esposo Filipe Fernandes Diéb de Araújo, que compreendeu as minhas renúncias, se mostrou paciente, ouviu minhas queixas, me confortou e se mostrou sempre disposto a me fazer feliz.

À minha orientadora Professora Escolástica Rejane Ferreira Moura, meu referencial de docente. De forma inigualável, reconhece e valoriza nossas potencialidades, mas nos suplanta com seu conhecimento e orientação. Espero ter o prazer de caminhar com ela por muito tempo, pois tenho muito a aprender.

Aos membros da banca, por se disponibilizarem a apreciar meu trabalho e com excelência prestarem contribuições.

Às acadêmicas de Enfermagem Glória, Gesselena e Joquebede, pela ajuda incomensurável, obrigada por me ajudarem rumo a esta conquista.

Às enfermeiras Helâyne, Janaína e Lara, pelo apoio e por terem disponibilizado seu tempo e suas habilidades comunicativas para com as participantes do estudo. Obrigada, sobretudo, por acreditarem no meu trabalho.

À amiga Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente, pelo compartilhar de sentimentos, de ideias e pela presteza demonstrada sempre que precisei.

À amiga Jeane da Silva Xavier, que me fez companhia e me ajudou a enfrentar a timidez no período de coleta de dados. Há amigos tão chegados como irmãos.

Às amigas de trabalho (Ana Fátima, Ana Beatriz, Kelanne, Paula Renata, Samila e Thaís), por compreenderem “algumas ausências” e se mostrarem dispostas a me apoiar.

Às mulheres participantes e protagonistas deste estudo, que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa e foram fundamentais para sua concretização.

## RESUMO

A pesquisa testa os efeitos de duas intervenções educativas, sendo uma individual e que tomou o folder como apoio ao processo ensino-aprendizagem, e a outra, grupal, que adotou o álbum seriado como o referido apoio. Ambas as intervenções eram de promoção ao uso consistente do anticoncepcional oral combinado. Tratou-se de pesquisa experimental, a comparar três grupos: grupo com intervenção por folder, grupo com intervenção por álbum e grupo controle. Foi desenvolvida em dois centros de saúde da família, pertencentes ao sistema municipal de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. A população do estudo foi composta por usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose, atendidas na rede pública de saúde. A amostra de 146 usuárias do método foi determinada pela fórmula que calcula tamanho amostral para comparação de grupos, adotando-se como critério de inclusão, estar em uso atual do respectivo método. Aplicou-se o inquérito Conhecimento-Atitude-Prática (CAP) pré-intervenções e pós-intervenções (imediatamente e após 60 dias) para avaliar o conhecimento, a atitude e prática de mulheres quanto ao uso consistente de anticoncepcional oral combinado. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho de 2013 a janeiro de 2014. Os dados foram analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. As participantes apresentaram idade média de 26 anos, tempo médio de uso de anticoncepcional oral combinado de 3 anos, predominando renda familiar baixa, nível médio de escolaridade e parceria estável. O inquérito CAP pré-intervenções de Enfermagem revelou preponderância de Conhecimento Mínimo, correspondendo 45 % das mulheres; atitude desfavorável ao uso consistente do AOC, representada por 56% das mulheres e prática habitual ou inconsistente do método, constatada em 48% do grupo pesquisado. Após a aplicação das intervenções, mudanças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) ocorreram nos inquéritos CAP (imediatamente e após 60 dias) entre as participantes dos grupos experimentais quando comparadas ao grupo controle. Nesse contexto, ambas as intervenções educativas apresentaram efeitos positivos e semelhantes sobre o conhecimento, atitude e prática de usuárias de AOC. Conclui-se, portanto, que a implementação de intervenção de Enfermagem na modalidade estratégia educativa individual apoiada em folder apresenta eficácia semelhante à intervenção de Enfermagem na modalidade estratégia educativa grupal apoiada em álbum seriado, na promoção do uso consistente de AOC.

**Palavras-chave:** Anticoncepcionais orais combinados. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Educação em saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

This research analyzes the effects of two educational interventions, an individual one that used a brochure to support the teaching-learning process and a group intervention that adopted a serial album instead as support. Both interventions promoted the consistent use of combined oral contraceptives. This was an experimental study comparing three groups: intervention group with brochure, intervention group with serial album, and control group. The research took place in two family health centers of the local health system of Fortaleza, Ceará, Brazil. The study population consisted of users of low dose combined oral contraceptive, treated in the public healthcare network. The formula that calculates sample size for comparison groups, using as inclusion criterion being currently using the method, determined the sample of 146 users of the method. We used the Knowledge-Attitude-Practice (KAP) survey pre- and post-intervention (immediately and after 60 days) to assess the knowledge, attitude, and practice of women regarding the consistent use of combined oral contraceptives. Data collection occurred from June 2013 to January 2014. We analyzed the data using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 13.0. The participants had a mean age of 26 years, mean duration of use of combined oral contraceptives of three years, predominantly low family income, average level of education, and in stable relationship. The pre-nursing interventions KAP survey revealed prevalence of minimum knowledge, corresponding to 45% of women; unfavorable attitude to the consistent use of COC, represented by 56% of women; and habitual or inconsistent practice of the method, observed in 48% of the group in study. After the implementation of interventions, statistically significant changes ( $p < 0.05$ ) occurred in the KAP surveys (immediately and after 60 days) among the participants in the experimental groups compared to the control group. In this context, we concluded that both educational interventions presented positive and similar effects on knowledge, attitude, and practice of COC users. Therefore, we identified that the implementation of nursing intervention in the form of individual educational strategy based on brochure is equally effective to the nursing intervention in a group educational strategy based on serial album for promoting consistent use of COC.

**Keywords:** Contraceptives Oral Combined. Health Knowledge. Attitudes, Practice, Health Education. Nursing.

---

---



## SUMÁRIO

---

---

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2 OBJETIVO</b> .....	14
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
<b>3 ESTADO DA ARTE</b> .....	15
<b>3.1 Estratégias educativas voltadas para contracepção em indivíduos em idade reprodutiva</b> .....	19
3.1.1 Sessões ou programas educativos .....	19
3.1.2 <i>Sessões educativas com abordagem familiar</i> .....	28
3.1.3 <i>Palestras</i> .....	32
3.1.4 <i>Tecnologia da comunicação</i> .....	34
3.1.5 <i>Folhetos educativos</i> .....	36
<b>3.2 Conhecimento, atitude e prática relacionados ao anticoncepcional oral combinado</b> .40	
3.2.1 Características gerais dos estudos selecionados .....	44
3.2.2 Caracterização sócio demográfica, estado de uso do AOC x Conhecimento, Atitude e Prática .....	45
3.2.2 Descrição dos resultados relacionados ao Conhecimento, Atitude e Prática voltados ao AOC.....	46
<b>4 MÉTODO</b> .....	55
4.1 Delineamento do estudo .....	55
4.2 Local e período de realização do estudo.....	55
4.3 População e amostra .....	56
4.4 Coleta de dados .....	58
4.4.1 1ª Etapa – Caracterização demográfica, socioeconômica, reprodutiva e informações sobre AOC e Inquérito CAP.....	61
4.4.2 2ª Etapa - Intervenção X <sub>1</sub> .....	64
4.4.3 2ª Etapa - Intervenção X <sub>2</sub> .....	65
4.4.4 3ª e 4ª Etapas – Momento Avaliativo.....	68
4.5 Gerenciamento de dados e análise estatística .....	68
4.6 Aspectos éticos .....	69
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	70
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	114

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE A - ÁLBUM SERIADO CONSTRUÍDO PARA APLICAÇÃO EM GRUPO EXPERIMENTAL 2.....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE B – FOLDER CONSTRUÍDO PARA APLICAÇÃO EM GRUPO EXPERIMENTAL 1 .....</b>	<b>140</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE D - INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE USUÁRIAS DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>148</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, ao se falar em métodos de regulação da fecundidade ou Métodos Anticoncepcionais (MAC), é praticamente intrínseca a associação com o uso da “pílula”, que constitui o anticoncepcional reversível de maior utilização no Brasil e no mundo. Mais de 100 milhões de mulheres são usuárias de Anticoncepcional Hormonal Oral (AHO) em todo planeta, destacando-se o Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) (CARRENO et al., 2006; MORRISON et al., 2004; VOGT; SHAEFER, 2011).

No Brasil, observa-se uma tendência ascendente de utilização do AOC, o que se constata em comparação realizada entre o resultado da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), em que 24,7% das mulheres unidas faziam uso do referido método (BRASIL, 2008), com o resultado da PNDS (1996), quando a prevalência de uso do mesmo método era de 20,7% (BEMFAM, 1997).

Os AOC são disponibilizados no mercado em diferentes apresentações, variando conforme a dosagem do hormônio estrogênico. Quando a dosagem de etinilestradiol for  $\leq 35$   $\mu\text{g}$  ou 0,035 mg de etinilestradiol, estes são definidos como de baixa dose (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 2010). Usualmente, as formulações contêm 21 ou 22 pílulas ativas com etinilestradiol (EE) e Levonogestrel (LNG). As cartelas com 28 pílulas oferecem sete pílulas de placebo, de cor diferente e que não contêm hormônios (BRASIL, 2010).

No Brasil, fica a cargo do Ministério da Saúde (MS), a compra e distribuição para os Estados dos AOC de baixa dose, com a composição etinilestradiol 0,03 mg associado à levonogestrel 0,15mg por pílula. Entretanto, as secretarias estaduais e municipais devem complementar a cota distribuída pelo MS. Essa dosagem hormonal adquirida pelo MS é a apresentação nacionalmente utilizada e a mais disponível nas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) do país. Assim sendo, é sobre este tipo de AOC que se deterá o presente estudo (BRASIL, 2010). Portanto, sempre que for referida a sigla AOC no texto que segue, entenda-se AOC de baixa dose.

A eficácia do AOC, bem como a redução de seus efeitos colaterais, depende do uso consistente por parte das usuárias. Menos de uma gravidez ocorrerá para cada cem mulheres, quando o uso do AOC ocorrer de forma correta. No uso típico ou habitual, até oito gravidezes podem ocorrer de forma não planejada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O uso consistente ocorre quando há uma prática correta. O uso típico ou habitual considera os aspectos individuais, culturais e sociais que podem contribuir para o uso

descuidado do método, englobando esquecimento das tomadas diárias dos comprimidos ou abandono do método por quaisquer motivos. A forma de utilização do método pode variar substancialmente em função de características como idade, renda, desejo das usuárias de prevenir ou adiar uma gravidez, e cultura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Para além dos fatores individuais supracitados, também é posto que o uso consistente do AOC pode ser afetado de forma positiva por uma interação profissional-cliente empática, em que se esclareça a usuária como usar eficazmente o MAC e como perceber as mudanças físicas, sexuais e emocionais saudáveis e não saudáveis. Isto proporciona um cuidado de qualidade, realça a satisfação das clientes e interfere de modo direto e saudável na aceitação e continuidade de uso do MAC (BRUCE, 1990) (MOURA, 2003).

Dissertação de Mestrado de minha autoria, que compôs um estudo avaliativo, transversal, realizado com 264 mulheres usuárias de AOC assistidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza, no Ceará, de março a julho de 2010, avaliou o perfil de uso de AOC e revelou que 19 (7,1%) usuárias tinham relato de falha do método, sendo que 15 (79%) atribuíam ao uso típico (esquecimento) e 30 (11,5%) mulheres apresentaram nível de conhecimento “nenhum” com relação aos critérios para uso consistente. Em outro estudo acerca do conhecimento sobre anticoncepcionais, realizou-se entrevista com 3.542 indivíduos de 15 anos de idade ou mais, em região sulista e observou-se, que apesar de 86,9% das participantes saberem que devem tomar uma pílula diariamente (no caso do AOC), 70% não referiu corretamente como proceder quando se esquecer de tomá-la (PANIZ; FASSA; SILVA, 2005). Também é posto que, apesar de a pílula estar entre os MAC mais citados ou conhecidos pelas mulheres, a qualidade desse “conhecimento” carece de avaliação. Isso porque há esporadicidade nas tomadas, o que afeta sua correta utilização e repercute em riscos para gravidez não planejada (SCHOR et al., 2000).

O desconhecimento vai além da forma de uso consistente do MAC (início ou continuidade de cartelas). Mulheres descontinuem seu uso por não discernir efeitos colaterais de reais contraindicações do método (PAZ; DITTERICH, 2009). Estas, pois, podem ser impelidas a descontinuar o MAC mediante a presença de efeitos colaterais comuns, pela falta de informação, comprometendo sua eficácia.

Todos esses aspectos, ora apresentados, expõem a baixa eficácia do método às usuárias, bem como a maior prevalência de efeitos colaterais e descontinuidade do uso. Assim, o uso típico, que também abrange o abandono do uso, pode levar as usuárias à gravidez não planejada e aos seus percalços (MOURA et al., 2008 ; AMÉRICO, 2010).

Estudo de abrangência regional constatou um número de 56 abortos (20,1%) entre 279 mulheres estudadas. Os autores ponderaram que pelo menos 50 % desses abortamentos foi decorrente de gestação não planejada que evoluiu para interrupção voluntária, denunciando a ineficácia das ações de Planejamento Familiar (PF) (MOURA et al, 2008).

Considerando a elevada prevalência de uso de AOC no país e a presença do uso típico por parcela significativa das usuárias, tomou-se este tema como objeto de pesquisa, reconhecendo-se ser relevante direcionar esforços, a fim de promover o uso consistente do AOC. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) oferece as recomendações necessárias ao uso consistente do AOC a serem adotadas pelas políticas públicas de saúde e serviços de planejamento familiar (BRASIL, 2010; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005).

Nesse contexto, as clientes devem receber informações adequadas para que possam tomar uma decisão voluntária e esclarecida quanto ao MAC. As informações dadas à cliente para ajudá-la na escolha, devem incluir: compreensão da eficácia relativa do método; uso correto do método; como o mesmo funciona; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios do método para a saúde; sinais e sintomas que necessitariam de um retorno ao serviço de saúde; informações quanto ao retorno à fertilidade após a interrupção do uso do método; e informações sobre prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Apesar de o conhecimento sobre o uso consistente de AOC estar tecnicamente disponível aos profissionais da saúde, conforme se mostrou anteriormente pelas normas e manuais técnicos nacionais (BRASIL, 2010) e internacionais (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DA SAÚDE, 2007) existentes, seu repasse às usuárias durante as consultas de enfermagem e médicas, ainda estão a desejar, uma vez que os encontros entre estes profissionais e clientes, na maioria das vezes, se limitam à dispensação do método. Na região deste estudo, autores têm chamado a atenção para essa realidade, ao alertar que, apesar de o PF se constituir em programa de saúde pública, não há rotina elaborada para sua efetivação no serviço de saúde. As atividades educativas com as usuárias de AOC são escassas; fato que confirma a pouca participação das mulheres para discussão sobre PF (MOURA, et al, 2008).

Pesquisa realizada em oito municípios cearenses investigou as causas da baixa oferta de ações de educação em saúde e a qualidade das ações desenvolvidas, por meio de entrevista e de observação participante das ações. As autoras identificaram como causas do déficit das práticas educativas, a alta demanda de usuárias interessadas em consultas, mostrando-se, muitas vezes, resistentes à participação nas ações educativas, valorizando o aspecto curativo

da assistência; a baixa cobertura da população pelas equipes da ESF, o que gera demandas reprimidas e sobrecarga profissional, com a alegativa de falta de tempo para realizar ações educativas; falta de área física e de material de apoio educativo para o desenvolvimento dessas ações, o que gera desmotivação profissional para executá-las; e outros profissionais afirmaram falta de habilidade para realizar tais ações, particularmente com grupos, revelando timidez e inibição. Quanto à qualidade das ações educativas realizadas em apenas dois dos oito municípios, foram observadas falhas, como: pouca troca de experiências entre os participantes; orientação pouco direcionada às necessidades do grupo; uso frequente de linguagem científica; repasse de informações desatualizadas e utilização inadequada do material de apoio (MOURA; SOUSA, 2002).

Muitas mulheres justificam suas escolhas anticonceptivas com base em sua própria experiência, recomendações de amigas, por imposição do parceiro ou de acordo com os MAC disponíveis no serviço de saúde. Outras selecionam o anticoncepcional oral entre os rótulos disponibilizados na farmácia, elegendo os de menor preço (MOREIRA; ARAÚJO, 2004). Essa realidade as torna vulneráveis ao uso inconsistente.

Para a mudança desse quadro, se fazem necessárias a criação e implementação de estratégias de educação em saúde eficazes e políticas públicas que as tornem funcionais, de modo que o alcance do uso consistente de AOC passe a constituir o cotidiano das usuárias e dos serviços de saúde. Esse pensamento é corroborado na afirmativa de que os programas educativos precisam ser ajustados de forma apropriada às necessidades de informação da população, tornando-se um processo eficiente para aquisição de conhecimentos, opiniões e mudanças de comportamentos por parte da clientela (KALIYAPERUMAL, 2004).

Estas estratégias devem extrapolar as palestras prontas e as orientações impositivas e repletas de termos técnicos, trazendo a cliente a refletir sobre seu papel no uso consistente do AOC, o que ela espera do método e o quanto a sua responsabilidade com o uso correto será importante para garantir o alcance de sua meta. Deve haver uma preocupação premente do profissional de saúde em contribuir para a ampliação das perspectivas do uso consistente do AOC por parte das clientes, mediante a difusão de estratégias educativas que agreguem os fatores como idade, renda, desejo das usuárias de prevenir ou adiar uma gravidez e cultura, identificados pela OMS como intervenientes ao uso adequado do método (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), e tantos outros que poderão estar imersos no imaginário das usuárias e que os profissionais de saúde desconhecem tendo a clientela assistida como agente ativo nesse processo.

Tendo estabelecido um direcionamento sobre quais aspectos merecem ser tratados na perspectiva da promoção do uso consistente do AOC e acreditando na eficácia das estratégias de educação em saúde para gerar conhecimento (saber), atitude (querer) e prática (fazer) voltados ao uso desse método, se faz, então, mister avaliar a eficácia de estratégias educativas com essa finalidade.

Presume-se que a avaliação de estratégias de educação em saúde que contemplem as principais lacunas do conhecimento relacionadas ao uso consistente do AOC tragam benefícios em importantes aspectos da promoção desse método à clientela:

- Fornecerá às mulheres oportunidade para aprender sobre o método minimizando as chances de falhas e de efeitos colaterais.
- Contribuirá para tomada de decisões no que concerne a implementação de estratégias de educação em saúde considerando eficácia e exequibilidade.
- Promoverá o uso racional dos AOC, política fomentada pelo Ministério da Saúde (MS) e que se define como a situação em que pacientes recebem medicamentos adequados às suas necessidades individuais (BRASIL, 2010).

A atuação do enfermeiro nesta perspectiva se torna imprescindível ao se considerar que é um atributo seu, na atenção básica, a implementação de práticas de educação em saúde, o que possibilita um cuidado direto ao indivíduo ou comunidade, desperta nas pessoas seu potencial de melhor bem-estar, participação e representação social, tendo o empoderamento de suas ações (SILVA, 2009).

Diante do exposto foi formulada a seguinte hipótese: a implementação de intervenção de Enfermagem na modalidade estratégia educativa individual apoiada em folder apresenta eficácia semelhante à intervenção de Enfermagem na modalidade estratégia educativa grupal apoiada em álbum seriado na promoção do uso consistente de AOC. Destarte, foram traçados os objetivos que se apresentam a seguir.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Avaliar a eficácia de intervenções de Enfermagem na modalidade estratégia educativa individual com apoio de folder e grupal com apoio de álbum seriado, voltadas para promoção do uso consistente de AOC;

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Comparar conhecimento, atitude e prática adquiridos por usuárias de AOC após as respectivas intervenções de Enfermagem no pós-teste imediato e com 60 dias da aplicação.
- Verificar associação entre variáveis demográficas, socioeconômicas, reprodutivas, tempo de uso do AOC e fonte de informação sobre o método com conhecimento, atitude e prática de usuárias de AOC no pré-teste, pós-teste imediato e com 60 dias das intervenções;
- Identificar variáveis demográficas, socioeconômicas, reprodutivas, tempo de uso do método e fonte de informações deste em usuárias de AOC.



### 3 ESTADO DA ARTE

Partindo-se da premissa de que estratégias de educação em saúde podem ser efetivas para aperfeiçoar o conhecimento de usuárias de MAC e favorecer atitude favorável e uso consistente do AOC, apresenta-se uma revisão integrativa da literatura com as evidências disponíveis no cenário nacional e internacional acerca das estratégias educativas que abordam a contracepção na idade reprodutiva.

Intenta-se com essa revisão apresentar para quais MAC se direcionam as estratégias de educação em saúde, quais as estratégias e meios utilizados para a efetivação da educação em saúde em diferentes países e quais foram os resultados de tais estratégias.

Explorar esse campo do conhecimento serviu para aprofundar o objeto de estudo da presente tese, pois forneceu subsídios teóricos e metodológicos para a elaboração do projeto de pesquisa. Ademais, ao se voltar para as estratégias educativas eficazes de contracepção, semelhantes as que foram aplicadas nesse estudo, configura-se o compromisso com os princípios da Enfermagem baseada em evidências.

A revisão integrativa da literatura é um método que possibilita abranger múltiplos estudos de uma área particular, tem um potencial para construir conhecimentos de enfermagem e produzir o saber de modo uniforme e fundamentado para uma prática clínica de qualidade, o que conseqüentemente fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para sua operacionalização, um protocolo foi estabelecido com as seguintes etapas: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos, considerando as características em comum; análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; discussão, interpretação e apresentação dos resultados (GANONG, 1987).

Estabeleceu-se a pergunta norteadora: quais as evidências disponíveis na literatura acerca das estratégias educativas que abordam a contracepção em indivíduos na idade reprodutiva?

A seleção dos estudos foi realizada em julho de 2012, sendo a consulta bibliográfica computadorizada realizada via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acessada pelo site <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. A BVS foi selecionada por ser uma base distribuidora de conhecimento científico e técnico em saúde, registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico, acessível de forma universal na *Internet* de modo compatível com as bases internacionais (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 1998).

Almejando-se alcançar um levantamento abrangente da literatura, que é propósito do método, não se limitou o fator tempo para a publicação dos estudos.

Foram utilizados os seguintes descritores controlados (DECS – Descritores em Ciências da Saúde e MeSH – Medical Subject Headings): “educação em saúde/health education” e “anticoncepção/contraception” de modo integrado. O resultado da busca encontra-se no Quadro 1.

A busca dos artigos foi realizada eletronicamente, sendo excluídos os estudos indisponíveis por via eletrônica e os artigos publicados em outros idiomas que não inglês, espanhol ou português. Os critérios de inclusão foram: abordagem da temática proposta para o estudo (educação em saúde e contracepção para indivíduos em idade reprodutiva) e ser um artigo original, publicado em periódicos.

Com a utilização dos descritores mencionados, a busca levou a 3.025 estudos. Refinando-a para textos completos, o novo número gerado foi de 307 artigos. Para a seleção desses estudos foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão a partir da leitura exaustiva dos títulos e resumos de cada artigo, sendo que quando estes não foram esclarecedores, foi feita a busca do artigo, evitando-se o risco de se excluir estudos relevantes. Dessa forma, 20 artigos foram selecionados. Estes foram lidos na íntegra para análise crítica. Para minimizar os vieses de seleção e análise, as etapas de busca, seleção e análise dos estudos foram feitas pela autora desta tese e por uma aluna do mesmo Curso de Doutorado, de maneira independente, com o posterior confronto e discussão.

Uma leitura geral dos artigos encontrados foi realizada, com a conferência no que tange ao escopo do protocolo estabelecido, sendo os dados dos estudos extraídos a partir da utilização de um instrumento que proporciona a extração padronizada dos dados de identificação, metodológicos, apresentação de resultados e conclusões de artigos científicos, adaptado para a finalidade deste estudo (URSI, 2005).

Quadro 1- Distribuição do número de artigos conforme busca realizada pelos descritores: “*health education*” and *contraception* na Biblioteca Virtual em Saúde, Jul. 2012.

Busca e seleção dos artigos	Nº. de artigos
<b>Produção encontrada</b>	3.025
<b>Excluídos pela indisponibilidade na íntegra</b>	2.718
<b>Excluídos por estarem repetidos</b>	1
<b>Excluídos por estarem fora da temática proposta para o estudo</b>	286
<b>Artigos selecionados</b>	20

Fonte: Elaborado pela autora

Dos 20 artigos analisados, a maior parte foi publicada em 2008 (5 ; 25%), o artigo mais atual data de 2011 (1; 5%) e o mais antigo de 1971(1; 5%). Foram encontrados artigos de diversos continentes, contudo, a maior parte dos artigos selecionados foi do Continente americano (11; 55%) seguido pelo europeu (5; 25%); asiático (3; 15% ) e africano (1; 5%).

Quanto aos níveis de evidência, que podem variar entre I e VII, a maior parte se caracterizou por estudos randomizados e controlados (nível II de evidência), cujo número correspondeu a (7; 35%) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Apesar de os estudos terem sido, majoritariamente, randomizados e controlados, uma diversidade de tipos de estudo, com diferentes níveis de evidências foram encontrados, quais sejam: revisão sistemática (nível I); estudos controlados com ou sem randomização (nível III); estudos caso-controle (nível IV) e estudos descritivos (nível VI) ( Quadro 2).

O Quadro 2 descreve sucintamente as estratégias educativas voltadas para contracepção encontradas nos artigos analisados. Diversos meios foram utilizados e sua eficácia avaliada para melhoria do conhecimento e/ou atitude e /ou prática contraceptiva, tanto em público adolescente, quanto em adultos (homens e /ou mulheres) em idade fértil. Dos 20 artigos analisados, 12 (60%) se voltaram para programas ou sessões educativas; 2 (10%) para palestras; 2 (10%) para visitas domiciliares; 2 (10%) para tecnologias da comunicação e outros 2 (10%) para utilização de panfletos. Uma descrição mais detalhada desses estudos se apresenta nos tópicos a seguir.

Quadro 2- Síntese das estratégias educativas selecionadas conforme busca realizada pelos descritores “*health education*” and *contraception* por país e nível de evidência na Biblioteca Virtual em Saúde. Jul., 2012.

País	Nível de evidência	Estratégia educativa proposta
<b>Espanha</b>	VI	Sessão de formação sobre os Métodos Anticoncepcionais (MAC) com enfoque no preservativo feminino. Utilizou-se de modelo anatômico feminino (vagina de silicone) como apoio ilustrativo e entrega de preservativo feminino como parte da estratégia (LAMEIRAS et al., 2011)
<b>Cuba</b>	III	Intervenção educativa composta por três etapas: diagnóstica, educativa e avaliativa. Etapa diagnóstica: explicação do motivo do estudo e realização de pré-teste abordando anticoncepção; Etapa educativa: uso de técnicas educativas com aplicação de módulos com técnicas participativas; e etapa de avaliação: pós-teste (HERNÁNDEZ et al., 2010)
<b>Estados Unidos</b>	II	Educação em saúde realizada por meio de ligações telefônicas abordando o uso do Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) e do preservativo masculino (KIRBY et al., 2010)
<b>Brasil</b>	III	Programa de Educação Afetivo-Sexual (PEAS) sobre sexualidade e saúde reprodutiva para adolescentes, no qual estes elaboraram ações educativas, tais como a elaboração de programas de rádio, jornais escolares, peças teatrais, oficinas e projetos de pesquisa (ANDRADE et al., 2009).
<b>Estados Unidos</b>	II	Aconselhamento informatizado sobre Contracepção de Emergência (CE) e fornecimento da medicação (CE). Após seis meses, pesquisa de acompanhamento por meio do telefone (SCHWARZ, BARBARA; RALPH, 2008).
<b>Cuba</b>	III	Intervenção educativa baseada em atividades teóricas e práticas apoiada por palestras (SUÁREZ; MOSQUERA; VELA, 2008).
<b>Brasil</b>	VI	Estratégia grupal que se utilizou da apresentação de um conjunto de "mitos", "realidades" e "desafios", como questões disparadoras do debate com oito médicos residentes (SANTOS; VIEIRA, 2008).
<b>Reino Unido</b>	II	Programa educativo constituído por três sessões que abordaram relacionamento, DST e MAC. Consistiu na utilização de jogo interativo do tipo Quiz (certo ou errado) e modelo anatômico peniano, que serviu de apoio para demonstração de colocação do preservativo (STEPHENSON et al., 2008).
<b>Estados Unidos</b>	II	Aconselhamento domiciliar em planejamento familiar realizado por enfermeiras junto a mulheres triadas por encaminhamentos de programas de saúde comunitários e serviços locais. Na intervenção A houve aconselhamento e entrega do método. Na intervenção B houve aconselhamento sem entrega do método (MELNIC et al., 2008).
<b>China</b>	III	Intervenção educativa por meio de palestras, com apoio da entrega de cartilha para cada participante, interrogação do conhecimento pela aplicação de um questionário, fornecimento de contraceptivos e aconselhamento (QIAN et al., 2010).
<b>Brasil</b>	IV	Implantação de programas curriculares de educação sexual e cidadania envolvendo professores e adolescentes multiplicadores (intervenção não relatada com detalhes) (DÍAZ et al., 2005).
<b>Espanha</b>	III	Concurso de mensagens publicitárias entre alunos de cinco instituições de ensino supervisionado por um professor e realização de palestras educativas sobre contracepção e DSTs (PÉRES et al., 2005).
<b>Libano, Nepal e Peru</b>	I	Estudos clínicos para favorecer o uso de MACs, com utilização de material escrito, vídeos, abordagem individual ou grupal (HILLER; GRIFFITH; JENNER, 2002).
<b>México</b>	II	Utilização de cavalete com cartaz como apoio para sessões educativas (com 20 minutos de duração) e uso de modelo anatômico peniano para demonstração da colocação do preservativo masculino (LAZCANO et al., 2000).
<b>País</b>	Nível de evidência	Estratégia educativa proposta

<b>Jamaica</b>	III	Implantação do Projeto Grau 7, um programa de educação sexual e familiar para jovens adolescentes por meio de palestras em sala de aula, apoiados por recursos visuais e sessões de perguntas e respostas (EGGLESTON et al., 2000).
<b>Inglaterra</b>	II	Estratégia fundamentada em perguntas interativas e em folhetos educativos (LITTLE et al., 1998).
<b>Nepal</b>	I	Sessões educativas individuais realizadas em hospital e domicílio. Utilizou-se palavras chave para iniciar a discussão com auxílio de cavaletes e cartazes desenvolvidos por artistas locais abordando a importância em reiniciar contracepção até 8 semanas após o nascimento, a localização da clínica de planejamento familiar mais próxima e a escolha dos MACs no puerpério (BOLAM et al., 1998).
<b>Inglaterra</b>	III	Utilização de panfletos informativos sobre anticoncepcional oral combinado e pílula de emergência. (SMITH; WHITFIELD, 1995).
<b>Etiópia</b>	II	Educação em saúde no domicílio sobre planejamento familiar com fornecimento de MAC, como duas cartelas de pílulas, 24 preservativos ou um DIU de cobre-T para ser levado ao centro de saúde para inserção (TEREFE; LARSON, 1993).
<b>Estados Unidos</b>	VI	Curso sobre "Tópicos em Sexualidade Humana" no qual foram utilizadas palestras, discussões em grupo, apresentação de filmes e distribuição de livros sobre a temática (SARREL; COPLIN, 1971).

Fonte: Elaborado pela autora.

### **3.1 Estratégias educativas voltadas para contracepção em indivíduos em idade reprodutiva**

#### *3.1.1 Sessões ou programas educativos*

As sessões ou programas educativos dialogais e participativos foram os principais métodos propostos para educação em saúde (12; 60%). Desses, quase a totalidade (11; 55%) foi desenvolvida mediante abordagem grupal e em um estudo (5%) foram realizadas sessões educativas de modo individual.

A maior parte dos estudos teve o adolescente como público-alvo. Seus resultados são úteis para mostrar que o investimento na implementação da educação sexual nas escolas tem um retorno muito positivo na superação da resistência à educação sexual no sistema escolar (ANDRADE et al., 2009).

Hernandez et al. (2010) realizaram estudo em Cuba no período compreendido entre setembro de 2005 a junho de 2006 cujo objetivo foi melhorar o nível de conhecimento sobre anticoncepção de 136 adolescentes (de ambos os sexos) em escola de nível médio. Assim como Lameiras et al. (2011), esses autores se valeram de etapas formativas e avaliativas, além de uma etapa diagnóstica anterior. Tais etapas não foram detalhadas pelos autores, mas os resultados da intervenção foram descritos.

Através de sessões educativas se ponderou o conhecimento dos participantes antes e após a realização da intervenção. Para isso, utilizou-se pré e pós-teste. O tempo requerido para

realização do pós-teste não foi descrito. A utilização da intervenção educativa permitiu elevar o nível de conhecimento de um número de adolescentes, com predomínio para o sexo feminino. Neste estudo, se observou que 78 adolescentes modificaram e melhoraram seus conhecimentos além de terem se tornado novos promotores de saúde. Os MAC abordados nas sessões não foram relatados pelos autores.

Achados semelhantes com melhora do conhecimento sobre os MAC pós-intervenção foram observados em estudo quase-experimental realizado com 256 jovens calouros do curso de Tecnologia da Saúde do município de Morón-Cuba (SUÁREZ; MOSQUERA; VELA, 2008). Neste estudo foi implementada uma intervenção educativa que consistiu em atividades teóricas e práticas, apoiada por palestras com o objetivo de elevar o nível de conhecimento sobre o uso de MAC. Antes da intervenção, 53,5% dos jovens tinham avaliações pobres, seguido pela categoria regular em 31,6%. Muitos eram os MAC que os jovens cubanos participantes pouco sabiam, observando categoria “deficiente” de 56,1% no sexo masculino e 52,3% no sexo feminino (SUÁREZ; MOSQUERA; VELA, 2008).

Após a aplicação da intervenção educativa 76,5% dos estudantes alcançaram a categoria “bom” ao final do estudo ( $p = 0,0003$ ). As palestras foram importantes para a mudança de comportamento dos jovens, alcançando um maior nível de conhecimento sobre as consequências da não utilização dos métodos (SUÁREZ; MOSQUERA; VELA, 2008).

A intervenção educativa com base em atividades teóricas e práticas e apoiada por palestras elevou o nível de conhecimento sobre o uso de MAC entre os jovens.

Outro estudo avaliou as possíveis alterações no comportamento sexual de adolescentes que participaram de um programa de educação sexual em escolas públicas de quatro municípios de Minas Gerais, Brasil. Tal programa foi desenvolvido pela Fundação Odebrecht e, em 2000, foi implantado pela Fundação Belga, uma organização privada sem fins lucrativos. Um total de 4.795 questionários de alunos que se encontravam entre a 6ª e 8ª série foram preenchidos. Este estudo ofereceu informação objetiva e atualizada sobre a sexualidade e saúde reprodutiva (ANDRADE et al., 2009).

As atividades do programa foram desenvolvidas dentro e fora da sala de aula durante todo o ano letivo e promoveu a seleção de temas para discussão, bem como o desenvolvimento de projetos de pesquisa. O programa integrou os profissionais de educação e saúde, as famílias dos alunos e da comunidade local. Mais de 350 profissionais de quatro municípios envolvidos participaram de um programa de treinamento de 80 horas entre agosto de 2000 e abril de 2003. Após o treinamento, os professores ajudaram os adolescentes a elaborarem projetos relacionados com os temas de sexualidade e saúde reprodutiva por meio

de elaboração de programas de rádio, jornais escolares, peças teatrais, oficinas e projetos de pesquisa (ANDRADE et al., 2009).

A proporção de estudantes que usavam preservativos e contracepção moderna foi de 10% ou mais após a intervenção nas escolas que participaram do programa. Não houve diferença na idade da iniciação sexual. Também não houve diferença na proporção de estudantes que haviam se envolvido em práticas sexuais. A análise de regressão logística multivariada também demonstrou que a *Odds Ratio* (OR) para o uso de preservativos de forma consistente com um parceiro casual aumentou mais de duas vezes após a intervenção entre os alunos do programa. Apesar de um aumento de 82% no uso consistente do preservativo com parceiro fixo, não foi observado significância estatística. Por outro lado, a participação nas atividades do programa levou a um aumento de 68% em uso de MAC modernos pelos estudantes na última relação sexual (ANDRADE et al., 2009).

Os resultados deste estudo confirmam que os programas de educação sexual podem ser eficazes em gerar mudanças positivas, tais como um aumento de preservativos e uso de contraceptivos no comportamento sexual de adolescentes orientados por esses programas.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo quase-experimental desenvolvido com 945 alunos de 10 escolas jamaicanas, sendo 490 do sexo feminino e 455 do sexo masculino. Neste estudo, foi implementado um programa de educação sexual na escola, o Projeto Grau 7, objetivando medir os efeitos da intervenção em nove meses (em curto prazo) e um ano depois (em longo prazo). Este programa tinha como finalidade adiar o início das relações sexuais entre adolescentes jovens e incentivar o planejamento familiar entre aqueles que optassem por se tornar sexualmente ativos, fornecendo informações sobre sexualidade, saúde reprodutiva e planejamento familiar (EGGLESTON et al., 2000).

A intervenção educativa foi facilitada por conselheiras educadoras femininas, que conduziram as sessões do programa, uma vez por semana, ao longo do ano letivo (cerca de nove meses). Cada sessão durou aproximadamente 45 minutos. O tamanho da classe variou de 30 a 60 alunos. As facilitadoras realizaram palestras em sala de aula, apoiadas por recursos visuais e sessões de perguntas e respostas. Além disso, pequenos grupos de discussões foram realizados durante algumas sessões. Conselheiras educadoras esclareceram mitos sobre planejamento familiar, DST e gravidez, além de explorar os riscos e as consequências da atividade sexual e gravidez entre adolescentes jovens. Também foram discutidas as mensagens que os adolescentes recebem de seus pares, família e os meios de comunicação sobre sexo e paternidade na adolescência (EGGLESTON et al., 2000).

Encontrou-se que o projeto não teve efeito sobre o adiamento da iniciação sexual, mas exerceu um impacto positivo em curto prazo sobre o uso de MAC na primeira relação sexual ( $p = 0,08$ ); adolescentes no grupo de intervenção foram duas vezes mais propensos a realizar o referido cuidado. O projeto também teve uma influência positiva em curto prazo nos aspectos de conhecimento dos adolescentes e atitudes sobre sexualidade e gravidez. (EGGLESTON et al., 2000).

Entende-se, portanto, que programas de educação sexual podem ser eficazes em gerar mudanças positivas no comportamento sexual de adolescentes, notadamente no que diz respeito a adesão ao uso de MAC. Resultados de estudo longitudinal fornecem evidências de que métodos de ensino didático, utilizando métodos mais participativos, podem resultar em uma maior influência sobre os participantes e que turmas menores também podem aumentar o impacto dos programas de educação sexual e podem facilitar a utilização de métodos participativos de ensino (EGGLESTON et al., 2000). Outros estudos demonstram que os alunos lembram-se mais das atividades que requerem sua participação ativa do que daqueles que simplesmente obriga-os a ouvir (KIRBY et al., 1994; WILSON; MPARADZI, 1992).

Outro estudo realizado com estudantes universitários nos Estados Unidos envolveu uma intervenção educativa sobre educação sexual. Participaram 500 estudantes oriundos de várias universidades americanas. A intervenção educativa baseava-se em uma ministração de um curso sobre "Tópicos em Sexualidade Humana". Foram realizadas de 6 a 8 palestras noturnas que abordaram áreas básicas como desenvolvimento psicossocial, relações interpessoais, resposta sexual, gravidez e nascimento, contracepção e aborto. Durante a intervenção eram apresentados filmes. Casais que recentemente haviam tido bebê foram convidados a vir e discutir suas experiências, havia discussão em grupo e distribuição de livros sobre a temática (SARREL; COPLIN, 1971).

Experiências positivas foram relatadas pelos estudantes que participaram do curso. Um dos primeiros alunos do curso, casado e na pós-graduação, comentou: "Antes do curso, eu senti que eu nunca teria um bebê e, portanto, nunca deveria casar. Minha atitude mudou completamente. Agora estou casado, muito feliz, e ansioso para ter filhos quando estivermos prontos para eles" (SARREL; COPLIN, 1971).

Não obstante a era atual de "esclarecimento sexual", discussões em grupo confirmam que as experiências negativas sexuais são comuns entre os estudantes. Primeira relação sexual é, por vezes, decepcionante e, ocasionalmente, uma traumática experiência. Masturbação não raro descoberta e punida na infância ainda é uma prática de culpa para alguns. A contracepção



é "suja". Como resultado, existe a necessidade de trabalhar essas experiências (SARREL; COPLIN, 1971).

Os resultados do estudo de Sarrel e Coplin (1971) indicaram que os estudantes que fizeram o curso tiveram maior conhecimento e menor experiência de sexo do que estudantes no grupo controle, que não fizeram o curso. Neste quesito, houve diferença nos resultados encontrados por Andrade et al (2009) e Eggleston et al (2000), quando estes não encontraram diferenças significativas quanto a sexarca ou experiências sexuais.

Kirby, Larys e Rolleri (2007) ressaltaram que programas de educação sexual não incentivam práticas sexuais. Estes achados podem ajudar a reduzir a resistência a esses programas por aqueles que expressam a preocupação de que a educação sexual estimula a atividade sexual, uma vez que não há nenhuma evidência sobre a qual basear essa crença (ANDRADE et al., 2009).

Ainda considerando o público adolescente como alvo para a implementação de estratégias educativas voltadas à sexualidade e reprodução, Díaz et al. (2005) avaliaram o resultado de três modelos de educação sexual e cidadania no conhecimento, atitude e comportamento de adolescentes brasileiros.

No estudo de Díaz et al. (2005) os programas avaliados tiveram quatro anos de duração e foram desenvolvidos em três diferentes áreas geográficas do Brasil (Belo Horizonte, Salvador e Rio de Janeiro). Neste estudo, os adolescentes foram treinados para serem facilitadores das sessões educativas.

As variáveis consideradas para avaliar o conhecimento versaram sobre sexualidade, fisiologia reprodutiva, contracepção e DST. A atitude foi investigada quanto ao sentimento de vergonha ao se falar sobre a sexualidade. Tais variáveis foram exploradas mediante aplicação da metodologia Conhecimento, Atitude e Prática entre as escolas que receberam os programas educativos e as que não receberam.

Como resultado obteve-se que adolescentes que participam do programa de educação sexual em Salvador tiveram um melhor conhecimento sobre sexualidade do que os controles. Adolescentes participantes das três cidades apresentaram significativamente maior conhecimento da fisiologia reprodutiva do que os controles, com o *odds ratio* variando desde 1,60 - 1,79. Adolescentes que participaram do programa no Rio de Janeiro e Salvador expressaram atitudes mais positivas em relação à sexualidade quando comparados ao controle. O relato de uso de MAC foi quase duas vezes mais frequente entre os adolescentes que participam do programa de educação sexual na cidade de Salvador.

Os três programas de educação sexual mostraram-se capazes de melhorar o conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e fisiologia reprodutiva. Em Salvador, houve melhora na atitude dos participantes em relação à sexualidade, além de contribuir para a adoção de MAC modernos pelos adolescentes sexualmente ativos (DÍAZ et al., 2005).

Apesar dos três programas ora descritos terem avaliado a efetividade de programas educativos em um público adolescente e terem convocado e treinado adolescentes para serem facilitadores de tais estratégias, os autores ponderaram alguns fatores como intervenientes na maior ou menor efetividade dos programas nas três cidades, a saber: o programa de Belo Horizonte não envolveu profissionais de saúde ou centros de saúde em sua estratégia de implementação, enquanto que uma parceria foi estabelecida entre centros de saúde e as escolas das outras duas cidades. Outra diferença marcante entre o programa de Salvador e os outros dois foi a sua forte ênfase no envolvimento dos participantes em atividades criativas como teatro e dramatização (DÍAZ et al., 2005).

Assim como no estudo de Díaz et al. (2005), Stephenson et al. (2008) realizaram na Inglaterra, um estudo experimental com adolescentes (n= 4776) de 27 escolas. A intervenção educativa se deu mediante implementação de um programa de educação sexual caracterizado por um treinamento inicial dos facilitadores, que eram alunos de 18 a 19 anos, por um período de quatro meses. Após esse treinamento, iniciaram-se as sessões educativas (ao todo foram três sessões, com uma hora de duração cada).

Os temas abordados na primeira sessão foram: parceiro ideal, palavriado sexual e persuasão para o sexo sem uso de preservativo. Após o encontro destinado para discussão, a segunda sessão da estratégia educativa se voltou para realização de jogos e dinâmicas abordando DST. A terceira sessão abordou camisinha e contracepção, em que situações foram criadas para discussão em grupo e dinâmicas foram aplicadas abordando contracepção em um quiz de verdadeiro ou falso.

No estudo de Stephenson et al. (2008) intentou-se minimizar, a partir de uma estratégia educativa e acompanhamento em longo prazo, as taxas de gravidez na adolescência. Para tanto, os referidos autores acreditaram que a formação de adolescentes facilitadores poderia favorecer o resultado almejado.

Os resultados do estudo mostraram que a proporção de garotas que tiveram um ou mais abortos antes dos 20 anos de idade foi semelhante tanto no grupo de alunos que recebeu intervenção, quanto no grupo que não recebeu (grupo de intervenção: intervalo de confiança de 95% = 4 - 6,3%); (controle: intervalo de confiança de 95% = 4 - 6,4%).

Não houve diferença significativa entre os grupos de intervenção e controle dos adolescentes de ambos os sexos quanto ao relato de sexo desprotegido, arrependimento após relação sexual, e diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, os adolescentes consideraram fator positivo a aplicação das sessões ter sido facilitada por adolescentes, que usaram linguagem familiar, não foram moralistas e fizeram sessões educativas divertidas.

Destarte, direcionando o olhar para o público adulto, viu-se que a preocupação premente dos autores se voltou para a utilização correta dos MAC, por meio de uma decisão consciente e deliberada por parte dos usuários. É esperado que o enfoque das estratégias educativas para os adultos se modifique, pois estes (em sua maioria), já utilizam algum tipo de MAC, por isso a ênfase deve ocorrer para a sua adequada continuidade, sem quaisquer contraindicações ou insatisfações quanto ao uso. Viu-se também que houve diferentes objetos de estudo nas pesquisas voltadas para adultos e os MAC explorados foram preservativo feminino (LAMEIRAS et al., 2011), Dispositivo Intra Uterino (DIU), métodos hormonais (LAZCANO et al., 2000) e Lactação com Amenorréia (LAM) (HILLER; GRIFFITH; JENNER, 2002).

Os estudos doravante apresentados também contemplaram a formação de facilitadores, para que estes bem desempenhassem as estratégias educativas. Contudo, diferentemente de Lameiras et al. (2011) e Hernandez (2010), os autores direcionaram treinamentos para médicos ou enfermeiros (LAZCANO et al., 2000; SANTOS; VIEIRA, 2008).

Lameiras et al. (2011) avaliaram o uso do preservativo feminino após um programa de educação sexual. Tal programa foi desenvolvido na Espanha, em 2007, em um Campus Universitário. Foram convocados nove grupos focais, constituídos por 45 casais. Este estudo realizou sessões formativas e avaliativas sobre os diferentes métodos de contracepção e prevenção de DST, com especial atenção para o preservativo feminino. Para este MAC utilizou-se modelo anatômico (uma vagina de silicone). Após as sessões formativas, orientava-se os participantes a usar o método e aprazava-se encontro após um mês, para avaliar a aceitabilidade e satisfação do método. Ao todo, foram desenvolvidas três sessões de treinamento (formativas) e três avaliativas. No final de cada sessão formativa (três) foram entregues quatro preservativos femininos de poliuretano.

Os benefícios associados à utilização do preservativo feminino foram mais identificados pelas mulheres do que pelos homens. Dentre as principais vantagens consideradas pelas mulheres destacaram-se: maior confiança na relação sexual devido à resistência ao atrito; paz de espírito em relação a proteção na relação sexual; maior

sensibilidade e condutividade térmica que os preservativos masculinos; possibilidade de uso oito horas antes da relação; sexo oral protegido; relação sexual na menstruação e menor risco de alergia ao poliuretano quando comparado ao látex do condom (LAMEIRAS et al., 2011).

Obstáculos também foram percebidos pelas participantes no estudo de Lameiras et al. (2011), a saber: o ruído produzido pelo preservativo durante o ato sexual, seu preço, estética e o difícil acesso ao método.

Lazcano et al. (2000) estudaram o poder da informação e escolha contraceptiva em um serviço de planejamento familiar no México. A finalidade dessa pesquisa foi determinar o efeito combinado de fornecer informações sobre DIU, AOC e preservativos e a escolha dos clientes na seleção correta/ sem contra-indicação do DIU para contracepção (o que ocorreria na vigência de infecção gonocócica ou por clamídia). Três enfermeiras foram treinadas para a realização de uma sessão educativa com vinte minutos de duração e utilização de cavalete com cartazes, modelo peniano, antes de as mulheres serem submetidas a um exame vaginal e coleta para bacterioscopia. As participantes (n = 2107) responderam a um questionário que contemplou estado reprodutivo e contraceptivo, depois passaram por exame médico e triagem para DST. Após dois meses, voltaram ao serviço para escolher, receber o MAC e pegar o resultado do exame.

Durante as intervenções, as mulheres foram encorajadas a fazer perguntas e as enfermeiras explanaram as características do preservativo masculino e feminino, do DIU e do AOC. Foi abordado também o risco de DST e a proteção que pode ou não ser conferida com os MACs.

Das mulheres estudadas, 44 tiveram gonorreia ou clamídia. Mas, as mulheres do grupo de intervenção erraram menos que as mulheres do grupo controle ao escolher o DIU como MAC na vigência de infecção. Das mulheres infectadas no grupo de intervenção, 47,8% escolheram inapropriadamente o DIU, enquanto que das infectadas no grupo controle, 95,2% aceitaram DIU como método ( $p= 0.0006$ ). As análises de mulheres infectadas demonstraram um efeito protetor significativo da intervenção contra inadequada seleção do DIU.

Hiller, Griffith e Jenner (2002), por meio de uma revisão sistemática da literatura, avaliaram estudos clínicos controlados que utilizaram métodos de designação aleatória e que examinaram a educação pós-parto personalizada ou grupal a puérperas para o uso de MACs.

Consideraram-se elegíveis para inclusão aqueles estudos que avaliaram a educação proporcionada durante o puerpério para favorecer a prática da anticoncepção, incluindo a Lactação com Amenorréia (LAM). As estratégias educativas se valeram de diferentes métodos educativos, tais como material escrito e vídeos cassetes.

Identificaram-se três estudos clínicos realizados no Líbano, Nepal e Peru, onde se incluíram 5.438 mulheres. Foi visto que a educação pós-parto influenciou o uso de MAC em curto prazo (entre 40 dias e três meses pós-parto). A probabilidade das mulheres que receberam a intervenção não usarem MAC foi menor do que as que não receberam (*Odds Ratio* [OR]: 0,47; intervalo de confiança [IC] 95%: 0,39 a 0,58). Contudo, nos estudos analisados, não houve benefício relacionado ao uso de MACs nos seis primeiros meses de pós-parto. Em nenhum dos estudos se avaliou as gravidezes não planejadas, o conhecimento sobre anticoncepção e a satisfação com o método. Os autores concluíram que ainda resta determinar em estudos clínicos a efetividade da educação pós-parto sobre anticoncepção. Existem escassos estudos que examinem um efeito mais importante em longo prazo relacionado com a prevenção de gestações não planejadas.

Sob um outro enfoque, Santos e Viera (2008) desenvolveram um estudo descritivo de abordagem qualitativa nas dependências da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo-Brasil, com oito médicos residentes do Programa de Residência Médica em Saúde Comunitária e Medicina da Família, sendo cinco homens e três mulheres. Neste estudo foi realizada uma estratégia de dinâmica grupal (oficina pedagógica) coordenada por uma médica especialista em saúde reprodutiva. Essa estratégia consistiu em apresentar um conjunto de "mitos", "realidades" e "desafios" sobre contracepção, como questões disparadoras para debate, provocando a livre circulação de ideias no grupo. A sessão de grupo durou em torno de uma hora e 15 minutos. Propôs-se um jogo do tipo charada para categorizar 15 afirmações escritas, sorteadas de um recipiente. Cada participante lia em voz alta uma afirmação que poderia ser categorizada como "mito", "realidade" ou "desafio".

A intervenção propiciou aos médicos a oportunidade de falarem e, ao mesmo tempo, ouvirem uns aos outros e socializarem suas experiências, preocupações e necessidades que surgem durante a consulta. Esse espaço de escuta é um dispositivo potente para sensibilizar o profissional acerca da importância de oferecer uma abertura genuína e empática ao outro, no exercício de um acolhimento gentil que valoriza as narrativas e a experiência relacional (SANTOS; VIEIRA, 2008).

Os profissionais, ao final da intervenção, pareceram mais sensíveis à possibilidade de escutar e acolher as dúvidas e perguntas das pacientes, construindo possibilidades de conversação sobre a temática sexual sem pretensão de juízo moral. Conscientes do enorme desafio que é ultrapassar a visão tecnicista perderam o medo de ouvir e sair do lugar do especialista, abdicando do poder imaginário que, de forma velada ou explícita, deseja normatizar a sexualidade do outro, sob pretexto de "fazer o bem" (SANTOS; VIEIRA, 2008).

A estratégia mostrou-se apropriada para o alcance do objetivo de sensibilizar os profissionais para a escuta das questões de sexualidade que subjazem à orientação para a contraceção. O caráter informal e lúdico da atividade encontrou ampla receptividade junto aos médicos residentes, que puderam se sentir respeitados e valorizados em suas opiniões.

### *3.1.2 Sessões educativas com abordagem domiciliar*

A abordagem domiciliar foi vista em três estudos, desenvolvidos nos Estados Unidos (2008), Nepal (1998) e Etiópia (1993). Em dois dos estudos houve convergência quanto ao aconselhamento domiciliar em planejamento familiar acompanhado ou não da entrega de MAC ao final da visita (BOLAM et al., 1998; MELNIC et al., 2008; TEREFE; LARSON, 1993;).

Em Oregon (EUA), Melnic et al. (2008) realizaram estudo que avaliou o efeito das visitas domiciliares para o aconselhamento em Planejamento Familiar realizado por enfermeiras. Os fatores investigados foram as barreiras percebidas para o uso de MAC e alta eficácia de contraceptivos. Participaram do estudo 113 mulheres. Durante as visitas domiciliares, procederam-se duas intervenções: na intervenção A, houve aconselhamento e entrega de método anticoncepcional hormonal de escolha da participante junto com preservativos. Na intervenção B, houve aconselhamento sem entrega de método hormonal.

Os tópicos trabalhados no aconselhamento de ambos os grupos foram: ciclo reprodutivo da mulher, funcionamento dos métodos contraceptivos, diferentes formas de contraceção incluindo os métodos comportamentais, de barreira e hormonais, doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção. Foi também mensurada a habilidade para o controle da natalidade, o que foi feito mediante utilização de 15 itens *Likert*. A auto-eficácia para uso de MAC também foi medida por meio de itens *Likert*.

O tempo requerido para as intervenções A e B foram respectivamente de 60 e 36 minutos. Depois de todas as participantes, em ambos os grupos de intervenção, completarem o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, houve aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis, prevenção da gravidez e entrega de preservativos juntamente com cartão informativo sobre serviços locais de saúde e planejamento familiar. Como material educativo de suporte, utilizou-se ilustrações sobre o trato reprodutor feminino. As mulheres do grupo A receberam por três meses o MAC de sua escolha e puderam recorrer à clínica para acompanhamento sem qualquer custo.

Após a visita domiciliária, a cada dois meses, um pesquisador assistente entrava em contato com as participantes de ambos os grupos somente para coletar informações sobre possíveis mudanças de endereço ou novos contatos telefônicos. Após 12 meses é que houve uma segunda visita à casa das participantes para uma segunda aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Como barreiras percebidas pelas mulheres para uso de MAC foram relatadas: Limitação de tempo ( $\alpha = 0.79$ ); Desconforto/embaraço ( $\alpha = 0.74$ ); Inconveniência ( $\alpha = 0.60$ ) e Custo ( $\alpha = 0.64$ ). Com relação ao valor na linha de base, o grupo de intervenção A teve reduções significativas em três dos quatro fatores de barreira, quais sejam: limitações de tempo ( $p = 0,001$ ), inconveniência ( $p = 0,02$ ) e custo ( $p = 0,001$ ). No grupo de intervenção B houve diminuições significativas somente no fator inconveniência ( $p = 0,04$ ). Nenhum dos dois grupos apresentaram uma redução significativa na subescala de desconforto / embaraço. Quando ambos os grupos foram combinados, houve aumentos significativos nas subescalas de auto-eficácia, habilidade (fator 3,28 vs 3,83,  $p < 0,001$ ) e prevenção da gravidez (3,62 vs 4,13,  $p < 0,001$ ).

Melnic et al. (2008) estavam particularmente interessados no efeito da visita domiciliar por enfermeiras na redução das barreiras psicológicas e sociais que impedem o uso bem sucedido de contracepção.

Seus resultados demonstraram que ambos os grupos de intervenção melhoraram a sua auto-eficácia no uso de contracepção. Além disso, as mulheres em ambos grupos relataram uma diminuição em barreiras sociais para o acesso contraceptivo. Quando analisados separadamente, encontrou-se redução nas limitações de tempo e custo estatisticamente significantes para a intervenção A. Os autores ponderaram ser possível que o recebimento dos métodos anticoncepcionais na visita domiciliar resultou em percepções mais favoráveis de custo contraceptivo, bem como o tempo necessário para obtê-los.

Terefe e Larson (1993) avaliaram o uso de MACs modernos por casais que recebiam educação de planejamento em domicílio. A visita domiciliária foi realizada por oito assistentes de saúde do sexo feminino às mulheres residentes, entre 15 a 49 anos, em Kotebe, distrito da Etiópia. As visitas eram realizadas no início da noite e aos fins de semana, o que facilitava a programação com os maridos do grupo experimental. No domicílio era realizado educação em saúde sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos modernos tanto para a esposa sozinha (grupo controle) como para a esposa e o marido (grupo experimental). O conteúdo da educação era focado nas vantagens do planejamento familiar como um meio de prevenção da gravidez indesejada e parto, espaçamento entre os nascimentos e controle do

tamanho da família. Assistentes de saúde discutiam as vantagens do espaçamento entre os partos para a mãe, filhos e família. Foi realizado uma explicação sobre os métodos contraceptivos pílula anticoncepcional, DIU e preservativos, bem como uma comparação da eficácia dos métodos modernos com os métodos contraceptivos tradicionais. No máximo duas visitas eram realizadas. Casais que pretendiam iniciar métodos modernos eram esclarecidos. Ao término da visita, se solicitado pelo casal, era fornecido métodos contraceptivos, como duas cartelas de pílulas anticoncepcionais, duas dúzias de preservativos ou um DIU de cobre-T.

Não houve diferenças significativas entre os grupos com relação ao conhecimento e atitude sobre planejamento familiar. 15% das mulheres não tinha ouvido falar sobre os métodos contraceptivos modernos, enquanto cerca de 40% sabiam somente sobre um único método moderno: a pílula anticoncepcional. Maridos geralmente apoiavam a necessidade de planejamento familiar (57% no controle e 69% no grupo experimental). Após a intervenção, 47 % (n= 125) do grupo experimental *versus* 33,0% (n = 86) das mulheres do grupo controle decidiram iniciar o uso de um método contraceptivo moderno (Risco Relativo [RR] = 1,42, 95% intervalo de confiança [IC] = 1,15, 1,76. Em mais de 90% dos casos, a pílula foi o método escolhido para o controle da natalidade. Dois meses após a intervenção foi confirmado que aproximadamente metade de todos os casais que haviam declarado sua intenção de iniciar o método contraceptivo moderno não estavam usando. A prática da contracepção com 2 meses foi verificada em apenas 24,7% (n = 66) do grupo experimental e 15,3% (n = 40) dos indivíduos do grupo controle (RR = 1,61, 95% CI = 1,13, 2,30) (TEREFE; LARSON, 1993).

Foram estudadas as práticas contraceptivas dos indivíduos que foram seguidos com sucesso 12 meses após a visita domiciliar. Sujeitos do grupo experimental eram menos propensos a abandonarem os contraceptivos modernos por 12 meses (RR = 0,55, 95% CI = 0,37, 0,81) e a atrasarem o início (RR = 1,58, 95% CI = 1,01, 2,46). Aos 12 meses, o dobro de casais do grupo experimental usavam contraceptivos modernos em relação aos sujeitos do grupo controle (RR = 1,90, 95% CI = 1,36, 2,66). No geral, 25,2% dos casais estavam usando aos 12 meses e a maioria deles (55,8%) iniciaram dois ou mais meses após a visita domiciliária (intervenção) (TEREFE; LARSON, 1993).

A visita domiciliária proporcionou que 12 meses após a intervenção, quase um quarto de todos os sujeitos estivessem usando alguma forma de contracepção moderna. Em um distrito onde a linha de base de prevalência de contracepção era de 2%, aumentou para 17%,



mesmo sem a participação do marido. Com a inclusão dos maridos, o impacto do programa sobre o uso de contracepção moderna quase dobrou (TEREFE; LARSON, 1993).

É importante evidenciar que neste estudo a estratégia fundamentada na visita domiciliária foi eficaz na prática contraceptiva das mulheres participantes. Todavia, é importante demonstrar que as assistentes de saúde, responsáveis pelas visitas, eram trabalhadoras conhecidas da comunidade, compartilhavam uma cultura comum com os casais que elas visitavam e estavam cientes de que com uma abordagem aceitável e adequada os maridos participariam. Evidencia-se pois, que para que a estratégia da visita domiciliária seja eficaz é importante que os profissionais que irão realizá-la possuam um certo conhecimento e vínculo prévio com a comunidade, o que facilitará uma maior adesão.

Bolam et al. (1998) no mesmo ensejo de Hiller, Griffith e Jenner (2002) avaliaram o impacto da educação pós-parto sobre práticas de Planejamento Familiar em Nepal. O estudo foi conduzido entre os anos de 1994 e 1996. Tratou-se de uma pesquisa randomizada controlada com acompanhamento no terceiro e sexto mês pós-parto de 540 mulheres. Três educadoras em saúde, duas parteiras e uma agente comunitário de saúde foram treinadas para aplicar a estratégia após treinamento com pesquisadores. As mulheres participantes (puérperas) foram designadas para quatro diferentes grupos: no grupo A, as mulheres receberam uma sessão educativa, ainda no hospital (com vinte minutos de duração) e no terceiro mês do puerpério, tendo como material de suporte *Flip charts* desenvolvidos por artistas locais e material de apoio do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF); no grupo B as mulheres receberam a mesma intervenção somente no período imediato do pós-parto (ainda no hospital); no grupo C as mulheres receberam a estratégia apenas no terceiro mês do puerpério e no grupo D não houve intervenção educativa.

Cada tópico da sessão foi iniciado com palavras-chave e discutido com a educadora em saúde. Dentre os aspectos abordados destacaram-se: a importância em reiniciar contracepção até oito semanas após o nascimento, a localização da clínica de planejamento familiar mais próxima, a escolha dos métodos e a disponibilidade de esterilização nos serviços hospitalares. No fim de cada sessão, a educadora repetiu as mensagens-chave e perguntou a mãe se ela tinha perguntas (BOLAM et al., 2008).

Como resultados eles obtiveram os seguintes: mães alocadas nos grupos A e B foram mais propensas a usar contracepção seis meses após o nascimento em comparação com as mães dos grupos C e D (razão de chances: 1,62; intervalo de confiança de 95%: 1,06 - 2,5) (BOLAM et al., 2008).

Os autores concordaram em relatar que houve evidência de que a educação em saúde a nível individual tem um impacto se as mensagens são repetidas com frequência para as pacientes. Assim como Terefe e Larson (1993), Bolam et al. (2008) salientaram que as experiências de interações dentro das famílias, utilizando membros da comunidade como facilitadores pode ser a chave para o sucesso da promoção em saúde.

### *3.1.3 Palestras*

As palestras foram as principais estratégias de educação em saúde descritas em dois estudos: um realizado na China (2007) e outro na Espanha (2005). Naquele se propôs uma estratégia educativa com cinco etapas, em que duas foram palestras; uma para treinamento de médicos e outra direcionada para mulheres (QIAN et al., 2010). Na segunda pesquisa se promoveu um concurso publicitário para adolescentes, que assistiram palestras educativas de 50 minutos sobre contracepção e DST (PÉREZ et al., 2005).

Qian et al. (2010) realizaram na China uma intervenção educativa com 598 mulheres que trabalhavam em uma fábrica de propriedade privada. A intervenção foi concebida para promover o uso eficaz de contraceptivos em mulheres migrantes solteiras. A intervenção teve cinco componentes: um treinamento dos médicos trabalhadores da fábrica, em serviço de planejamento familiar, mediante palestras sobre técnicas contraceptivas e sobre o uso de anticoncepcionais e aconselhamento para jovens; duas palestras ministradas por especialistas, sendo uma sobre fisiologia reprodutiva e os métodos de barreira e outra sobre contraceptivos orais e de emergência e prevenção de DST para as mulheres; entrega de material educativo mediante criação de uma cartilha especial para mulheres jovens solteiras intitulada "guia de sexo seguro para jovens do sexo feminino"; avaliação do conhecimento adquirido pelas mulheres mediante reconhecimento com entrega de prêmios; e aconselhamento médico e entrega gratuita de MACs, como preservativos, pílulas anticoncepcionais e contraceptivos de emergência.

Houve uma perda de 20% das mulheres participantes devido a perda de vínculo do trabalho, aspecto que prejudicou a implementação da intervenção. Todas as mulheres participaram da palestra inicial e pouco mais da metade da segunda palestra. A maioria relatou a leitura do material didático fornecido (73%), mas poucas relataram usar os serviços de planejamento familiar oferecidos na clínica da fábrica (5%) ou o Instituto de Planejamento Familiar (3%) localizado em um prédio separado da fábrica. No início do estudo, 539 (90%) afirmaram que os MACs eram necessários nas relações sexuais antes do casamento; daquelas

que relataram sexo nos últimos três meses (79 mulheres), a maioria relatou uso de contraceptivos (62; 78%), mas o uso do preservativo foi baixo (35; 44%) (QIAN et al., 2010).

Implementação de intervenções no local de trabalho na China não é fácil, dada as rápidas mudanças na política econômica e as mudanças bruscas de demanda de recursos humanos em fábricas. O envolvimento e a cooperação do líder da fábrica mostrou-se positivo ao sucesso da implementação e é importante que concorde com os princípios da intervenção e apoie a sua implementação. As mudanças políticas no local do estudo durante a pesquisa foram muito imprevisíveis e podem resultar em perda significativa para o seguimento (QIAN et al., 2010).

Nesta intervenção encontrou-se uma utilização muito baixa do serviço gratuito fornecido pelos médicos de fábrica porque as mulheres tinham vergonha de usar os serviços no local de trabalho, pois o médico era familiar e sua privacidade ficava afetada.

O estudo encontrou que mulheres jovens procuram ajuda com base em suas necessidades atuais e não simplesmente porque o serviço é prestado gratuitamente. Também questionou-se a confiabilidade no uso dos MACs devido a entrega gratuita dos mesmos (QIAN et al., 2010).

Entende-se, portanto, que fornecimento de serviços de planejamento familiar no local de trabalho pode ser: de difícil realização, imprevisível, resultar em perdas de seguimento, requerer o envolvimento e a cooperação dos líderes institucionais e podem comprometer a privacidade e o anonimato das usuárias.

Estudo realizado na Espanha com 238 alunos pertencentes a cinco instituições de ensino utilizou também como metodologia de intervenção a palestra. Este tinha a finalidade de avaliar o conhecimento e a atitude com relação aos MACs e as DST. Durante a intervenção educativa foi aplicado um questionário pré e pós-teste (PÉREZ et al., 2005).

A intervenção baseou-se na organização de um concurso de mensagens publicitárias (na forma de anúncios para imprensa, rádio e televisão) devendo ser desenvolvidas pelos próprios alunos, agrupados em "oficinas de saúde" (entre 5 e 8 alunos) e supervisionados por um professor. As palestras educativas tinham duração de 50 minutos sobre cada um dos temas (concepção e DST). A primeira foi uma demonstração da técnica correta do uso do preservativo. Após seis meses da intervenção os estudantes responderam a outro questionário similar ao primeiro, com algumas perguntas agregadas sobre a sua participação e opinião sobre a utilidade da intervenção. A intenção era avaliar as mudanças no conhecimento e atitudes sobre prevenção de DST e gravidezes indesejadas.

O questionário foi respondido por 238 dos 268 alunos. A idade média foi de 15,6. Um total de 54,7% eram do sexo feminino. Ao todo, 24,0% tiveram alguma relação sexual. O método de controle de natalidade mais utilizado foi o preservativo (98,2%). As garotas recusavam mais as relações desprotegidas (76,5%) do que os garotos (48,6%),  $p < 0,001$ . Seis meses após o início da intervenção, 197 alunos responderam o segundo questionário. O uso do preservativo adequado subiu de 62,1% para 73,5%.

A intervenção educativa proporcionou uma melhora na recusa do sexo desprotegido, aumentou a capacidade de comprar e de colocar um preservativo, um melhor conhecimento sobre a transmissão do HIV e uma atitude melhor para compartilhar uma sala com um paciente infectado pelo HIV. Para que as intervenções educativas alcancem resultados positivos é necessário que haja um meio que possibilite o adolescente desenvolver-se livremente, como são as instituições de ensino (CASTILLA; LORA; CAÑETE, 2001). Não basta fornecer informações de rotina, deve ser credível e atraente ao mesmo tempo para os adolescentes que estão em momentos difíceis de sua vida, valorizando adequadamente (RAS et al., 2004).

### *3.1.4 Tecnologia da comunicação*

Dois estudos provenientes dos EUA valeram-se da tecnologia da comunicação para efetivação de estratégias educativas. Um realizado em 2010 realizou educação em saúde via ligações telefônicas para o uso do AOC e do preservativo masculino. O estudo de 2008, realizou aconselhamento informatizado sobre Contracepção de Emergência (CE) (KIRBY et al., 2010; SCHWARZ; GERBERT; GONZALES, 2008).

Kirby et al. (2010) desenvolveram, nos EUA, uma intervenção educativa junto a 805 clientes adolescentes de uma clínica de planejamento familiar. Estas receberam várias chamadas telefônicas com o objetivo de melhorar o comportamento contraceptivo. No período de julho de 2005 a agosto de 2007 foram feitas nove ligações telefônicas (após uma visita inicial a cada participante), sendo uma ligação por mês nos primeiros seis meses e uma ligação a cada dois meses no semestre subsequente, que abordaram perguntas como “o que você acha que pode acontecer se utilizar preservativo somente às vezes”? “Quais as vantagens do uso do preservativo em todas as relações?” Para a avaliação do comportamento contraceptivo após as chamadas telefônicas foram feitas ligações cujas perguntas versaram sobre a frequência de utilização do preservativo nos últimos três meses.

Ao final da intervenção foi visto que esta não gerou impacto sobre o uso de preservativos. Os autores do estudo ponderaram que apesar de os jovens estarem cada vez mais acessíveis através de telefones celulares, pode não ser viável utilizar a comunicação de telefone para fornecer este tipo de intervenção de mudança de comportamento.

Schwarz, Gerbert e Gonzales (2009) desenvolveram, nos EUA, uma intervenção educativa com 446 mulheres de duas clínicas de cuidados de urgência. Elas foram convidadas a preencher um questionário informatizado enquanto esperavam ser consultadas pelo médico. Esta pesquisa consistiu em 85 itens que abordava perguntas sobre a utilização de contraceptivo e experiências de gravidez anteriores. Tinha como finalidade avaliar o conhecimento das mulheres sobre CE, atitudes em relação a CE e sua capacidade para acessar a esta medicação, além de informações sociodemográficas e reprodutivas.

Para avaliar as atitudes das mulheres em relação a CE foi perguntado: "Será que a CE coloca quaisquer interesses pessoais ou religiosos para você?" Depois que as participantes completaram a pesquisa de base, foram designadas aleatoriamente para o grupo de intervenção ou grupo de controle. As mulheres do grupo de intervenção receberam aconselhamento informatizado sobre CE, enquanto as mulheres do grupo controle receberam aconselhamento sobre uso preconcepcional de folato. As mulheres foram encaminhadas para um espaço semi-privativo para usar o módulo do computador. Ao usar estes módulos educacionais, elas utilizavam fones de ouvido e assistiam a um segmento de um vídeo introdutório, que os instrua sobre como usar o *mouse* para clicar em qualquer uma das nove perguntas que eles tinham que responder. As respostas às questões foram fornecidas na forma de segmentos de vídeo curto em que o "médico do vídeo" respondia à questão que tinha sido colocada. Quando apropriado, gráficos adicionais também foram exibidos (SCHWARZ; GERBERT; GONZALES, 2008).

Os *scripts* do aconselhamento do grupo de intervenção e do grupo de controle foram construídos em paralelo: O que é a CE, quando usar a CE, o que esperar quando você usar a CE, por que usar a CE, como usar a CE, onde conseguir a CE, o custo da CE, como a CE funciona e por que é importante a CE. Para completar o módulo, a participante teria que ouvir as respostas a todas essas perguntas. Depois de completar a sessão de aconselhamento informatizada, era fornecido uma amostra da medicação que tinha sido discutida (CE ou folato). Seis meses depois, assistentes de pesquisa administraram cegamente no grupo controle e de intervenção uma pesquisa de acompanhamento por meio do telefone usando um *script* padronizado (SCHWARZ; GERBERT; GONZALES, 2008).

No seguimento, as mulheres do grupo de intervenção responderam uma média de 2 perguntas a mais sobre a CE do que elas sabiam no início do estudo, enquanto as mulheres do grupo de controle responderam um item apenas a mais corretamente (2,0 vs 1,2,  $p < .001$ ). Houve uma tendência de maior utilização da CE durante o período de estudo no grupo de intervenção (10% vs 4% das mulheres seguido,  $p = 0,06$ ; 6% vs 3%,  $p = 0,09$  de mulheres inscritas). Menos mulheres do grupo de intervenção estavam grávidas no seguimento do estudo (0,8% vs 6,5%,  $p = 0,01$ ) (SCHWARZ; GERBERT; GONZALES, 2008).

Encontrou-se que o fornecimento de aconselhamento informatizado de CE oferece um caminho promissor para proporcionar às mulheres a informação que precisam para usar eficazmente a CE para reduzir o risco de gravidez não planejada e que pode ser especialmente útil em ambientes de cuidados urgentes em que os médicos têm tempo limitado para fornecer aconselhamento preventivo (SCHWARZ; GERBERT; GONZALES, 2008).

### 3.1.5 Folhetos educativos

Duas pesquisas realizadas na década de 90, provenientes da Inglaterra recorreram a folhetos para fins educativos. Em 1998, foram confeccionados dois tipos de folhetos. No estudo de 1995, somente um tipo de folheto foi elaborado e avaliado como eficaz para aquisição de conhecimento em contracepção (LITTLE et al., 1998; SMITH; WHITFIELD, 1995).

Little et al. (1998) realizaram na Inglaterra uma intervenção educativa com 636 mulheres com idade entre 18-45 que participavam de um *check-up* para a prescrição subsequente de AOC. A intervenção foi concebida para melhorar o conhecimento em contracepção de mulheres que tomavam AOC. A intervenção fundamentou-se em perguntas interativas e em dois tipos de folhetos. Um era laminado, do tamanho de um cartão de crédito, que continha um resumo das regras de comprimidos. O outro folheto foi produzido por uma Associação de Planejamento Familiar. Os folhetos foram entregues às mulheres sem explicação, mas com um simples endosso pelo médico ou enfermeira. O folheto foi colocado em um cartão rígido em um envelope opaco. Os resumos dos folhetos foram gravados no cartão e um folheto em branco foi adicionado aos grupos que não necessitavam de folhetos de planejamento familiar. Deste modo, a aparência, peso e sensação de cada envelope foi semelhante, para o grupo controle e o experimental.

Após três meses, as mulheres receberam um questionário para avaliar o conhecimento sobre contracepção. Esse período é o ponto médio entre 6 consultas mensais que deve

fornecer um bom índice da média de melhora no conhecimento em longo prazo. As mulheres foram convidadas a responder as questões de memória. Segundo e terceiro e-mail foram enviados para os não-respondentes (LITTLE et al., 1998).

A porcentagem de mulheres que devolveram os questionários foi de 82%. Conhecimento da contracepção sem intervenção foi baixa, com apenas 10 (12%) mulheres, sabendo todas as regras de uso da pílula. Intervenção educacional teve um efeito muito significativo no conhecimento de: fatores que causam a falha da pílula; ação subsequente; contracepção de emergência e todas as regras de uso da pílula ( $p < 0,01$  em todos os casos). A interação entre os folhetos e fazer perguntas era significativo ou muito próxima da significância para o conhecimento de fatores que causam falha da pílula ( $p = 0,056$ ), ação subsequente ( $p = 0,08$ ), contracepção de emergência ( $p = 0,056$ ) e conhecimento de todas as regras pílula ( $p = 0,04$ ). Os resultados sugerem que todas as intervenções individuais (ambos os folhetos e fazendo perguntas) produzem uma melhoria modesta no conhecimento. O benefício adicional é conferido apenas a partir de perguntas com o folheto resumo. A intervenção melhora o conhecimento das regras básicas da pílula em todos os níveis de conhecimento ( $p < 0,001$ ). Fazer perguntas particularmente ajuda as mulheres com pouco conhecimento (LITTLE et al., 1998).

Evidências de ensaios não randomizados e não controlados encontraram que as intervenções individuais aumentam modestamente o número de regras conhecidas e o número de mulheres que sabem todas as regras da pílula (METSON et al., 1992; SMITH; WHITFIELD, 1995). Enquanto os folhetos são uma maneira mais eficiente de aumentar o número de mulheres que sabem todas as regras da pílula, pois necessitam de segundos para um médico endossar. Fazer perguntas ajuda as mulheres com pouco conhecimento. Resumos de folhetos simples como livretos não são rotineiramente disponíveis: quando forem os profissionais de saúde terão de decidir se os 2-5 minutos gastos fazendo as perguntas extras vale a pena para o conhecimento adquirido (LITTLE et al., 1998).

Melhoria no conhecimento da contracepção é importante porque a maioria das mulheres querem evitar a gravidez e ainda conhecem muito pouco as regras básicas para evitar a gravidez. Os profissionais de saúde devem oferecer folhetos ou fazer perguntas sobre o conhecimento de contracepção, ou ambos, nas consultas para prescrição subsequente do AOC (LITTLE et al., 1998).

Entende-se, portanto, que o uso de folhetos educativos melhora o conhecimento de mulheres sobre contracepção e devem ser utilizados nos serviços que assistem mulheres quanto ao planejamento familiar.

Smith e Withfield (1995) realizaram no Reino Unido um estudo quase - experimental do tipo antes e depois para determinar os fatores associados com o conhecimento das mulheres na tomada correta da pílula anticoncepcional e de contracepção de emergência, e investigar se o conhecimento poderia ser melhorado ao fornecer às mulheres folhetos informativos sobre Planejamento Familiar.

As mulheres elegíveis foram as que procuraram o serviço de saúde para uma primeira consulta em planejamento familiar ou consulta subsequente. Um total de 449 mulheres completou a primeira fase do estudo. Na oportunidade, as mulheres preencheram um questionário com três sessões. Os questionários foram aplicados antes, 3 e 12 meses após a entrega dos folhetos.

A primeira sessão do questionário versou sobre os seguintes pontos: circunstâncias em que a pílula perde sua eficácia; período de atraso na tomada da pílula que não compromete criticamente sua eficácia; medidas tomadas se o atraso da pílula for muito longo comprometendo criticamente sua eficácia e perguntas sobre recebimento e fontes de aconselhamento em caso de atraso na tomada da pílula.

A segunda sessão abordou questões sobre a pílula de emergência e conhecimento das fontes de obtenção. A terceira continha dados sociodemográficos, perguntas sobre a história obstétrica e uso passado de contracepção.

As participantes do estudo receberam dois panfletos da recepcionista da clínica. Um continha informações sobre o AOC e outra sobre a pílula de emergência. Dentre os aspectos abordados no primeiro panfleto destacaram-se: componentes hormonais do AOC (um estrogênio e um progestogênio), possibilidades de atraso na tomada do AOC (explicações sobre como proceder antes ou doze horas após atraso na tomada de AOC e “regra dos sete dias”). O segundo folheto contemplou contracepção de emergência e descreveu os dois métodos de contracepção disponíveis – o DIU, eficaz em até cinco dias após falha do método contraceptivo primário, ou a administração da pílula de emergência, eficaz por até três dias (a "regra de três dias" para a administração oral da contracepção de emergência). Este material também descreveu os serviços e clínicas de PF disponíveis (SMITH; WITHFIELD,1995).

Os resultados desse estudo mostraram que 215 (48,6%) das mulheres tiveram alguma informação sobre a pilula; 146 (67,9%) haviam recebido orientação de seu profissional de saúde regular; 32 (14,8%) leram a bula da pílula; 18 (8,4%) a partir de uma clínica de planejamento familiar e 19 (8,8%) a partir de outras fontes.

Para as três fontes de aconselhamento sobre contracepção de emergência que foram detalhadas no folheto, o conhecimento das mulheres melhorou significativamente.



A pesquisa também revelou que 89 (20,1%) mulheres precisaram de contracepção de emergência em algum momento no passado e, destas, 85 indicou a fonte: 61 (71,8%) haviam recebido do seu clínico geral, 20 (23,5%) a partir de uma clínica de planejamento familiar e quatro (4,7%) de um hospital ou serviço de urgência. As respondentes que antes usaram a contracepção de emergência foram mais propensas a saber dos métodos descritos para tal circunstância.

Quanto à gravidez não planejada que ocorreu em 50 (11,8%) participantes, 74% (37) destas atribuíram-na à falha do método. Essas entrevistadas que já engravidaram por engano foram mais propensas a informar que a pílula de alta dose era uma forma de contracepção de emergência. As mulheres de classe social menor foram menos propensas a descrever qualquer método de contracepção de emergência.

Aquelas mulheres que tiveram um aborto souberam menos sobre a regra das 12 horas quando comparadas àquelas que nunca tiveram um aborto (OR 0,4 [IC 95% 0,2-0,8;  $p < 0,001$ ].

Depois de ter recebido folhetos sobre o AOC a proporção de mulheres que sabiam que a sua pílula continha dois hormônios aumentou em todas as classes sociais ( $X^2 = 24,8$ ;  $p < 0,001$ ). Depois de receber o folheto uma proporção considerável de mulheres passou a saber da regra de 12 horas para a eficácia da pílula. A provisão do folheto também aumentou a proporção de respondentes que sabiam sobre as precauções extras por sete dias caso atrasassem a pílula por mais de 12 horas.

Os autores constataram que o uso dos folhetos melhorou o conhecimento das mulheres na tomada correta dos AOC e das pílulas para contracepção de emergência. Apesar desta melhora após receber folhetos sobre a contracepção, quase um quinto das entrevistadas não souberam sobre a regra das 12 horas e três quartos não souberam sobre a "regra dos sete dias"(SMITH; WHITFIELD, 1995).

A realização desta revisão integrativa subsidiou a escolha das estratégias educativas utilizadas como intervenção de Enfermagem na presente pesquisa. Tendo em vista que as diversas metodologias adotadas pelos autores revisados geraram impacto positivo para educação em saúde na contracepção, ponderou-se a exequibilidade dos recursos de apoio, como o folder e o álbum ilustrado e se considerou essas tecnologias para implementação.

A escolha das modalidades de educação em saúde com apoio desses dois recursos foi influenciada pela pretensão da pesquisadora em disponibilizar tecnologias mais acessíveis e de fácil utilização pelas enfermeiras e profissionais outros envolvidos com a assistência ao planejamento familiar na atenção básica de saúde.

### **3.2 Conhecimento, Atitude e Prática relacionados ao Anticoncepcional Oral Combinado**

Considerando o objeto de estudo desta pesquisa, a influência de estratégias educativas sobre o conhecimento, atitude e prática de usuárias de Anticoncepcionais Orais Combinados (AOCs), considerou-se pertinente buscar na literatura nacional e internacional o conhecimento produzido acerca desta temática. Para tanto, utilizou-se o método da revisão integrativa (descrito em tópico anterior) para responder à seguinte pergunta: quais as evidências disponíveis na literatura acerca do conhecimento, atitude e prática de usuárias de AOC com relação ao método? Para responder tal questão, nos meses de novembro e dezembro de 2013 se deu o seguimento das etapas pertinentes a uma revisão integrativa da literatura (GANONG, 1987).

Para a seleção dos estudos houve uma consulta bibliográfica computadorizada realizada via BVS e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Por se tratar de dois portais com um vasto acervo de periódicos científicos, a fim de tornar exequível à revisão, no portal da BVS não se limitou o fator tempo para a publicação dos estudos, no entanto, no Portal de Periódicos da CAPES optou-se pela seleção de artigos referentes aos últimos cinco anos (2009-2013). O ponto de corte temporal para além de 2009 se justificou pela realização de revisão sistemática (HALL et al., 2010) e sua seleção para este estudo, em que o período contemplado foi anterior a 2009, portanto, o tempo posterior a este foi considerado para busca no portal da CAPES. Na BVS foram utilizados os descritores controlados em português “anticoncepcionais orais combinados”, “conhecimento”, “atitude” e “prática”. Os três últimos foram cruzados com o descritor “anticoncepcionais orais combinados” separadamente. O resultado dos cruzamentos, seleção e exclusões encontram-se no Quadro 3.

Quadro 3 - Número de produções científicas selecionadas conforme busca realizada por descritores na Biblioteca Virtual em Saúde, Nov/Dez., 2013.

Descritores Cruzados	Produção encontrada	Crítérios para exclusão	Produção excluída	Produção selecionada
<b>Anticoncepcionais Orais Combinados and Conhecimento</b>	5	Estar fora da temática proposta para o estudo	2	1
		Indisponibilidade na íntegra	2	
<b>Anticoncepcionais Orais Combinados and Atitude</b>	34	Estar fora da temática proposta para o estudo	31	1
		Excluídos por estarem repetidos	1	
		Indisponibilidade na íntegra	1	
<b>Anticoncepcionais Orais Combinados and Prática</b>	142	Estar fora da temática proposta para o estudo	53	1
		Excluídos por estarem repetidos	2	
		Indisponibilidade na íntegra	86	

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 3. exhibe os critérios de exclusão adotados no refinamento da produção encontrada na BVS (181 produções). Ressalta-se que para serem considerados condizentes com a temática proposta (e assim selecionados para leitura) os artigos deveriam retratar um, dois ou todos os componentes da tríade conhecimento-atitude-prática, porém estes, necessariamente, deveriam se relacionar ao anticoncepcional oral combinado.

Para a seleção dos estudos procedeu-se a leitura exaustiva dos títulos e resumos de cada artigo, sendo que quando estes não foram esclarecedores, foi realizada a busca do artigo, evitando-se o risco de se excluir estudos relevantes. Dessa forma, três artigos via BVS foram selecionados. Estes foram lidos na íntegra para análise crítica e os dados foram extraídos dos artigos conforme adaptação de Ursi (2005).

No Portal de Periódicos da CAPES foram seguidos e considerados os critérios para busca e exclusão descritos acima. Contudo, nesse Portal, optou-se pela utilização de descritores no idioma inglês, mas correspondentes aos utilizados para BVS na língua vernácula. O resultado dos cruzamentos, seleção e exclusões encontram-se no Quadro 4.

Quadro 4 - Número de produções científicas selecionadas conforme busca realizada por descritores no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior – CAPES, Nov/Dez., 2013.

Descritores Cruzados	Produção encontrada	Crítérios para exclusão	Produção excluída	Produção selecionada
<i>Contraceptives oral combined and knowledge</i>	1.770	Estar fora da temática proposta para o estudo	1.758	10
		Indisponibilidade na íntegra	2	
<i>Contraceptives oral combined and attitude</i>	83	Estar fora da temática proposta para o estudo	79	2
		Excluídos por estarem repetidos	2	
<i>Contraceptives oral combined and practice</i>	107	Estar fora da temática proposta para o estudo	107	-

Fonte: Elaborado pela autora

No Portal de Periódicos CAPES, ao realizar-se os três diferentes tipos de cruzamentos (Quadro 4) foi gerado um total de 1.960 produções, das quais, após aplicação dos critérios de seleção adotados, 12 foram selecionadas para leitura. Considerando o portal BVS e CAPES 15 foram os artigos selecionados para análise e apresentados doravante.

Quadro 5 - Caracterização dos artigos selecionados para análise - Biblioteca Virtual da Saúde - BVS e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior- CAPES, Nov/Dez., 2013.

Estudo	País	Nível de evidência	Objeto de análise relacionado ao AOC	Pesquisa	Amostra (mulheres)	Idade das participantes	Domínios abordados nos estudos referente ao AOC
<b>Américo 2013</b>	Brasil	VI	Conhecimento	Cross sectional	264	10-49	Riscos à saúde; Efeitos Colaterais; Uso.
<b>Bui 2013</b>	Austrália	---	Conhecimento, Crença e Prática	---	305	18-50	Riscos á saúde; Efeitos colaterais; Benefícios.
<b>Gazibara 2013</b>	Sérvia	VI	Prevalência de uso, conhecimento e atitude	Cross sectional	464	18-31	Mecanismo de ação; Riscos à saúde; Efeitos colaterais; Eficácia
<b>Graham 2013</b>	Reino Unido	VI	Experiência de mulheres sob novo regime de AOC	Qualitativo	26	18-45	Efeitos colaterais; Benefícios; Uso; Eficácia; Mecanismo de ação.
<b>Machado 2012</b>	Brasil	VI	Conhecimento	Cross sectional	500	15-45	Riscos à saúde; Efeitos Colaterais.
<b>Makuch 2012</b>	Brasil	VI	Opiniões e experiências sobre AOC e alteração do ciclo menstrual	Survey	1.111	18-39	Efeitos colaterais; Benefícios e Uso.
<b>Vogt 2012</b>	Alemanha	II	Intervenções para mudança no conhecimento, atitude e intenções	Ensaio clínico randomizado	132	18-24	Riscos à saúde; Efeitos colaterais; Uso; Eficácia.
<b>Hooper 2011</b>	Estados Unidos	VI	Atitude	Survey	1623	18-44	Riscos à saúde; Efeitos Colaterais.
<b>Peyman 2011</b>	Irã	VI	Atitude	Qualitativo	27	15-49	Efeitos colaterais; Benefícios; Mecanismo de ação.
<b>Vogt 2011</b>	Alemanha	---	Conhecimento, Interesse	---	30	18-24	Riscos à saúde; Benefícios; Efeitos colaterais.
<b>Hooper 2010</b>	Estados Unidos	VI	Atitude, Consciência	Survey Cross sectional	5120	18-44	Efeitos colaterais; Mecanismo de ação.
<b>Hamani 2007</b>	Israel	VI	Conhecimento	Cross sectional	254	14-20	Riscos à saúde; Efeitos colaterais
<b>Chen 2003</b>	China	---	Aceitabilidade	---	500	18-35	Riscos; Benefícios; Efeitos colaterais; Eficácia
<b>Deijen 1997</b>	Holanda	II	Intervenções para mudança no conhecimento	Ensaio clínico randomizado	1239	15-45	Riscos à saúde; Efeitos colaterais; Benefícios; Uso

Fonte: Elaborado pela autora

### 3.2.1 Características gerais dos estudos selecionados

No Quadro 5. foram apresentadas as pesquisas originais selecionadas para análise (14), 01 artigo se tratou de revisão sistemática, e por ter uma conformação e metodologia diferenciados das pesquisas originais, não foi apresentada no quadro. Dos 15 artigos selecionados, a maior parte (n = 7) teve delineamento transversal, com pesquisa do tipo *survey*; dois artigos envolveram intervenções através de ensaios clínicos randomizados e dois artigos utilizaram a abordagem qualitativa. Em três pesquisas os autores não descreveram o tipo de estudo. A partir da consideração dos tipos de estudo foi possível observar a predominância de pesquisas com nível de evidência VI (n= 9), dois artigos com nível de evidência II e um artigo com nível de evidência I, tratando-se de uma revisão sistemática. O nível de evidência foi determinado com base em Melnyk; Fineout-Overholt (2005), os quais estabelecem que no nível I de evidência são enquadrados os estudos que tratam de revisões sistemáticas ou metanálises oriundas de ensaios clínicos randomizados; o nível II configura o ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; o nível III envolve estudo bem delineado (experimental) sem randomização; o nível IV envolve estudo de coorte e caso-controle; o V tratam-se de revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; no nível VI estão os estudos qualitativos e descritivos e por último, no nível VII, estão as opiniões de especialistas ou *experts*.

Quanto ao foco dado às pesquisas, observou-se uma ênfase para descrição do conhecimento através de análise, comparação ou avaliação (AMÉRICO et al., 2013; HALL et al., 2010; HAMANI et al., 2007; MACHADO et al., 2012). No que se refere à atitude das mulheres com relação ao uso de AOC, esta se constituiu em objeto de análise de dois estudos (GROVE; HOOPER, 2011; HOOPER, 2010).

A maioria das pesquisas (n= 9) considerou mais de um componente da tríade conhecimento-atitude-prática. Nos estudos de Gazibara et al. (2013), Chen et al. (2003), Peyman e Oakley (2011), Deijen e Kornaat (1997), Vogt e Schaefer (2011) e Vogt e Schaefer (2012) foram analisados de forma conjunta o conhecimento e a atitude. De outro modo, Graham et al. (2013) e Makuch et al. (2012) investigaram prática e atitude e Bui et al. (2013) investigaram conhecimento e prática. Por estar intrinsecamente relacionada, a tríade conhecimento-atitude-prática foi discutida de forma conjunta, sem separação em tópicos.

No que diz respeito às localizações cujas pesquisas se originaram, houve publicações advindas das Américas, Europa, Ásia e Oceania, excetuando o continente Africano. A predominância se voltou para o Continente Europeu, onde foram desenvolvidas cinco

pesquisas, seguido pela América do Norte, América do Sul e Ásia, cujo número de publicações foi equivalente (n=3). O país de origem onde se realizou a revisão sistemática foram os Estados Unidos. Assim, ao se contabilizar os estudos originais e revisão sistemática, o Continente Europeu e Norte Americano lideraram as publicações.

### *3.2.2 Caracterização sociodemográfica, estado de uso do AOC x Conhecimento, Atitude e Prática*

Quinze estudos estiveram voltados para identificar o conhecimento, atitude e/ou a prática entre diversas populações de mulheres. Essa variação começa a ser percebida pelo quantitativo amostral que variou desde 26 até 5.120 mulheres pesquisadas. A maior parte dos estudos (n = 9) se voltou a mulheres a partir da maioridade legal (18 anos). Os demais apresentaram idade entre 15 e 49 anos, correspondente a que foi considerada no Brasil como idade fértil, em 2006, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS). Em dois estudos (AMÉRICO et al., 2013; HAMANI et al., 2007) observou-se uma idade inferior a 15 anos. No primeiro, os autores tiveram como público alvo os adolescentes e no segundo adotou-se a faixa etária (10-49 anos) considerada fértil no Estado de origem da pesquisa (Ceará/Brasil). Somente um estudo (BUI et al., 2013) contemplou idade superior a 49 anos, o que se justifica pelo critério de seleção adotado na pesquisa, a saber, mulheres em risco para câncer de mama.

Quanto à escolaridade, cinco pesquisas (BUI et al., 2013; CHEN et al., 2003; GAZIBARA et al., 2013; MAKUCH et al., 2012; VOGT; SCHAEFER, 2012) identificaram percentual maior ou igual a 50% das participantes com 12 anos ou mais de estudos.

Américo et al.(2013), Machado et al.(2012) e Vogt, Schaefer (2011) encontraram um percentual semelhante (47%, 45% e 43% respectivamente) de mulheres que concluíram o ensino médio. Os dois primeiros estudos foram provenientes do mesmo país (Brasil).

Uma pesquisa encontrou percentual superior a 50% de baixo nível de escolaridade (DEIJEN; KORNAAT, 1997; GRAHAM et al., 2013; GROVE; HOOPER, 2011; HALL et al., 2010; HAMANI et al., 2007; HOOPER, 2010; PEYMAN; OAKLEY, 2011) não relataram a escolaridade das participantes em seus estudos. Assim, a partir dos dados obtidos, percebeu-se que as mulheres pesquisadas possuíam, majoritariamente, boa escolaridade.

Quanto ao estado de uso do AOC, as pesquisas tenderam a dividir o grupo de mulheres pesquisadas entre usuárias correntes, passadas e/ou não usuárias do método, a fim

de estabelecer alguma comparação entre as mesmas. Somente uma pesquisa trabalhou com um único grupo de mulheres, o de usuárias correntes de AOC (AMÉRICO et al., 2013). Entre as usuárias dos diferentes estudos, as médias de uso do AOC variaram em 10 meses (CHEN et al., 2003), dois anos (GAZIBARA et al., 2013) e 11,4 anos (BUI et al., 2013).

Com relação às características sociodemográficas, tempo e estado de uso do AOC, os estudos mostraram que usuárias de AOC tiveram mais alto nível de conhecimento comparado às não usuárias ( $p = 0,001$ ) e os anos mais avançados de ensino superior também se associaram com escores mais altos de conhecimento ( $p = 0,001$ ). A atitude e confiança relacionadas ao AOC também foram influenciadas positivamente por um maior nível de escolaridade (AMÉRICO et al., 2013; BUI et al., 2013; GAZIBARA et al., 2013). Somente no estudo de Vogt e Schaefer (2011) ao se relacionar essas variáveis ao conhecimento, não houve diferença estatisticamente significativa.

No estudo de Peyman e Oakley (2011) usuárias que haviam iniciado o método há pouco tempo e as não usuárias foram mais influenciadas por “pressões” sociais (amigos) e foram mais preocupadas com efeitos colaterais, enquanto as usuárias regulares de pílulas tiveram atitudes mais favoráveis com relação ao método. Américo et al., (2013) constataram que mulheres usuárias do método há mais tempo conheceram mais sobre efeitos colaterais o que conseqüentemente pode gerar uma atitude mais favorável ao método. Isso pode explicar o fato de não usuárias ou usuárias recentes terem maior preocupação relacionada ao assunto.

### *3.2.3 Descrição dos resultados relacionados ao Conhecimento - Atitude - Prática voltados ao AOC*

O conhecimento, atitude e prática de mulheres foram avaliados sob diferentes enfoques, tratados na presente pesquisa como “Domínios”. Estes foram: riscos à saúde, benefícios não contraceptivos, efeitos colaterais, uso, eficácia e mecanismo de ação (HALL et al., 2010).

Nenhum estudo analisado contemplou os seis domínios. O maior número de domínios abordados foi encontrado no estudo de Graham et al. (2013), ou seja, cinco. O domínio mais contemplado foi o de efeitos colaterais, em que todas as pesquisas originais ( $n=14$ ) relataram algo a respeito. Os riscos à saúde foram descritos em 10 pesquisas. Um menor número dos estudos considerou a eficácia e o mecanismo de ação do AOC ( $n=4$ ).

Entre os estudos que descreveram de forma clara os resultados relacionados ao Conhecimento, Atitude e Prática de usuárias de AOC encontrou-se que o conhecimento foi



considerado bom nos estudos de Gazibara et al. (2013) e Américo et al. (2013). Entretanto, no estudo de Américo et al. (2013) o conhecimento foi avaliado quanto ao uso, efeitos colaterais e complicações, sendo que os resultados favoráveis e indicativos de conhecimento substancial recaíram para o uso correto e efeitos colaterais, ao passo que em até 75% da amostra pesquisada (n = 294) não houve qualquer conhecimento relacionado às possíveis complicações decorrentes do método.

No estudo de Gazibara et al. (2013), realizado na Sérvia com 464 estudantes de Medicina, cerca de 85% não considerou difícil a tomada da pílula; 9% das estudantes apresentaram nível de conhecimento excelente; 53% teve o conhecimento considerado bom; 33% moderado; e 5% demonstrou pouco conhecimento. Nesse estudo, o conhecimento sobre o AOC se constituiu um preditor para seu uso ( $p = 0,008$ ).

Américo et al. (2013) realizaram estudo no Brasil, com 264 mulheres e encontraram em metade das participantes, um conhecimento “substancial” ou superior a esse ( $P75=4,00$ ) tanto sobre o uso correto de AOC quanto sobre seus efeitos colaterais. O conhecimento referente às complicações foi o mais fraco. O uso diário e em horário regular do AOC apresentou-se como o item de maior acerto (84,5%;  $IC95\%=79,5-88,6$ );

No que concerne ao conhecimento sobre os efeitos colaterais, para até 75% das participantes, identificou-se conhecimento “substancial”, sendo que as “alterações no sistema nervoso” foram citadas por 77,3% delas ( $IC95\% = 71,7- 82,2\%$ ). As alterações no padrão menstrual foram citadas por 43,6% ( $IC95\% = 37,9- 50,2$ ) (AMÉRICO et al., 2013).

Quanto às complicações relacionadas ao uso do AOC de baixa dose, obteve-se nível de conhecimento “nenhum” para 75% das mulheres, em que o aumento da pressão arterial e a trombose venosa profunda foram as complicações de maior e menor conhecimento, reportados por 5,7% ( $IC95\% = 3,2-9,2$ ) e 1,9% ( $IC95\% = 0,6-4,4\%$ ) das participantes, respectivamente (AMÉRICO et al.2013).

Nos estudos de Chen et al. (2003), Hamani et al. (2007), Bui et al. (2013) e Peyman; Oakley (2011) os resultados relacionados ao conhecimento divergiram dos anteriores sendo o conhecimento considerado baixo ou insuficiente entre as pesquisadas. Chen et al. (2003) constataram que o conhecimento das mulheres foi deficiente, principalmente no que tange aos benefícios não contraceptivos relacionados ao uso de AOC, em que 50% das mulheres não os reconheceram. Bui et al.(2013) encontraram uma média de escores de 3.6 enquanto que a pontuação necessária para um bom nível de conhecimento era de 8.0.

No estudo de Chen et al. (2003) realizado com 500 mulheres (idade entre 18-35 anos) na China, foi visto que quase metade não tinha conhecimento quanto as vantagens

relacionadas ao AOC. Mas entre as que relataram, as mais citadas foram alta eficácia, prevenção de gravidez indesejada e conveniência de uso (18,2%, 17,2% e 13 %, respectivamente). As clientes que souberam informar as vantagens eram mais propensas a usar o método ( $p = 0,001$ ). A crença de mais eficaz esteve relacionada a mulheres que haviam usado o AOC ( $p < 0,001$ ).

No estudo de Hamani et al. (2007) realizado com 254 adolescentes com idade entre 14 e 20 anos, a média de crenças incorretas foi considerada alta (4.1) em ambos os grupos estudados, tanto de usuárias recentes ou passadas quanto de não usuárias (4.2 versus 4.1, respectivamente); somente a crença de comprometimento futuro da fertilidade em virtude do uso do método se mostrou mais prevalente entre as usuárias recentes ou passadas (34.1% contra 22,4%;  $p = 0.03$ ).

No estudo de Bui et al. (2013) realizado com 305 mulheres australianas foi enfatizado o percentual de respostas corretas entre as mulheres estudadas. Dentre as 83 respostas assinaladas corretamente, as principais se voltaram para o efeito do AOC na diminuição do risco de gravidez (75; 90,4%); não alteração no risco para aquisição de doenças venéreas (63; 75,9%); não alteração no risco de contrair aids (61; 73,5%); aumento no risco de derrame (31; 37,3%); aumento no risco de trombose (28; 33,7%); não alteração no risco de malformações congênitas (25; 30,1%) e diminuição no risco de câncer de ovário (15; 18,1%) e de endométrio (3; 3,6%).

No estudo de Peyman e Oakley (2011) conduzido com 27 mulheres iranianas foi observado que cerca de 63% da amostra conheceu pouco sobre o AOC e seu mecanismo de ação, constituição e benefícios não contraceptivos. Estas desconheciam qualquer ligação que pudesse ter entre AOC e o surgimento de tromboembolismo venoso.

Contudo, com relação aos efeitos colaterais, algumas mulheres não usuárias de AOC referiram o ganho de peso, aumento de pelos no corpo e risco para câncer ( $n=7$ ). As usuárias também mencionaram ganho de peso, cefaleia, nervosismo, tontura e irregularidade menstrual (menos dias menstruada e amenorreia) (PEYMAN; OAKLEY, 2011).

Machado et al.(2012) conduziram um estudo com 500 brasileiras com idade entre 15 e 45 anos, e apesar de não terem “classificado” o conhecimento observaram que as participantes, no geral, não souberam reconhecer os benefícios não contraceptivos advindos do uso do AOC.

Quanto à queda de cabelo, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e câncer, a relação entre o percentual de mulheres que referiram o aumento de risco para essas afecções foi de 2:1 entre as que relataram que o AOC diminui o risco. Com relação à opinião das

brasileiras, 45% acreditaram que o AOC acentua a cefaleia, provoca ganho de peso (72%) e inchaço nas pernas (54%). A diminuição da dismenorreia foi referida por 53% e 33% referiram atenuação da síndrome pré-menstrual.

Assim como Machado et al. (2010), Vogt e Schaefer (2011) conduziram um estudo na Alemanha com 30 mulheres entre 18 e 24 anos sem estabelecer classificação ou não a descreveram em seu estudo. Para o conhecimento, porém, relatou o índice de acerto dos questionamentos referentes a riscos, efeitos colaterais e benefícios não contraceptivos decorrentes do AOC.

Das 30 mulheres participantes da pesquisa, três relataram o câncer cervical e trombose como um risco relacionado ao AOC. Quanto aos efeitos colaterais, 17 mulheres descreveram ganho de peso, 11 relataram mudança no desejo sexual, 10 depressão, 8 referiram que trombose se constituía efeito colateral, assim como ataque cardíaco e acidente vascular encefálico, referidos por 5 mulheres. A infertilidade também foi reconhecida como efeito advindo do uso do AOC, sendo referida por 8 mulheres. Uma mulher reconheceu efeito benéfico do AOC sobre a doença benigna da mama, 3 mulheres sobre a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), 7 sobre a dismenorreia e acne. Dez mulheres afirmaram que o AOC não afeta o risco de câncer no ovário ou câncer endometrial (VOGT; SCHAEFER, 2011).

Aqui também se destacam dois estudos que foram conduzidos de forma diferenciada dos acima expostos, por se tratarem de ensaios clínicos randomizados. No estudo de Deijen e Kornaat (1997) o conhecimento foi medido antes e após aplicação de intervenções, assim como no estudo de Vogt e Schaefer (2012). Os achados foram: no estudo de Deijen; Kornaat (1997) o conhecimento e a consciência acerca dos benefícios não contraceptivos do AOC e aspectos relacionados ao seu uso foi aumentado pelos recursos utilizados (*audiotape* e folheto). No estudo de Vogt e Schaefer (2012) antes da intervenção (aplicação de dois tipos de folheto), a pontuação de escores corretos entre as mulheres foi de 18.9 (standard deviation [SD] 4.2) de 39 itens. Após a intervenção, houve aumento de mais de 7 escores no conhecimento nos dois tipos de folhetos utilizados.

No Ensaio clínico randomizado realizado por Deijen e Kornaat (1997) com 1239 mulheres entre 15 e 45 anos foram usadas três formas de intervenção ( D = Informação verbal ; B = informação escrita em folheto ; BT = informações em folheto e *audiotape*) seguindo recomendações da *Dutch Society of Physicians*, que traziam informações sobre ações, efeitos colaterais, vantagens e procedimento em caso de esquecimento na tomada do AOC. Os dois artefatos (folheto e *audiotape*) continham a mesma informação. O efeito das intervenções foram avaliados após um e três meses da aplicação.

No primeiro ciclo de avaliação (um mês após a intervenção) os grupos tenderam a diferença com relação à percepção de benefícios à saúde (  $F [2,827] = 2.69$ ;  $p < 0.07$ ). O Teste t mostrou que o grupo BT teve no primeiro ciclo escores mais altos que o grupo D, indicando que aquele grupo reconheceu melhor os benefícios não contraceptivos do AOC.

Com respeito ao conhecimento acerca do manuseio em caso de esquecimento da tomada de uma pílula, os grupos B e BT tiveram significativamente melhor conhecimento ( $F [2,472] = 4.41$ ;  $p = 0.01$ ) que o grupo D ( $p = 0.001$  e  $p < 0.001$ , respectivamente). Não houve diferença significativa entre os grupos B e BT. No ciclo de três meses após a intervenção também houve melhor conhecimento entre os grupos B e BT quando comparados ao grupo D ( $p = 0.004$  e  $p < 0.08$ , respectivamente) com diferença entre grupos significativa ( $F [2,472] = 4.41$ ;  $p = 0.01$ ). Entre os grupos B e BT não houve diferença. Ambos os grupos com informação adicional à oral tiveram melhor conhecimento em ambos os ciclos.

Com relação ao percentual de conhecimento relacionado ao manuseio em caso de esquecimento de tomada do AOC, as percentagens aumentaram nos três grupos, visto que no questionário de base o percentual de conhecimento nos três grupos foi inferior a 12%. Porém, de modo substancial houve aumento no conhecimento entre os grupos B e BT. O aumento no ciclo de três meses foi de 6% no grupo D, 15,2% no grupo B e 15,3% no BT.

Contudo, os resultados com relação ao esquecimento de uma, duas, três ou mais pílulas sugeriram que o conhecimento foi melhor e semelhante nos grupos que receberam algum tipo de informação adicional ao grupo D, e isso ocorreu no ciclo de um e três meses após a intervenção.

No estudo de Vogt e Shaefer (2012) conduzido com mulheres entre 18 e 24 anos usuárias, nunca usuárias ou usuárias passadas de AOC utilizou-se de duas diferentes estratégias educativas, quais sejam, informações em folhetos sobre AOC enfatizando seus benefícios, riscos e métodos contraceptivos alternativos.

O folheto A A foi baseado em recomendações padrão local denominada *Evidence-Based Patient Information* (EBPI). Esta foi reestruturada e adaptada de acordo com *Mental Models Approach* (MMA) o que culminou no folheto B. O efeito destas foi avaliado imediatamente após a aplicação e depois de três meses (VOGT; SHAEFER, 2012).

Antes da intervenção, a pontuação de escores corretos entre as mulheres foi de 18.9 (standard deviation [SD] 4.2) de 39 itens. Após a intervenção, o grupo EBPI sofreu aumento de escores em 7.6 comparado com 8.3 no grupo MMA. As participantes da MMA tiveram maior índice de acerto quando comparado as EBPI imediatamente após a leitura da brochura e nos três meses após. Porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa (VOGT;

SCHAEFER, 2012). Neste estudo não foram pormenorizados os tópicos contemplados na estratégia, mas os autores citaram alguns aspectos abordados: eficácia, uso apropriado, riscos tromboembólicos, efeitos em longo prazo para câncer e fertilidade, ganho de peso e teratogenicidade.

Quanto à atitude, Grove e Hooper (2011) encontraram uma atitude favorável para mudança do AOC a outro método com ausência ou menor dose estrogênica, como a Pílula Exclusiva de Progestágeno (PEP) ou o Dispositivo Intrauterino (DIU). Assim como as mulheres desse estudo, outras se mostraram receptivas à mudança do método ou do padrão de uso do AOC (GRAHAM et al., 2013). No estudo de Makuch et al. (2012) as mulheres demonstraram uma atitude favorável ao uso do AOC para controlar o sangramento menstrual ou promover a amenorreia e no estudo de Gazibara et al. (2013) aproximadamente 61 % das participantes pesquisadas usaram a pílula como terapia para dismenorreia.

No estudo multicêntrico de Grover e Hooper (2011) no qual participaram 1623 mulheres, 53% tinha preocupações sobre a dose exógena de estrógeno recebida pelo método; 80% se mostrou favorável a mudanças para um contraceptivo diferente e com uma dose mais baixa de estrogênio para minimizar a exposição a este hormônio, 74% se mostrou favorável à tomada de pílula livre de estrogênio para evitar potenciais efeitos colaterais.

Mais da metade das mulheres pesquisadas com idade entre 35 e 44 anos (58%) pareceu adepta a um regime de método que proporcionasse amenorreia ou diminuição no número de ciclos menstruais, mesmo que isso acarretasse sangramentos irregulares. Entretanto, foi visto nesta mesma pesquisa que algumas mulheres não toleraram bem as ocorrências de *spotting*, solicitando ao profissional a troca do método (18%) (GROVER; HOOPER, 2011).

Também foram colhidas informações sobre a percepção das mulheres quanto ao regime de tomada do método hormonal, em que se evidenciou (em 87% dos casos) uma predileção por um método que não exigisse esquema diário de tomada, em virtude dos eventuais esquecimentos (GROVER; HOOPER, 2011).

Graham et al. (2013) conduziram um estudo no Reino Unido com 26 mulheres que iniciariam o uso do AOC Microgynon® (30 mcg etinilestradiol e 150 mcg de levonorgestrel). As mulheres discutiram mudanças positivas e consequências negativas com o uso do método adaptado, as quatro maiores categorias oriundas foram: facilidade com o novo regime, mudanças no ciclo, redução do sangramento e ocorrência de sangramento inesperado.

Nessa pesquisa, um número significativo da amostra (n= 15) considerou positiva a menor quantidade ou ausência de sangramento menstrual. Essas mulheres alegaram

conveniência para aproveitar férias e trabalhar sem estar preocupada com o primeiro dia da menstruação. Ressaltaram a facilidade no regime de tomada, que consistia em três dias sem tomar pílula (curto intervalo), o que tornou mais fácil a lembrança para tomar as próximas. Ademais, 18 mulheres relataram mudanças nos sintomas pré menstruais, como menor ocorrência de cólica, cefaleia e flutuação no humor.

De outro modo, 7 mulheres reportaram mudanças no interesse sexual e igual número não gostou do fato de não saber quando poderia vir algum sangramento com esse uso adaptado do AOC; 5 mulheres desistiram do Microgynon® e voltaram a utilizar um AOC com regime de uso padrão (21 dias de pílulas com 7 dias de pausa). A principal razão alegada foi o sangramento inesperado. Uma mulher relatou preocupação a respeito desse tipo de uso estendido do AOC e o possível acúmulo de hormônios no corpo. Três mulheres relataram que seus parceiros ou familiares tinham preocupações sobre esse regime de tomada. Sendo assim, algumas mulheres foram desfavoráveis ao uso de Microgynon® pela percepção da necessidade de que o corpo precisa "se limpar" mensalmente.

Makuch et al. (2012) realizaram um estudo com mulheres tendo entre 18 e 39 anos de idade, residentes nas cinco maiores cidades brasileiras: São Paulo, Campinas, Porto Alegre, Recife e Belém. Os autores intentaram analisar o uso do AOC para regular a quantidade de sangue menstrual e conhecimento de outras mulheres que usam AOC para regular a quantidade de sangue menstrual.

Como resultado, obteve-se que mais da metade das participantes (61,8%) reportou que nunca tinha usado o AOC para regular a quantidade de sangramento menstrual; 64,4% conheciam outras mulheres que utilizaram o método com este propósito; 26,6% das mulheres conheciam outras mulheres que usavam diferentes contraceptivos para regular a menstruação e 55% reportaram conhecer mulheres que usam o AOC para atrasar ou antecipar a menstruação. A maioria das mulheres relatou que gostaria de usar AOC para controlar sangramento ou induzir amenorreia em determinadas circunstâncias, como ocasiões de atividades sociais e recreativas especiais, ou durante a relação sexual. Entre as mulheres que não usaram AOC de forma contínua, 35% tinham conhecimento insuficiente sobre a supressão menstrual. Entre essas mulheres, 34,5% reportaram parar periodicamente o método por recomendação de ginecologista (27,8%) ou para desintoxicar o corpo dos hormônios (21,4%).

Gazibara et al. (2013) encontraram entre uma escala de escores que poderia variar entre 0 e 5, uma média de atitude de  $2,6 \pm 0,9$ . Não foi encontrada diferença nos escores de atitude entre usuárias e não usuárias de pílula, contudo, o valor absoluto dos escores foi

ligeiramente maior entre as não usuárias (2,6 vs.2,5,  $t = - 0,9$ ,  $p = 0,369$ ). Alguns fatores que puderam estar associados à atitude das mulheres com relação ao AOC foram descritos: 17,8% das estudantes relataram efeitos adversos como irregularidade menstrual, cefaleia, náusea e aumento de peso; 43,4% não encontrou razão para usar a pílula, por não sentir necessidade, 35,5% utilizava outros métodos e uma pequena proporção (9,7%) de estudantes não faziam uso do AOC por que temiam os efeitos adversos à saúde.

No ensaio clínico conduzido por Vogt e Schaefer (2012) a atitude e intenção tiveram níveis aumentados quando se comparou pré e pós intervenção imediata. Após três meses, estes índices diminuíram, porém, ainda permaneceram maiores aos da pré-intervenção. As diferenças foram estatisticamente significantes.

No estudo de Bui et al. (2013) a atitude se mostrou positiva em 53% das mulheres e se mostrou estritamente relacionada ao método. No estudo de Peyman e Oakley (2011) foram encontradas atitudes positivas e negativas com relação ao AOC.

Na pesquisa de Bui et al. (2013), 53% das mulheres tiveram atitude positiva relacionada ao AOC e 22,9% mostraram atitude negativa; 39,7% se sentiram confiante em relação ao seu conhecimento a respeito dos benefícios envolvendo AOC, enquanto 22,9% mostraram-se confiantes com relação aos riscos; 25,3% se sentiram confiantes quanto ao conhecimento relacionado aos efeitos colaterais. Entretanto, 36,2% afirmaram não ser ou ser pouco confiantes quanto ao conhecimento sobre riscos e efeitos colaterais; e 24% demonstraram baixa confiança quanto ao conhecimento sobre benefícios do AOC. De 76 respondentes, as principais razões relatadas para utilização de AOC foram facilidade no uso (62; 81,6%) e eficácia contraceptiva (52; 68,4%). Cerca de 40% das mulheres expressaram que o histórico familiar de câncer de mama foi a razão para descontinuar ou evitar o uso de AOC.

Percebeu-se em alguns estudos que houve uma atitude favorável, porém esta não se relacionou estritamente aos efeitos contraceptivos do método e sim a possibilidades de utilização de outros métodos anticoncepcionais ou à mudança no padrão de uso do AOC ou à utilização do AOC para fins não contraceptivos (GRAHAM et al., 2013; GROVE; HOOPER, 2011; MAKUCH et al., 2012).

A partir da análise dos artigos quanto às questões arroladas ao conhecimento foram observadas lacunas em uma diversidade de domínios relacionados ao AOC, sobre os quais se destacaram o baixo conhecimento referente aos possíveis riscos à saúde advindos do uso do AOC, em que ganhou destaque o tromboembolismo venoso (AMÉRICO et al., 2013; BUI et al., 2013; PEYMAN; OAKLEY, 2011) e o baixo conhecimento acerca dos benefícios não

contraceptivos decorrentes do AOC (BUI et al., 2013; MACHADO et al., 2012; PEYMAN; OAKLEY, 2011; VOGT, 2011).

Mitos e crenças incorretas foram identificados na Alemanha, Brasil e Israel, ressaltando-se a ocorrência de infertilidade e necessidade do corpo “descansar” das doses hormonais exógenas (HAMANI et al., 2007; VOGT, 2011; e MAKUCH et al., 2012).

Por um lado, nos estudos voltados ao conhecimento das mulheres sobre o AOC, foi detectado déficit em relação aos benefícios não contraceptivos do uso do método e por outro, nos estudos que analisaram a atitude em suas pesquisas, foi visto que a atitude foi mais favorável justamente devido aos efeitos não contraceptivos relacionados ao MAC, como o tratamento da dismenorreia e a atenuação dos sintomas pré-menstruais.

Os achados desta revisão convergiram aos de uma revisão sistemática realizada por Hall et al. (2010), os quais analisaram 21 artigos. Destes, nove descreveram conhecimento pobre e seis, conhecimento suficiente. Em geral, a deficiência no conhecimento se diversificou entre riscos, benefícios, uso, eficácia, mecanismos de ação e efeitos colaterais. Características demográficas e da saúde reprodutiva foram associadas ao conhecimento. Pobre conhecimento foi encontrado em estudantes mais jovens quando comparado a estudantes mais maduras e a não usuárias quando comparado à usuárias. Mulheres que referiram ter aconselhamento sobre o método tiveram significativamente melhor conhecimento do que mulheres não aconselhadas, assim como mulheres que receberam intervenções educativas através de *audiotapes* e folhetos.

Assim, pondera-se que a melhora do conhecimento através da informação em saúde deve ser alvo de ações profissionais voltadas ao planejamento familiar, visto que mulheres mais conhecedoras de seus MACs estão mais propensas a uma maior adesão, sendo o conhecimento um preditor para o uso do AOC (CHEN et al., 2003; GAZIBARA et al., 2013; HALL et al., 2010). Além disso, é mister oferecer informações que empoderem as usuárias de AOC com relação não só aos mecanismos de ação ou instruções de uso do método, mas também aos efeitos não contraceptivos e a possibilidades de uso estendido ou continuado, visto que essas informações fazem com que mulheres possam ter uma atitude mais favorável com relação ao método e continuem a utilizá-lo, uma vez que a prática foi influenciada pelo conhecimento e atitude das mulheres, que continuaram, modificaram ou interromperam o uso do AOC.



## 4 MÉTODO

### 4.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de estudo experimental, o qual contempla três características básicas: manipulação, grupo controle e randomização.

A manipulação, nesta pesquisa, foi efetuada pela aplicação de duas modalidades de intervenções educativas. O grupo controle correspondeu ao grupo de participantes cujo desempenho foi avaliado com relação aos grupos experimentais (grupos que receberam as intervenções educativas) acerca das variáveis conhecimento, atitude e prática (variáveis dependentes). A randomização ocorreu por designação aleatória das participantes para o grupo controle e para os grupos experimentais (POLIT; BECK 2011).

Os sujeitos da pesquisa foram designados randomicamente para os grupos experimentais ou controle sendo ambos os grupos submetidos a um pré-teste e pós-teste. Desse modo, a mensuração, neste estudo, seguiu o proposto por SOUZA; DRIESSNACK; MENDES (2007):

GC	R	O		O
GE <sub>1</sub>	R	O	X <sub>1</sub>	O
GE <sub>2</sub>	R	O	X <sub>2</sub>	O

Onde:

GC - Grupo controle

GE<sub>1</sub>- Grupo experimental 1

GE<sub>2</sub> - Grupo experimental 2

R- Randomização

O - Pré-teste e pós-teste

X1- Intervenção 1

X2 Intervenção 2

### 4.2 Local de realização do estudo

Para a seleção do local de estudo levou-se em consideração a oferta de serviço em Planejamento Familiar (PF), cujo universo favorece o atendimento dos objetivos propostos para a pesquisa.

O sistema de saúde do município de Fortaleza, Ceará, apresenta capacidade instalada para efetivação da atenção primária, secundária e terciária em saúde. Este é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em serviços interestaduais. Na atenção primária, estão os 92 Centros de Saúde da Família (CSF), que atendem nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER I, II, III, IV, V e VI) (FORTALEZA, 2007).

Pesquisa avaliou o conhecimento de usuárias de Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) em serviços de PF instalados nos CSF das Seis Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza-CE. Essa avaliação constatou lacunas no conhecimento das usuárias do método nos CSF das seis SER (AMERICO et al., 2013). Diante dessa realidade, foi selecionado de forma intencional um CSF ligado a Regional III e outro à Regional VI.

O CSF Anastácio Magalhães (CSFAM) - SER III foi selecionado para a realização deste estudo por ser um serviço de referência na prestação de cuidados à saúde da mulher e por ter uma conjuntura organizacional que favorece a realização do estudo, tanto pela estrutura física ampla, que possibilitou a realização das intervenções em ambiente próprio e privativo, quanto à abertura dada pelo serviço à realização de pesquisas.

Situado no bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, o CSFAM oferece à comunidade diversos serviços (entre os quais o PF), atendendo a todas as estratégias previstas na Equipe de Saúde da Família (ESF). Constitui-se em campo de estágio e pesquisa para profissionais da área da saúde de diversas universidades de Fortaleza, em todos os níveis de formação, cooperando sobremaneira para a qualificação do profissional de saúde.

O Centro de Saúde da Família Mattos Dourado - SER VI situa-se no bairro Edson Queiroz e, assim como o CSFAM, foi selecionado por dispor de estrutura física e equipe de profissionais favoráveis à realização da pesquisa.

O trabalho de campo realizou-se nos dias úteis e nos dois turnos de atendimento dos CSF. Mulheres foram abordadas nos diversos setores de atendimento desses centros, a fim de otimizar a captação das participantes. Constatada a adequação da mulher ao critério de inclusão na pesquisa, a mesma era convidada a participar e seguia-se com os passos da pesquisa.

### **4.3 População e amostra**

Para obtenção do número amostral, recorreu-se à fórmula com cálculo do tamanho de amostra para comparação de grupos (ver abaixo). Foi estabelecido um nível de confiança de

95%, uma diferença clinicamente relevante de 1,0 (diferença estabelecida pela pesquisadora com base nos escores do Inquérito CAP utilizado para o estudo) e poder do estudo de 0,8. Com estes parâmetros o tamanho amostral obtido para cada grupo de participantes foi de 50. Para eventuais perdas de informantes e/ou de informações, acrescentou-se uma margem de erro de 20% ao tamanho da amostra calculado, implicando, dessa forma, cada grupo ser composto por 60 mulheres, perfazendo 180 no total. O critério de inclusão estabelecido foi o uso atual de AOC.

$$n = \left( \frac{Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}}{d} \right)^2$$

Em que:

$Z_{\alpha/2}$  = valor do erro alfa (1,96)

$Z_{\beta}$  = valor do erro beta (0,8; 20%)

d = diferença mínima clinicamente relevante

A randomização foi baseada em uma sequência de números aleatórios, gerada em programa estatístico. Os números da sequência tiveram as representações que se seguem: o número 1 correspondeu ao GE1, o número 2 correspondeu ao GE2 e o número 3 ao Grupo Controle (Figura 1). Assim, a primeira participante eleita para o estudo foi alocada no grupo controle, a segunda participante também foi para o grupo controle, a terceira fez parte do GE1 e assim ocorreu sucessivamente. Devido às perdas ocorridas no decorrer do estudo, o número total de mulheres correspondeu a 146, sendo que a distribuição final desse quantitativo após a randomização das participantes se deu da seguinte forma: 48 mulheres perfizeram o GC, 48 mulheres o GE1 e 50 mulheres o GE2.

As perdas de participantes ocorridas no transcurso da pesquisa decorreram principalmente do não comparecimento de parte das mulheres às intervenções em grupo, uma vez que estas eram agendadas, implicando em um novo retorno ao serviço. Outro momento de perdas correspondeu aos contatos telefônicos para realização dos inquéritos CAP após 60 dias da intervenção, uma vez que alguns números de telefones se mostraram inexistentes e em outros a ligação não era atendida, apesar de uma média de quatro tentativas por participante.

Figura 1- Sequência para alocação aleatória das participantes entre os diferentes grupos propostos para o estudo.

[1]	3 3 1 1 2 2 3 3 1 1 1 2 3 1 2 1 2 2 1 2 3 1 2 1 1 3 3 2 3 3 1 3 1 2 3 1 1 3 3 2 2 2 2 1
[45]	1 1 3 3 2 1 1 1 1 1 1 3 2 2 2 3 2 2 3 1 3 2 3 3 1 3 3 2 1 3 3 2 2 3 1 2 3 2 3 1 1 1 1 1
[89]	3 1 2 3 1 3 3 2 2 1 3 3 3 1 1 3 3 1 3 2 1 1 3 2 3 2 2 3 2 3 3 1 3 1 1 3 1 2 3 1 3 2 2 1
[133]	1 2 2 1 2 1 2 2 3 1 2 3 3 2 3 3 2 3 2 2 3 2 1 3 2 1 2 1 2 2 1 2 3 2 1 2 3 2 2 3 1 3 2 1
[177]	2 1 2 1

Fonte: Elaborado a partir de programa estatístico

O processo aleatório ou randomização, consoante Marconi e Lakatos (2001) permite que a seleção amostral ocorra de modo que cada membro da população tenha a mesma probabilidade de ser escolhido. Esta forma de seleção (probabilística) possibilita a utilização de tratamento estatístico, que permite compensar erros amostrais para a representatividade e significância da amostra.

#### 4.4 Coleta de dados

O período de coleta de dados correspondeu aos meses de Junho de 2013 a Janeiro de 2014.

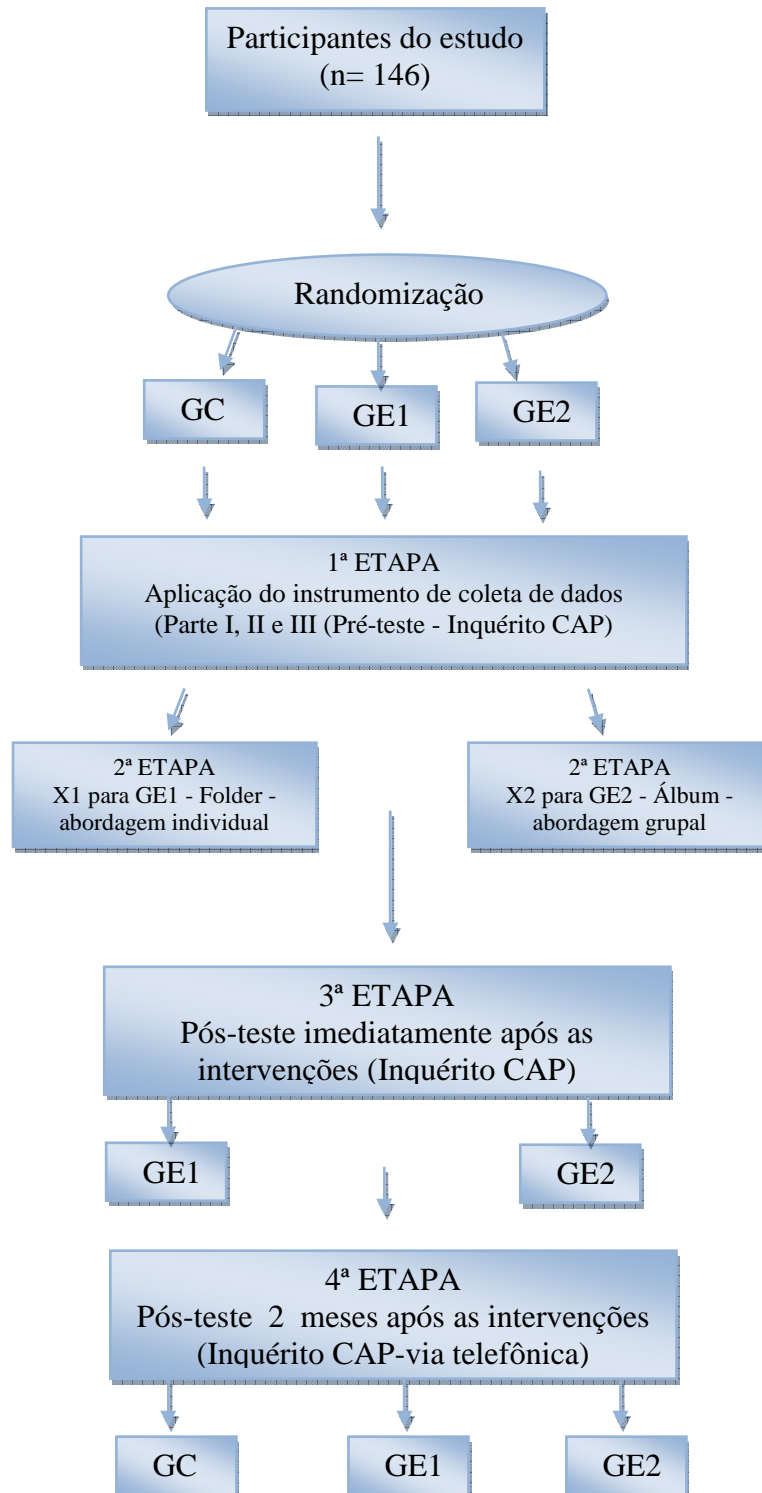
O instrumento concebido para coleta de dados foi estruturado em três partes: (I) características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas das participantes; (II) informações recebidas pelas participantes sobre AOC e suas fontes; e (III) conhecimento sobre o AOC, atitudes relacionadas ao AOC; e uso consistente de AOC. A parte III constitui, pois, o inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). O uso consistente de AOC envolve a obediência aos seguintes aspectos: o início do uso da cartela deve se dar nos cinco primeiros dias após iniciada a menstruação ou em qualquer período do ciclo menstrual, desde que a mulher esteja segura de que não está grávida, associando um método complementar por sete dias; o início do uso da cartela subsequente deve ocorrer após sete dias do término da cartela anterior; a pílula deve ser tomada diariamente e sempre no mesmo horário sem esquecimento (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

As variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas exploradas foram: idade, condição de união, renda familiar, escolaridade, número de filhos vivos, intervalo gestacional, tempo de uso e indicação do AOC atual e intensidade da intenção de engravidar (desejo de

conceber). Nas informações recebidas sobre AOC e suas fontes foram questionadas a indicação do método atual (AOC) e o recebimento de orientações pertinentes ao uso (Apêndice C).

A coleta de dados se deu nos serviços selecionados como campo de pesquisa e foi antecedida pelo envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) e mediante autorização para realização da pesquisa emitida via ofício pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza-CE. Após isso, transcorreram-se as etapas ilustradas na Figura 2.:

Figura 2- Organograma de estudo experimental com aplicação de estratégias de educação em saúde voltadas ao uso consistente de anticoncepcional oral combinado.



Fonte: Elaborada pela autora

#### 4.4.1 1ª Etapa – *Caracterização demográfica, socioeconômica, reprodutiva e informações sobre AOC e Inquérito CAP.*

A referida caracterização e informações recebidas sobre AOC e suas fontes foram investigados unicamente na 1ª Etapa, juntamente com o inquérito CAP (pré-teste). Isso foi realizado com todo o quantitativo amostral (GC, GE1 e GE2). Inicialmente, realizou-se entrevista para a obtenção dos dados correspondentes às partes I, II. Em seguida utilizou-se o inquérito CAP (pré-teste) por meio de leitura dirigida (participante e pesquisadora), em que a participante assinalava a resposta de sua escolha.

A aplicação do CAP pós-intervenções ocorreu de modo semelhante, ou seja, o preenchimento foi também efetuado pela participante antecedido por leitura dirigida, porém com orientação coletiva (participantes e pesquisadora), uma vez que o grupo estava todo reunido. A leitura dirigida (apoiada pelo pesquisador, quer de forma individual ou coletiva) oferece maior agilidade na coleta dos dados e reduz a omissão de respostas em determinados itens, bem como interpretações dúbias sobre as questões apresentadas, percepções também afirmadas no Manual do Aplicador do Estudo CAP (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002). Durante a aplicação do inquérito CAP, havia a presença de duas auxiliares de pesquisa para apoio à aplicação do CAP a eventuais participantes sem escolaridade.

Inquéritos ou metodologias CAP refletem o saber, pensar e praticar de pessoas sobre determinada situação ou evento. Podem identificar o conhecimento, lacunas, crenças culturais ou padrões de comportamentos que facilitam ou dificultam a compreensão e ação de indivíduos acerca de sua saúde. Esses inquéritos apontam a informação que é vulgarmente conhecida, bem como as atitudes e práticas que são comumente realizadas. Dentre as finalidades descritas para o CAP, estão: definir prioridades para programas de saúde pública, estimar recursos necessários para efetivação de ações sanitárias, selecionar meios efetivos de comunicação e medir resultados de intervenções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Considerando que o CAP possui características diagnósticas e avaliativas, se julgou coerente utilizá-lo na presente pesquisa. No primeiro momento, este determinou uma linha de base (diagnóstico) caracterizando o pré-teste (1ª Etapa), e em momento posterior possibilitou avaliação final como pós-teste (3ª e 4ª Etapas) (MARTINS, 2010).

As definições de conhecimento, atitude e prática adotados para a pesquisa provieram de Marinho et al.(2003), que descreve:

**Conhecimento:** significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

**Atitude:** é essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.

**Prática:** é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social (MARINHO et al., 2003 p. 577-578).

O CAP foi elaborado pela pesquisadora e teve como eixo central o uso consistente de AOC. Para sua elaboração foram obtidos subsídios do estudo realizado pela pesquisadora, no município de Fortaleza-CE, ao detectar lacunas no manejo das mulheres quanto uso do AOC (AMÉRICO et al., 2013). Com o suporte das definições supracitadas, adaptadas para temática proposta, a investigação do CAP de uso consistente do AOC foi realizada como descrito a seguir:

- *Conhecimento sobre uso consistente de AOC.* O conhecimento sobre uso consistente foi medido por nove questões de quatro itens. Cada questão teve quatro tipos de respostas: uma resposta correta, duas incorretas e um item “não sei”. As respostas corretas tiveram o valor de um ponto cada. Dessa forma, o total de escores pode variar de 0 a 9 (Apêndice D). A possível variação entre os escores, obtidos a partir do acerto das questões, foi categorizada, para fins de análise, da seguinte forma: as participantes que acertaram entre 0 e 4 questões receberam a classificação “Conhecimento Mínimo (Cmin)”, ao acerto de 5 ou 6 questões se configurou “Conhecimento Moderado (Cmod)”; de 7 ou 8 questões “Conhecimento Bom (Cbom)” e 9 questões “Conhecimento Excelente (Cexc)”. Tal classificação tomou por base o estudo de Gazibara et al., (2013).

Os itens elaborados para avaliação do conhecimento contemplaram: finalidade do uso de AOC; uso da primeira cartela; uso das cartelas subsequentes; horário de tomada do AOC; procedimento em caso de esquecimento; efeitos colaterais e complicações relacionadas ao uso.

- *Atitudes para uso consistente de AOC.* Na seção de atitudes foram investigadas opiniões ou crenças que poderiam favorecer ou desfavorecer o uso do AOC. Para tanto, três aspectos foram analisados: 1) Opinião das mulheres sobre a importância de se tomar o AOC todos os dias e no mesmo horário, para que a gravidez seja evitada; 2) Opinião das mulheres sobre



continuação do uso de AOC na vigência de efeitos colaterais; 3) Opinião das mulheres sobre uso de AOC e prejuízos futuros à fertilidade. A atitude foi mensurada através destes três questionamentos compostos, cada um, por cinco itens tipo *Likert*, com cinco opções de resposta (concordo totalmente, concordo, nem concordo e nem discordo, discordo e discordo totalmente). A escolha de tais aspectos tomou por base dissertação, manual e artigos científicos que os apresentaram como fatores contribuintes para desuso do AOC (AMÉRICO, 2010; BAHAMONDES et al., 2011; CHEN et al., 2013; GROVER; HOOPER, 2011; HAMANI et al., 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Desse modo, a participante foi considerada com “atitude favorável” para uso consistente do método caso respondesse “concordo” ou “concordo totalmente” aos três itens acima descritos, designados para avaliação da atitude. Caso a mulher referisse em algum dos três itens, “discordo” ou discordo totalmente”, esta seria considerada com atitude desfavorável ao uso consistente do método. Uma atitude neutra configurada pela resposta “nem concordo nem discordo” também foi considerada como desfavorável por se considerar, nesse caso, que a mulher estaria mais vulnerável a assimilar crenças, mitos ou influências sociais negativas relacionadas ao método (DEIJEN; KORNAATT, 1997).

- *Prática ou uso consistente do AOC.* A prática relacionada ao AOC foi medida através de questões fechadas e relacionadas aos aspectos: padrão de uso da pílula, em que se escrutinou a frequência de esquecimento na tomada das pílulas; procedimento de início de cartelas subsequentes e padrão de horário para tomada da pílula. A prática foi avaliada considerando cada um desses enfoques (padrão de uso, intervalo de pausa entre cartelas e horário de tomada da pílula) podendo ser categorizada como “Prática Consistente (PC)”, “Prática Habitual (PH)” e “Prática Inconsistente (PI)”. Essas nomenclaturas foram adotadas tomando por base a OMS e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Quanto ao padrão de uso/esquecimento de pílulas, a prática foi classificada como “PC” quando as mulheres responderam: “nunca esqueci” (ao que se refere a tomada da pílula); foi considerada como “PH” quando se obteve a resposta “Eu quase nunca esqueço, mas quando acontece, tomo a pílula do dia que esqueço e tomo a do dia certo” e “PI” quando as mulheres atribuíram outra resposta (Apêndice -D).

No que se refere à prática relacionada ao intervalo de pausa entre as cartelas, esta foi relacionada como “PC” quando as mulheres referiram: “Quando a cartela acaba eu conto sete dias e então início uma nova cartela no oitavo dia”; A “PH” foi classificada frente às respostas: “Eu espero a menstruação descer, depois eu tomo a pílula no primeiro dia da

menstruação” ou “Eu só começo a tomar no quinto dia da menstruação.” A “PI” foi definida a partir da resposta: “Eu espero a menstruação descer e conto alguns dias depois que ela acaba para eu começar”.

Com relação ao horário de tomada das pílulas se classificou “PC” diante da resposta “Eu sempre tomei todos os dias e na mesma hora”; “PH” para “Eu sempre tomei todos os dias, mas a hora mudou algumas vezes” e “PI” quando houve outro padrão de resposta.

A primeira aplicação do pós-teste para os grupos ocorreu no mesmo dia em que foram feitas as intervenções X1 ou X2, a segunda aplicação se deu dois meses após X1 ou X2, pois se acredita que atitudes e práticas possam ser modificadas nesse período, principalmente quando se considera usuárias iniciantes de AOC, cujo trimestre inicial corresponde a um período de adaptação do organismo feminino ao recebimento do método. O grupo controle respondeu a somente um pós -teste (que ocorreu no período de 60 dias após o pré teste). O período de dois a três meses para aplicação do pós-teste também é ratificado por estudos nacionais e internacionais (LEE et al, 2011; LITTLE et al,1998; SILVA, 2009). A fim de diminuir as perdas de continuidade para esta pesquisa, optou-se pela realização do pós-teste após 60 dias por via telefônica.

O instrumento de coleta de dados foi pré-testado em campo mediante a aplicação com dez usuárias de AOC, para verificar a clareza e facilidade de compreensão. Após a pilotagem foram feitas adequações quanto à escrita, tornando-a de mais fácil compreensão (KALIYAPERUMAL, 2004).

#### 4.4.2 2ª Etapa - Intervenção X<sub>1</sub>:

Esta se efetivou mediante utilização de artefato tradicional e usualmente utilizado por profissionais da saúde e de outras áreas para fins educativos, o folder. O tempo requerido para a confecção de um folder específico para esta intervenção (Apêndice B) pela pesquisadora se concentrou mais previamente, na escolha dos aspectos a serem abordados relacionados à temática de interesse, público-alvo e no que diz respeito à impressão (reprodução) (SILVA, 2009). Para tanto, realizou-se extensa busca em sites de organizações internacionais e nacionais (Organização Mundial da Saúde - OMS, Ministério da saúde - MS, Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM) que contemplam em suas publicações o uso de AOC. O material teve seu conteúdo e ilustração testados entre 10 usuárias de AOC, no sentido de avaliar se a linguagem textual e as figuras estavam compreensíveis. Mudanças foram efetuadas com relação à formulação das perguntas que versaram sobre o início da cartela de

pílulas e sobre a opinião das mulheres com relação ao uso de AOC e dificuldade para engravidar. O termo AOC foi substituído por “pílula” e infertilidade “por dificuldade para engravidar”. A pergunta referente ao início da cartela agregava no enunciado duas possibilidades, a de iniciar a cartela no período menstrual e também fora dele. Como esta última informação era desconhecida por algumas, elas declaravam não saber responder, assim tal questionamento foi subdividido em duas questões.

Na  $X_1$  foi oferecido atendimento individual utilizando como estratégia educativa a leitura dirigida do folder, contendo explicações quanto ao uso consistente do AOC.

Após a leitura dirigida pela pesquisadora, que estimulou a elaboração de perguntas dando os devidos esclarecimentos, o folder foi levado pela participante e a mesma foi estimulada a ler com seu companheiro e sempre que surgissem dúvidas.

Para que a leitura do folder se tornasse proveitosa, foi enfatizada para a participante a importância em se manter a atenção, para assimilação e apreensão dos conteúdos básicos do texto, e foi esclarecido o propósito de tal leitura, para que houvesse proveito intelectual por meio da aplicação do folder (MARCONI; LAKATOS, 2009).

O procedimento para implementação dessa estratégia seguiu o realizado por Silva (2009). Deste modo, nas unidades básicas se dispôs de espaço fechado e privativo onde se pode ler juntamente com a participante o folder com informações sobre o AOC.

A aplicação do folder se deu pela pesquisadora principal, que contou com o auxílio de três acadêmicas de Enfermagem da UFC, 7º semestre, treinadas para tal e participantes do Grupo de Estudos Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva (GESARE) do Departamento de Enfermagem da referida instituição.

A aplicação do folder e do inquérito CAP foi feita por pessoas diferentes, ou seja, pela pesquisadora principal e de uma acadêmica de Enfermagem.

#### *4.4.3 2ª Etapa - Intervenção $X_2$ :*

A Intervenção  $X_2$  teve sua metodologia construída sob a égide de um método educativo problematizador, fundamentado no diálogo entre os sujeitos envolvidos e a moderação por um coordenador com habilidades comunicativas (que evite a indução de respostas ou comportamentos), flexibilidade e consideração do cotidiano vivido e do saber anterior do educando. Este método pedagógico se fundamenta nos preceitos da Educação Popular em Saúde e se configura como

(...) modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade (...) Em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, através de discussão aberta (BRASIL, 2007, p.21).

Por entender, nessa perspectiva, que intervenções educativas devem contemplar um método ativo, dialogal e participante utilizou-se os pressupostos da educação popular em saúde na execução desse tipo de estratégia:

Este método pedagógico considera como etapa inicial para sua execução a consideração do “saber” ou as percepções anteriores do educando, para que a partir daí possam ser problematizadas as questões de interesse.

Nesta perspectiva, com o ensejo de ilustrar o cotidiano (saber apreendido) de usuárias de AOC na prática do método, se construiu uma tecnologia educativa (como forma de intervenção educativa) ilustrando situações típicas vivenciadas por mulheres que usam a pílula, bem como dúvidas, mitos e tabus relacionados. Para tanto, se considerou os preceitos da educação popular em saúde e os estudos de Martins (2010) e Vasconcelos (2008). As etapas percorridas para elaboração da tecnologia são descritas a seguir:

1. Consideração do cotidiano do grupo a ser trabalhado: a realização de estudo prévio, por Américo (2010), avaliou aspectos do uso típico de AOC e possibilitou a reunião de conceitos típicos de usuárias desse MAC. Por meio da transcrição de falas foram reunidos equívocos associados ao início das cartelas (primeira cartela e cartela subsequente); irregularidades no horário e periodicidade de tomada do AOC; crenças e mitos associados ao surgimento de “uma massa no útero”, “raladura”, cistos ou tumor, infertilidade, inflamação e perda de ação do AOC causada pelo seu uso prolongado. A partir dessa apreensão foram escolhidas palavras, conceitos e expressões, que subsidiaram a abordagem da intervenção educativa, no direcionamento do diálogo com as mulheres avaliadas.

Sendo assim, a consumação dessa etapa subsidiou a construção do recurso visual e gráfico utilizado para esta estratégia educativa (instrumental).

Os termos ou jargões detectados nessa etapa compuseram o linguajar do instrumento utilizado na X<sub>2</sub>. A seleção das palavras nessa fase se deu mediante maior ou menor teor de conscientização que a palavra traz em potencial, ou conjunto de reações socioculturais que a palavra gera na pessoa ou grupo que a utiliza (MARCIEL, 1963).

2. Criação de situações típicas no uso do AOC: as situações típicas foram trabalhadas com as usuárias de pílula através da confecção de um álbum seriado (tecnologia educativa)

ilustrando contextos típicos de usuárias de AOC. O álbum foi dividido em seções que reuniu uma ou mais figuras, quais sejam: 1ª Seção: Recebimento da cartela de pílulas no serviço e início do uso (as gravuras ilustraram o início da cartela no primeiro dia da menstruação); 2ª Seção: mulheres abrindo uma cartela nova de AOC transcorridos sete dias após o término da cartela anterior e conduta em caso de esquecimento de um ou duas pílulas; 3ª Seção: ilustração dos principais efeitos colaterais relacionados ao uso de AOC (as figuras dessa seção ilustraram mulheres sentindo dores de cabeça, náuseas, sensibilidade mamária, alterações na menstruação (sangramento ocasional, irregular, em menor quantidade) e alterações no peso (Apêndice A) (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Munida de material teórico, a pesquisadora contou com o trabalho de técnica especializada em elaboração de desenhos – designer que reproduziu figuras condizentes com a realidade em estudo (MARTINS, 2010). No verso de cada situação criada e ilustrada mediante os desenhos foram impressos textos esclarecedores de cada um dos contextos apresentados (roteiros) a fim de auxiliar a pesquisadora quanto ao conteúdo a abordar e, por conseguinte, no diálogo com as participantes. Esses esclarecimentos subsidiarão os profissionais que lidam com o PF, que poderão se valer desta tecnologia, produzida para esta pesquisa, mas que poderá ser replicada nos serviços que atendem usuárias de AOC. Assim como afirmado por Vasconcelos (2011), a aplicação dessa estratégia educativa se justificou pela intenção de oferecer ferramentas necessárias para transformação da posição ingênua e passiva de educandas a uma posição crítica e transformadora que colabore, no contexto dessa pesquisa, para aquisição de bons níveis de conhecimento e atitude, bem como de prática ou uso consistente do AOC.

O local destinado para a intervenção educativa se deu em sala reservada, com cadeiras dispostas em semicírculo, sem movimentação de pessoas estranhas à atividade, a fim de possibilitar maior controle pela pesquisadora durante o processo. A intervenção foi realizada com no máximo 15 participantes por grupo (MARTINS, 2010). Cada grupo participou de uma intervenção educativa (único encontro). Cada sessão educativa contou com a presença da pesquisadora principal e de uma Enfermeira como auxiliar. A pesquisadora principal coordenou todos os encontros e conduziu todas as intervenções educativas mediante o uso do álbum, perfazendo o quantitativo de mulheres pertencentes a este grupo (n = 50).

Uma enfermeira, que auxiliou na execução da pesquisa, coordenou a aplicação do inquérito CAP no pós-teste imediato. Esta somente adentrava na sala após o término da intervenção, momento em que a pesquisadora principal ausentava-se, cuidados adotados para evitar algum viés. Ressalta-se que o produto final das intervenções educativas (folder ou

álbum ilustrativo) poderá ser reproduzido pelos serviços de atenção básica à saúde voltados ao planejamento familiar, como subsídio para práticas de educação em saúde.

#### 4.4.4 3ª e 4ª Etapas – Momento Avaliativo

Imediatamente após (para GE<sub>1</sub> e GE<sub>2</sub>) e dois meses após a realização das intervenções educativas foi aplicado o Inquérito CAP nos três grupos (GC, GE<sub>1</sub>, GE<sub>2</sub>). O CAP pós- imediato se deu nos locais descritos e selecionados para este estudo. O CAP após 60 dias se deu por contato telefônico. O método CAP foi aplicado novamente para verificar se houve mudanças no conhecimento, atitude e prática das participantes do estudo. Durante as ligações telefônicas foi questionado às participantes sobre o recebimento de quaisquer informações adicionais relacionadas ao AOC nesse ínterim de sessenta dias. Nenhuma participante veio a ser excluída por esta razão.

As ligações telefônicas foram feitas pela pesquisadora principal e duas auxiliares, porém uma delas ficou responsável pela codificação das participantes e por isso não efetivou contato telefônico. Com o intuito de tornar desconhecido pelas pesquisadoras responsáveis pela ligação telefônica, o grupo a que cada mulher pertencia, procedeu-se da seguinte forma: uma das pesquisadoras auxiliares elaborou uma “ficha controle” com o nome das participantes e seus respectivos grupos (GC, GE<sub>1</sub>, GE<sub>2</sub>). Para cada mulher, contudo, tal pesquisadora criou um código de identificação, designado pela letra “P” (Participante) acompanhado por algarismos arábicos (P1, P2, P3... P180). Nessa ficha controle continha a data em que cada mulher realizou o pré-teste e as intervenções educativas. Todos os inquéritos preenchidos ficaram sob sua posse, bem como a ficha controle. Assim, após a consumação das intervenções educativas e aplicação de pré-teste no GC, periodicamente, duas das pesquisadoras recebiam os inquéritos CAP a serem aplicados por via telefônica sem quaisquer identificações da participante, somente com o código antes descrito. Assim, não se conheceu o grupo pertencente das mulheres durante as ligações.

#### 4.5 Gerenciamento de dados e análise estatística

Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. As variáveis contínuas foram expressas mediante o cálculo da média e desvio padrão; para as categóricas foram obtidas frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a existência de fatores relacionados ao conhecimento, atitude e prática de usuárias de AOC foram utilizados os testes Qui-quadrado e de Pearson e o Teste exato de Fisher.

Para verificação de correlação entre o nível de conhecimento, tipo de atitude e prática nos momentos de pré, pós-teste imediato e pós-teste sessenta dias foram utilizados os seguintes testes não paramétricos: Teste de Correlação de Spearman para o conhecimento, Teste de Cochran para Atitude e Teste de Homogeneidade Marginal para a prática.

Para as análises, um valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado conforme o parecer nº 427302. As participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Foi assegurado o anonimato das participantes, segundo as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa foram realizados 201 inquéritos CAP, porém, tendo em vista a descontinuidade no transcurso do estudo, o total amostral passou a ser de 146 usuárias do serviço público de saúde de Fortaleza-CE, na adscrição das Secretarias Regionais III (88 - 60%) e VI (58 - 40%).

O tempo de uso do AOC variou de 2 meses a 13 anos, sendo que 83 (57%) mulheres usavam o método por até 3 anos e 44 (30%) usava o método por um período superior a 5 anos .

Estudos que analisaram o CAP de mulheres frente ao uso de AOC encontraram variações quanto ao tempo de uso, de 10 meses (CHEN et al., 2003), dois anos (GAZIBARA et al., 2013) e 11,4 anos (BUI et al., 2013).

Em estudo realizado no mesmo município da presente pesquisa também foi visto variação nesse quesito. A média do tempo de uso encontrada foi de 51,4  $\pm$ 48 meses. Contudo, do total de observações, até 75% das mulheres estavam a utilizar o AOC por seis anos (AMÉRICO, 2010).

Frente aos relatos das participantes atinentes às indicações para início do uso de AOC, ressaltaram-se grupos distintos, bem como o uso por conta própria (68 - 46,6%), indicação por profissional médico (57 - 39%), por enfermeiro (10 - 6,8%) ou por familiares, amigas e companheiros, categorizados aqui como outros (11 - 7,5%).

Na década de 90 foi feita uma análise secundária em prontuários médicos, em que se extraíram dados sobre o conhecimento e indicação de anticoncepcionais orais a adolescentes. Na maior parte dos registros, as fontes de informação mais prevalentes foram os amigos, os parentes e os parceiros, nesta ordem (SCHOR; LOPEZ, 1990).

Alves e Lopes (2008) demonstraram que a influência para escolha do anticoncepcional decorre principalmente de informações dadas por médico ou outro profissional da saúde ou às informações contidas em livros, revistas, televisão e internet.

Américo (2010) encontrou que mais da metade, ou seja, 138 (52%) das participantes de seu estudo realizado em Fortaleza-CE relataram a indicação do AOC pelo médico e 25 (9,5%) pelo enfermeiro.

Em pesquisa realizada em 2013, na Sérvia, com 464 estudantes de Medicina encontrou-se que 54% das usuárias de AOC obtiveram informações sobre o método com ginecologistas e 36% referiram como fontes de informações adicionais a pesquisa feita em livros e internet (GAZIBARA et al., 2013).



Frente aos resultados expostos, observa-se diferenças com relação a fonte de informação inicial para uso da pílula. Tal achado pode refletir os diferentes contextos em que as pesquisas foram realizadas. Nos estudos de Alves e Lopes (2008) e de Gazibara et al (2013), por exemplo, as participantes foram mulheres com bom nível de escolaridade e de poder aquisitivo, o que pode explicar a fonte extra de recursos de informações relacionadas ao AOC, tais como livros ou internet.

As mulheres que dependem do serviço público de saúde, como as que participaram da presente pesquisa e da pesquisa de Américo et al., (2013) se não tiverem acesso a informações sobre o MAC no serviço de planejamento familiar ficam a mercê de consumir o método por conta própria ou por influência de amigos e familiares, o que pode desfavorecer um uso consistente.

Foi identificada uma preponderância de indicação do AOC pelo médico. Contudo, apesar de se presumir que os profissionais de saúde são as pessoas mais habilitadas para o repasse das orientações concernentes ao método, nestes, também, pode haver repasse de informações incorretas ou a tomada de condutas inadequadas, tais como prescrever um MAC quando há condições clínicas que contraindicam seu uso (AMÉRICO, 2010; GROVE; HOOPER, 2011).

Tal observação ratifica a importância da educação contínua entre os profissionais que lidam com o PF, visto que há necessidade do fornecimento de informações completas e corretas, evitando que mulheres consolidem conceitos errôneos apreendidos outrora.

Para atender adequadamente às clientes, os profissionais precisam unir o saber teórico do prático; a aquisição e atualização de conhecimentos contribuem para um atendimento integral e qualificado. Assim sendo, é mister que todo profissional conheça o que se tem produzido cientificamente sobre sua área de atuação e, posteriormente, também seja produtor de conhecimento com base em suas vivências e intervenções práticas.

Das 67 mulheres que declararam a indicação do método pelo médico ou enfermeiro, 63 (94%) afirmaram ter recebido orientações destes profissionais sobre o método. Dentre as modalidades investigadas (orientação por abordagem individual, grupal ou ambos), sobrepujou a modalidade individual, efetivada em consultório, o que correspondeu a declaração de 61(97%) participantes.

No que concerne ao teor das orientações, os aspectos mais enfatizados pelos profissionais foram como iniciar o uso da cartela de pílulas, horário de tomada e intervalo de dias a ser dado entre as cartelas (40 - 63,5%). O procedimento em caso de esquecimento de uma ou mais pílulas foi referido por 9 (14%) mulheres. Os efeitos colaterais foram

orientados a 11 (17,5%) e a orientação acerca dos riscos à saúde advindos do método só foram referidos por 3 (5%) mulheres.

As mulheres terão mais chances de utilizar o AOC de forma consistente (condição *sine qua non* para que menos de uma gravidez ocorra em cada 100 mulheres que utilizam AOC no primeiro ano) quando os profissionais, adotando tecnologias educativas eficazes, repassem informações adequadas e promovam uma escolha livre e esclarecida do método.

As informações dadas devem incluir a compreensão da eficácia relativa do método; uso correto; como o mesmo funciona; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios do método para a saúde; sinais e sintomas que necessitariam de um retorno ao serviço de saúde; informações quanto ao retorno à fertilidade após a interrupção do uso do método; e informações sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Todas e não somente algumas dessas informações devem ser fornecidas à usuárias (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

No contexto da anticoncepção, o Ministério da Saúde declara ser necessária além do acompanhamento clínico a oferta de informações e aconselhamento para a promoção de uma escolha livre e informada acerca do MAC que se elege para uso (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, fomenta-se o enfoque educativo, considerado um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e saúde reprodutiva. A educação deve ser um processo de construção permanente, em que se criem possibilidades para produção e construção do conhecimento (BRASIL, 2010). Essa construção pode ser efetivada mediante o uso de estratégias educativas que proporcionem à mulher a oportunidade de protagonizar suas decisões a partir das informações que obtém dos profissionais. Estes, por sua vez, podem se munir de variadas tecnologias que os instrumentalizem nesse repasse de informações em saúde.

#### 4.1 Perfil sócio demográfico e Conhecimento - Atitude - Prática de usuárias de Anticoncepcionais Orais Combinados

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica de usuárias de anticoncepcional oral combinado. Fortaleza-CE, Junho de 2013 a Jan 2014.

<b>Características das participantes (n = 146)</b>		<b>n (%)</b>
<b>Idade (em anos)</b> $\bar{x} = 26$ desvio padrão (dp) = 6,7		
15-19		30 (20,5)
20-35		102 (70)
36-45		14 (9,5)
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>		
< 9		25 (17)
9		13 (9)
10-11		44 (30)
12		52 (36)
>12		12 (8)
<b>Renda Familiar (em salário mínimo) * (n = 128)</b>		
< 1		13 (10)
1-3		108 (84,3)
> 3		7 (5)
<b>Condição de união</b>		
Companheiro fixo		116 (79)
Companheiro eventual		29 (20)
Ambos		1 (1)

Fonte: Elaborado pela autora

\* Salário mínimo vigente no período = R\$ 678,00

A Tabela 1. reúne a caracterização sociodemográfica das participantes (n = 146). A média de idade foi de  $26 \pm 6,7$  anos. Percebeu-se um predomínio de mulheres na fase adulta, entre 20 e 35 anos. O uso de AOC entre adolescentes foi visto em 20% da amostra. O menor percentual encontrado foi para mulheres com idade entre 36 e 45 anos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde, praticamente todas as mulheres podem utilizar o AOC, inclusive as adolescentes e mulheres acima de 40 anos. A idade somente passa a ser uma condição avaliada para uso do método quando associada a fatores de risco, como tabagismo e enxaqueca, em que mulheres com idade acima de 35 anos devem ter o método prescrito com parcimônia (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Pesquisas mostraram que a idade mais avançada pode associar-se com maior conhecimento acerca de métodos anticoncepcionais em geral (BELO; SILVA, 2004; HALL et

al., 2010). Possíveis razões para esse fato são: maior senso de responsabilidade, o que pode conduzir a maior busca por informações e serviços de saúde e desejo de limitar a prole.

Quanto à escolaridade, 96 (66%) mulheres tiveram entre 10 e 12 anos de estudo, perfazendo a maior parte da amostra; 25 (17%) não concluíram o ensino fundamental; 10 (7%) estavam cursando o nível superior e somente 2 (1%) mulheres eram graduadas.

Ao comparar tal achado com os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD realizada em 2012, em que se analisou o nível de instrução de brasileiros com 25 ou mais anos de idade, encontrou-se um predomínio do ensino fundamental incompleto em 33,5% seguido da escolaridade média com 25,2%. As mulheres, nessa pesquisa, tiveram majoritariamente 7,7 anos de estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Outra pesquisa de âmbito nacional, realizada com 15.575 mulheres em seis capitais brasileiras, mostrou em termos de escolaridade, que a maior parte da população feminina possuía de 9 a 11 anos de estudo (36,9%) (BRASIL, 2008). Assim, percebe-se que nesta pesquisa as mulheres apresentaram um melhor nível de escolaridade em comparação às médias nacionais apresentadas.

Mais adiante serão apresentadas as relações existentes entre os níveis de escolaridade e o CAP entre as usuárias de AOC. Contudo, se antecipa que há evidências de que melhores níveis de instrução se associam a maior conhecimento sobre o método (AMÉRICO et al., 2013; BUI et al., 2013; GAZIBARA et al., 2013).

A renda familiar (mediana = 800; SD = 812,7) encontrada foi bem divergente, com um valor mínimo situado em R\$ 150,00 e máximo de R\$ 7.500. A maior frequência relativa, contudo, se direcionou para um salário mínimo, no valor de R\$ 678,00 (45; 30,8%) (valor vigente no ano de 2013). Ao se considerar o número médio de pessoas residentes no mesmo domicílio ( $3,4 \pm 1,47$ ) teve-se que um terço das famílias possuía uma renda *per capita* em torno de R\$ 235,00.

Consoante o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o rendimento médio mensal dos domicílios na região Nordeste foi de R\$ 1.851,00 e a renda *per capita* na região Nordeste foi de 1/2 a 1 salário mínimo. Portanto, observa-se que as mulheres do estudo apresentaram, no geral, uma renda inferior a encontrada na região Nordeste como um todo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Uma menor renda compromete a qualidade de vida, restringe o acesso à informação e educação adequada, o que pode comprometer o conhecimento de usuárias acerca do MAC em uso. Ademais, uma renda familiar baixa impossibilita, muitas vezes, a aquisição de um plano

de saúde privado, levando as mulheres a depender do SUS e dos serviços em saúde por ele ofertados.

Frente a tal realidade enfatiza-se o compromisso que deve existir com relação ao repasse de informações atuais, completas e adequadas por parte dos profissionais de saúde a estas mulheres, pois muitas vezes estas são sua única fonte de informações para o uso consistente do AOC.

O aconselhamento profissional é uma ferramenta estratégica no contexto do PF, pois a partir dele se estabelece uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal. Este visa proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades e tome decisões no contexto reprodutivo (BRASIL, 2010).

A parceria estável foi predominante, visto que 116 (79%) mulheres referiram companheiro fixo, 29 (20%) relataram parceiro eventual e 1 (1%) mulher possuía dois parceiros.

A condição de união monogâmica, presumivelmente tida nas uniões estáveis, consensuais ou casamento, assim como neste estudo, também prevaleceu no Brasil, conforme a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, onde 9.989 (64%) mulheres em idade fértil estavam casadas ou viviam em união consensual (BRASIL, 2008).

O estado monogâmico, que se presume prevalecer em relações estáveis, é dominante no Brasil e no presente estudo. A investigação da condição de união é importante no contexto do PF, porque tópicos de discussão com uma decisão compartilhada, como o planejamento da prole, abortos provocados, e outros aspectos são mais comuns em relações estáveis, merecendo, portanto, uma abordagem profissional durante consultas de PF (MOURA et al., 2010).

No contexto do PF a decisão acerca da constituição familiar deve partir do casal, bem como a escolha dos MACs a serem utilizados. Quando essa escolha ocorre de forma compartilhada presume-se que o parceiro possa auxiliar a mulher na tomada de AOC, através, por exemplo, da lembrança sobre a tomada das pílulas. Porém, assim como os parceiros podem auxiliar e contribuir para o uso consistente do método, crenças e mitos presentes no imaginário do homem podem prejudicar o uso contínuo da pílula.

Em pesquisa qualitativa realizada no Reino Unido, com 26 mulheres em uso adaptado do AOC Microgynon se evidenciou que dentre as razões alegadas para a descontinuação do método houve o aconselhamento do parceiro para a interrupção do método pela crença de “acúmulo” da pílula no organismo (GRAHAM et al., 2013). Posto isso, os profissionais podem informar ao casal, a fim de minimizar as barreiras à iniciação, cumprimento e

continuação de contraceptivos e, em última análise, prevenir gravidezes indesejadas com risco de paternidade prejudicada (GROVE; HOOPER, 2010).

Tabela 2 – Distribuição das usuárias de AOC quanto aos aspectos reprodutivos. Fortaleza-CE, Junho de 2013 a Jan 2014.

<b>Aspectos reprodutivos</b>	
	<b>n (%)</b>
<b>Número de filhos</b>	
Nenhum	50 (34)
1-2	80 (55)
3-4	14 (9,5)
> 4	2 (1,5)
<b>Desejo de conceber</b>	
Nenhum	83 (57)
Pouco desejo	31 (21)
Tanto faz	3 (2)
Desejo regular	22 (15)
Muito desejo	7 (5)
<b>Intervalo interpartal (anos)</b>	
> 2	20 (14)
< 2	89 (61)
Não se aplica	37(25)

Fonte: Elaborado pela autora

No que tange os aspectos reprodutivos, o número de filhos vivos por participante variou entre 0 e 5, em que a maior prevalência foi de mulheres com um filho (63-43,2%), seguindo-se por mulheres sem filhos (50-34,2%). A multiparidade (paridade maior ou igual a quatro) foi observada em 6 (4,1%) mulheres da amostra.

O desejo de engravidar foi negado por 83 (57%) mulheres. Ao investigar o desejo de conceber nos três grupos encontrou-se resultado semelhante, em que mais de 50% das mulheres não possuía desejo atual por ter filhos, ou quando possuíam foi referido como pouco desejo.

O pequeno número de filhos encontrado nesta pesquisa, bem como o baixo desejo de engravidar reflete uma tendência nacional de regulação da fecundidade, que dentre outras razões, advém de modificações ocorridas na estrutura ocupacional brasileira, em que as características principais se voltaram para a inserção da mulher na força de trabalho, quer seja para o auxílio na renda doméstica, quer seja pelas transformações no papel social da mulher, fato confirmado com a taxa de participação feminina no mercado de trabalho, que passou de 31%, em 1981, para 45,3%, em 2011. Em pouco mais de 40 anos, a taxa de fecundidade brasileira passou de 6,2 filhos por mulher, até 1960, para 1,64 filhos por mulher, em 2013 (BEMFAM, 1997; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012, 2014).

História de aborto foi referida por 22 (15%) mulheres, sendo que 7 (32%) referiram aborto provocado e 15 (68%) aborto espontâneo. O intervalo interpartal inferior a dois anos foi relatado por 13 (9%) mulheres.

O atendimento em planejamento familiar é uma excelente oportunidade para discussão de aspectos reprodutivos para com a mulher e/ou casal. A sensibilização para a construção de uma família planejada conforme baixos riscos reprodutivos deve estar presente nas consultas de enfermagem e médica. Homens e mulheres devem ser instigados a refletir se apresentam ou não condições reprodutivas, econômicas ou sociais favoráveis a iniciar ou aumentar a prole de forma saudável. Essa conscientização acredita-se, pode prevenir o curso de gravidezes de risco, não planejadas e suas consequências maléficas, como o aborto provocado.

Tal reflexão é ratificada pelo Ministério da Saúde que afirma ser o planejamento familiar um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Favorece uma prática sexual saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a adaptação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades (BRASIL, 2010).

A partir dos dados ora apresentados verifica-se que, majoritariamente, as mulheres apresentaram faixa etária adulta, com até 12 anos de estudos, renda familiar baixa, parceria fixa e com até um filho vivo. Os riscos reprodutivos foram minimamente evidenciados, uma vez que, menos de 5% referiu multiparidade e menos de 10% intervalo interpartal inferior a dois anos.

Tabela 3- Distribuição das usuárias de AOC quanto ao Conhecimento- Atitude - Prática no Préteste. Fortaleza-CE, Junho de 2013 a Jan 2014.

<b>Conhecimento - Atitude - Prática de usuárias de AOC no Préteste</b>	<b>GC (n = 48)</b>	<b>GE1 (n = 50)</b>	<b>GE2(n=48)</b>
<b>Conhecimento Pré-teste</b>	n (%)	n (%)	n (%)
Mínimo	<b>21 ( 44)</b>	<b>24 (48)</b>	<b>21 (44)</b>
Moderado	15 (31)	18 (36)	20 (42)
Bom	11 (23)	8 (16)	6 (12)
Substancial	1 (2)	-	1 (2)
<b>Atitude Préteste</b>			
Favorável	23(48)	20 (40)	17 (35)
Desfavorável	<b>24 (50)</b>	<b>27 (54)</b>	<b>31 (65)</b>
Neutra	1(2)	3 (6)	-
<b>Prática Préteste</b>			
<b>Prática de uso</b>			
Habitual	<b>22 (46)</b>	14 (28)	16 (33)
Consistente	6 (12)	8 (16)	10 (21)
Inconsistente	20 (42)	<b>28 (56)</b>	<b>22 (46)</b>
<b>Prática de continuação de cartelas</b>			
Habitual	<b>26 (54)</b>	16 (32)	17(35,4)

Consistente	3 (6)	3 (6)	5 (10,4)
Inconsistente	19 (40)	<b>31(62)</b>	<b>26 (54,2)</b>
<b>Prática de horário</b>			
Habitual	<b>19(39,5)</b>	<b>26(52)</b>	20(41,5)
Consistente	18(37,5)	13(26)	<b>22(46)</b>
Inconsistente	11(23)	11(22)	6(12,5)

Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 3. apresenta uma análise individual entre os grupos (GC, GE1 e GE2) acerca do inquérito CAP. A avaliação dos grupos no pré teste mostrou preponderância do CMin, em que mais de 40% das mulheres se detiveram nessa classificação. Assim ocorreu para com a atitude, que foi classificada como desfavorável ao uso consistente do AOC, pois pelo menos 50% das mulheres entre os três diferentes grupos possuíam opiniões desfavoráveis à utilização do método.

No pré-teste, prevaleceu a prática habitual ou inconsistente do uso do AOC, em que se destaca que os grupos que receberam algum tipo de intervenção foram os que apresentaram, em maior proporção, uma prática inconsistente, perfil este que só foi melhorado ao se considerar a prática relacionada ao horário de tomada da pílula. O ensino médio foi o nível de escolaridade que deteve a maior parte das variações entre o conhecimento, atitude e prática.

#### **4.2 Associação entre variáveis sócio-demográficas, desejo de ter filho, ter recebido orientação sobre o AOC e tempo de uso do AOC versus Conhecimento, Atitude e Prática (CAP)**

Neste tópico se almejou verificar possíveis associações existentes entre as variáveis sociodemográficas (idade, renda e escolaridade), desejo de ter filhos, orientação profissional prévia ao uso de AOC e tempo de uso do AOC com conhecimento, atitude e prática das mulheres nos três momentos avaliativos, quais sejam: pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste sessenta dias.

Para tal verificação foram utilizados os testes Chi-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher e Correlação de Spearman, sendo este para as variáveis numéricas.

Com relação à idade, renda e tempo de uso de AOC não se evidenciou correlação ( $p > 0,05$ ) com o CAP nos três momentos avaliativos. As tabelas 4 e 5, como se verá a seguir, foram utilizadas tão somente para expor as variáveis que em algum desses três momentos apresentaram associações com significância estatística.



O desejo de ter filhos foi de interesse, porque se questionou se mulheres com alguma vontade ou muita vontade de conceber poderiam ter uma atitude desfavorável ou neutra para o uso consistente do AOC, ou se poderiam, por exemplo, apresentar uma maior prevalência de prática inconsistente por desejar muito engravidar.

O recebimento prévio de orientação profissional, no momento em que uma mulher optou pelo AOC, também se constitui variável de interesse, pois se indagou que tipo de influência a oferta de orientação por parte do profissional exerceria sobre o conhecimento, atitude e prática das mulheres.

Tabela 4 - Associação entre escolaridade, conhecimento e prática no pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste 60 dias. Fortaleza-CE. Jul. 2013 - Jan. 2014.

<b>p = 0,001*</b>					
<b>Conhecimento Pré-teste</b>					
<b>Escolaridade</b>	<b>Bom</b>	<b>Excelente</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Total</b>
<b>(anos de estudo)</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	
≤ 9	1	0	23	14	38
10 a 12	<b>17</b>	2	<b>41</b>	<b>36</b>	96
>12	7	0	2	3	12
<b>Total</b>	25	2	66	53	146
<b>p = 0,811*</b>					
<b>Conhecimento Pós imediato n = 98</b>					
	<b>Bom</b>	<b>Excelente</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Total</b>
≤ 9	7	19	0	1	27
10 a 12	<b>13</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	68
>12	1	2	0	0	3
<b>Total</b>	21	73	1	3	98
<b>p = 0,204*</b>					
<b>Conhecimento Pós 60 dias</b>					
	<b>Bom</b>	<b>Excelente</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Total</b>
≤ 9	<b>15</b>	6	6	11	38
10 a 12	<b>38</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	96
>12	9	0	2	1	12
<b>Total</b>	62	29	24	31	146
<b>p = 0,004*</b>					
<b>Prática de continuação entre cartelas préteste</b>					
	<b>Habitual</b>	<b>Consistente</b>	<b>Inconsistente</b>	<b>Total</b>	
≤ 9	9	2	27	38	
10 a 12	<b>40</b>	<b>9</b>	<b>47</b>	<b>96</b>	
>12	10	-	2	12	
<b>Total</b>	59	11	76	146	
<b>p = 0,018*</b>					
<b>Prática de continuação entre cartelas pós-sessenta dias</b>					
	<b>Habitual</b>	<b>Consistente</b>	<b>Inconsistente</b>	<b>Total</b>	
≤ 9	14	4	20	38	
10 a 12	<b>51</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>96</b>	
>12	10	1	1	12	
<b>Total</b>	75	22	49	146	

Fonte: Elaborado pela autora.

\*Teste Exato de Fisher

A escolaridade se associou estatisticamente com o conhecimento no pré-teste ( $p = 0,001$ ), o que não se evidenciou nos momentos de pós-teste imediato ( $p = 0,811$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,204$ ). No tocante à atitude, também não se evidenciou associação no pré-teste ( $p = 0,714$ ), pós-teste imediato ( $p = 0,750$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,226$ ). O mesmo ocorreu com relação à prática do uso consistente do AOC no pré-teste ( $p = 0,422$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,806$ ), prática de horário para tomada de pílula no pré-teste ( $p = 0,684$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,515$ ). Quanto à prática de continuação entre cartelas de pílulas, encontrou-se associação estatística entre escolaridade no pré-teste ( $p = 0,004$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,018$ ). As associações encontradas podem ser observadas na Tabela 4.

No pré-teste, 66 (45,2%) mulheres apresentaram CMin, 53 (36,3%) apresentaram Cmod, 25 (17,1%) demonstraram Cbom e 2 (1,4%) Cexc. Das que apresentaram Cmin, 41 (62,3%) tiveram entre 10 a 12 anos de estudo, 23 (34,7%) possuíam até 9 anos de estudo e somente 2 (3%) estavam cursando ou havia concluído o ensino superior. Entre as que apresentaram Cmod, 36 (68%) possuíam ou estavam cursando o ensino médio, 14 (26%) tinham até 9 anos de estudo e 3 (6%) eram graduadas ou estavam cursando ensino superior. Os melhores níveis de conhecimento (Bom ou Excelente) se concentraram entre as mulheres que haviam concluído ou estavam cursando o ensino médio. No nível de conhecimento Bom, 10 (40%) mulheres que o apresentaram haviam concluído o ensino médio, 7 (28%) o estavam cursando e 7 (28%) estavam cursando o ensino superior.

Apesar de no pós-teste imediato não ter havido associação estatisticamente significante, observou-se que os melhores níveis de conhecimento (excelente ou bom) se concentraram entre as mulheres com escolaridade média, cujos percentuais foram de 71% (52) para excelente e 62% (13) para bom.

No pós-teste com 60 dias também não se evidenciou associação estatística, porém, assim como nos momentos de pré e pós-testes os melhores níveis de conhecimento se concentraram nas mulheres com nível médio de ensino; 23 (79%) destas apresentaram conhecimento excelente e 38 (61%) apresentaram nível de conhecimento bom.

Nas mulheres com até 9 anos de estudo prevaleceu o Cmin em 23 (60,5%) casos. Ao avaliar o conhecimento imediatamente após o recebimento de alguma estratégia educativa, o Cexc foi o que deteve maior percentual, cujo valor foi de 19 (70,3%). Após 60 dias, quando o conhecimento foi novamente avaliado, a predominância se voltou para o Cbom, com 15 (39,5%), seguido do Cmod com 11 (30%). O Cmin foi visto em 6 (16%) dessas mulheres. Assim, ao se comparar o pré-teste e pós-teste com 60 dias evidenciou-se uma diminuição na frequência de Cmin em 74%.

Nas mulheres com um grau de instrução médio (entre 10 e 12 anos de estudo), também houve, no pré-teste, uma sobressalência do Cmin (41; 43%), sendo seguido pelo Cmod (36; 37,5%). No pós-teste imediato, o Cexc alcançou o maior percentual (52; 76,5%). No pós-teste com 60 dias, prevaleceu o Cbom (38; 39,5%) e após este o Cexc, obtido em 23 (24%) mulheres. O conhecimento mínimo, após 60 dias foi observado em 10 (10,4%) mulheres e com relação ao período pré-teste, diminuiu sua ocorrência em 75,7%.

Nas participantes com mais de 12 anos de estudo, no momento pré-teste predominou um bom conhecimento (7; 58%). Após 60 dias, continuou predominando o mesmo nível de conhecimento (bom), porém, quando no pré-teste sua prevalência foi de 58% no pós-teste com 60 dias houve aumento para 9 (75%).

Posto isso se observou que tanto nos níveis de escolaridade mais elevados quanto nos menos elevados houve uma considerável melhoria do conhecimento entre as mulheres. Somente nas mulheres com maior grau de instrução o conhecimento considerado “bom” assim permaneceu após 60 dias da avaliação inicial.

Tal achado remete a reflexão de que mulheres mais instruídas podem têm acesso a mais fontes de informação sobre o AOC não ficando na dependência do repasse de informações provenientes exclusivamente dos serviços de saúde. Isso pode ser visto no período da coleta de dados, em que das mulheres com mais de 12 anos de estudo 5 (42%) referiram ter obtido informações através da internet ou da própria bula do medicamento.

No entanto, a maior parte da amostra possuía um grau mínimo ou médio de instrução, sendo justamente nela em que houve um maior incremento do conhecimento sobre o AOC. Assim, os provedores de serviços de PF devem se utilizar de tecnologias simples para transpor barreiras socioeconômicas de acesso à informação sobre o método. Tais tecnologias, contudo, devem oferecer espaço para participação ativa da mulher no conhecimento e na escolha de contraceptivos.

Pesquisa realizada no Piauí com 278 adolescentes com antecedentes gestacionais ponderou, frente ao baixo conhecimento percebido e objetivo acerca de contraceptivos hormonais, que se faz necessário um investimento na educação sexual e em técnicas mais acessíveis de informação, cuja metodologia considere a participação, relacionamento humano, troca de ideias sobre sexualidade e contracepção a fim de permitir conhecimento, autonomia e responsabilidade diante do PF (SOUSA; GOMES, 2009).

Não houve associação entre escolaridade e atitude no pré-teste ( $p = 0,714$ ), pós-teste imediato ( $p = 0,750$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,226$ ).

Os diferentes níveis de escolaridade não se associaram estatisticamente com prática ou uso consistente do AOC no pré-teste ( $p = 0,422$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,806$ ), tampouco com prática de horário correto para a tomada do AOC no pré-teste ( $p = 0,684$ ) e pós-teste com 60 dias ( $p = 0,515$ ).

Atinente à prática de continuação entre as cartelas verificou-se associação estatisticamente significativa com escolaridade no pré-teste ( $p=0,004$ ) e no pós-teste com 60 dias ( $p=0,018$ ).

No pré-teste, 76 (52%) da amostra apresentou prática inconsistente, em que 47 (62%) dessas mulheres possuíam nível médio de escolaridade.

Não obstante, ao se considerar os tipos de prática (habitual, consistente ou inconsistente) em cada nível de escolaridade, observou-se que as mulheres que possuíam até 9 anos de estudo apresentaram a maior frequência proporcional de prática inconsistente, correspondendo a 27 (71%) mulheres. Seguindo a estas, sobressaíram as de nível médio (entre 10 e 12 anos de estudos), com 47 (49%) mulheres em prática inconsistente. Entre as mulheres com melhor escolaridade, 2 (16,6%) apresentaram prática ou uso inconsistente de AOC.

A prática habitual foi verificada em 59 (40,4%) participantes. Dentre estas, o maior percentual 40 (67,7%) correspondeu as mulheres que concluíram o ensino médio. Entretanto, entre as mulheres com mais anos de estudos, 10 (83,4%) apresentaram prática habitual, sendo que 40 (42%) tinham nível médio e 9 (24%) tinham menor grau de instrução. A prática consistente foi evidenciada em 11 (7,5%) participantes. Destas, 7 (63,6%) possuíam 12 anos de estudos.

No pré-teste, quanto à prática de continuação entre as cartelas, entre as mulheres com menos anos de estudo a prática ou uso de AOC predominante foi inconsistente em 27 (71%) das mulheres, seguido da prática habitual em 9 (24%) e consistente em 2 (5%). No pós-teste com 60 dias, a prática inconsistente também deteve o maior percentual, porém, em menor proporção, correspondendo a 20 (52,6%). Houve assim, diminuição da prática inconsistente em 26%.

Nas mulheres com escolaridade entre 10 e 12 anos de estudos também houve predomínio de prática inconsistente, 47 (49%), seguido pela prática habitual de 40 (42%). A prática inconsistente foi constatada em 9 (9%) das mulheres. No pós-teste com 60 dias houve predomínio da prática habitual em 51 (53%) dessas mulheres. A prática consistente teve um incremento de 88% e a inconsistente teve um declínio de 40,5%.

Nas mulheres mais instruídas (com mais de 12 anos de estudo), a maioria teve prática habitual, ou seja, 10 (83%). No pós-teste com 60 dias, o percentual de prática habitual não foi alterado.

Os resultados relacionados à prática mostram que a prática inconsistente declinou após dois meses da avaliação inicial e a consistente e a habitual tiveram incremento.

A prática se refere à tomada de decisão para a execução de uma ação, em que estão relacionados os domínios psicomotor, afetivo, cognitivo e a dimensão social (MARINHO et al., 2003). Assim, esta pode ser modificada a partir do conhecimento e da aquisição de uma atitude favorável frente ao MAC.

No entanto, pondera-se que apesar de as mulheres terem participado de estratégias educativas sobre o uso consistente de AOC, estas trazem consigo crenças e valores experienciais que determinam o “modo de usar” o método. No imaginário de parte dessas mulheres talvez esteja se construindo a questão: se minha prática mostra resultados satisfatórios (prevenção da gravidez,), por que mudar? Posto isso, é preciso disseminar a ideia de que casos isolados, mesmo de prática inconsistente, podem manter certa eficácia do método, pois esse resultado vai depender de qual item que compõe o uso consistente não está sendo respeitado, mas que numa perspectiva global as chances de falhas, de efeitos colaterais e de insatisfações são elevadas. Nesse sentido, a pergunta deve ser devolvida para a usuária – por que não mudar?

Tabela 5 - Associação entre orientação profissional prévia e atitude de usuárias de AOC no pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jul. 2013 – Jan 2014.

<b>Atitude para continuidade do método pré-teste</b>				
$p = 0,124^*$	Favorável	Desfavorável	Neutra	Total
<b>Orientação profissional</b>				
Sim	30	<b>33</b>	-	63
Não	30	<b>49</b>	4	83
Total	60	82	4	146
<b>Atitude para continuidade do método pós-teste imediato</b>				
$p = 0,0003^*$	Favorável	Desfavorável	Neutra	Total
Sim	<b>32</b>	-	-	32
Não	<b>63</b>	3	-	66
Total	95	3	-	98
<b>Atitude para continuidade do método pós-teste com 60 dias</b>				
$p = 0,796^*$	Favorável	Desfavorável	Neutra	Total
Sim	<b>46</b>	17	-	63
Não	<b>65</b>	17	1	83
Total	111	34	1	146

Fonte: Elaborado pela autora.

\* Teste Qui-quadrado de Pearson

A tabela 5. ilustra a associação entre atitude relacionada ao AOC e recebimento de orientação profissional prévia. Apesar de no pré-teste não ter havido associação entre a referida orientação e atitude das mulheres para com o AOC ( $p = 0,124$ ), bem como no pós-teste com 60 dias ( $p = 0,796$ ), no pós-teste imediato o valor de  $p$  ( $0,0003$ ) mostrou associação entre aquelas variáveis.

Menos da metade das participantes da pesquisa, 63 (43%), receberam orientação profissional prévia ao uso de AOC. Entre as que receberam, prevaleceu a modalidade de orientação tradicional e individual (61; 97%). Somente uma mulher recebeu orientação grupal e outra referiu ter recebido orientação individual e em grupo.

Entre as participantes que receberam orientação profissional, 33 (52%) foram classificadas como tendo uma atitude desfavorável à continuidade do método e 30 (48%) possuíam atitude favorável.

Das mulheres que não receberam informações provenientes de profissionais da saúde, também prevaleceu a atitude desfavorável entre 49 (59%).

Frente ao quadro apresentado de escassez de orientações profissionais ou ineficiência destas em gerar atitudes positivas acerca do AOC, se afirma que no Brasil pode haver falhas nas políticas de saúde sexual e reprodutiva vigentes, seja no setor saúde ou educacional, visto que mulheres (mais predominantemente adolescentes) engravidam mesmo sem desejar a gravidez para aquele momento, e apesar de terem acesso ao serviço de saúde público, neste local, se perdem oportunidades para educação sexual e reprodutiva (SOUSA; GOMES, 2009).

A importância da orientação profissional foi reportada por Chen et al. (2003), em cuja pesquisa discutiram que o fornecimento precoce de informações a pessoas jovens não somente sobre a forma de usar o AOC, mas também sobre seus benefícios não contraceptivos, poderia contribuir para maior aceitação do método e para uma atitude mais favorável, principalmente em novas usuárias.

Na avaliação pós-teste imediato, a atitude foi novamente analisada, quando se encontrou a atitude favorável em 95 (97%) das mulheres, no grupo como um todo.

No pós-teste com 60 dias, apesar de não ter sido encontrada associação estatisticamente significativa, observou-se que tanto no grupo de mulheres orientadas por profissionais (46; 73%) quanto no grupo de mulheres não orientadas (65;78%) prevaleceu a atitude favorável à continuidade do método.

Assim, a atitude favorável cresceu em 116% após 60 dias no grupo de mulheres que não foram orientadas e 53% nas mulheres que foram.

O ensaio clínico conduzido por Vogt e Schaefer (2012), com mulheres entre 18 e 24 anos em que se utilizaram dois folhetos educativos sobre AOC, mostrou resultados que corroboram os da presente pesquisa, pois a atitude e intenção tiveram níveis aumentados quando se comparou pré e pós-intervenção imediata. Após três meses, em que foi feita uma nova avaliação, os índices diminuíram, mas, ainda permaneceram maiores do que os encontrados no pré-teste e tais diferenças foram estatisticamente significantes.

Com relação ao desejo de ter filhos, não houve associação com o conhecimento no pré-teste ( $p = 0,858$ ), no pós-teste imediato ( $p = 0,875$ ) e no pós-teste com 60 dias ( $p = 0,366$ ). Com relação à atitude, o pré-teste apresentou  $p = 0,955$ , o pós-teste imediato  $p = 0,922$  e o pós-teste com 60 dias ( $p = 0,834$ ). Na prática também não se encontrou associação sendo os valores de  $p$  no pré-teste e no pós-teste com 60 dias de  $0,229$  e  $0,615$ , respectivamente. Quanto a continuação entre cartelas, no pré-teste obteve-se  $p = 0,395$  e no pós-teste com 60 dias obteve-se  $p = 0,597$ . Tratando-se do horário de tomada da pílula, obteve-se  $p = 0,365$  no pré-teste e  $p = 0,695$  no pós-teste com 60 dias.

Doravante, apresentam-se as mudanças ocorridas no CAP conforme os inquiridos pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste com 60 dias entre os três grupos pesquisados.

Ao se comparar o conhecimento entre o GC, GE1 e GE2 no pré-teste, não foi identificada diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,748$ ). Assim também ocorreu ao se analisar o conhecimento no pós-teste imediato ( $p = 0,276$ ). Contudo, na avaliação do pós-teste com 60 dias, houve diferença estatística ( $p = 0,000$ ).

Ainda, ao se analisar o conhecimento das 146 mulheres nas três avaliações foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significantes entre o pré-teste e o pós-teste com 60 dias ( $\rho = 0,398$ ;  $p = 0,000$ ) e entre o conhecimento no pós-teste imediato e no pós-teste com 60 dias ( $\rho = 0,296$ ;  $p = 0,003$ ).

Quanto a atitude, não houve diferença estatisticamente significativa no pré-teste ( $p = 0,293$ ) e no pós-teste imediato ( $p = 0,242$ ). Porém, no pós-teste com 60 dias o valor de  $p = 0,000$  demonstrou tal diferença.

Ao se testar a prática ou uso de AOC, de continuidade de cartelas e de horário de tomada das pílulas entre os três grupos pesquisados nos diferentes momentos de avaliação, não se constatou diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

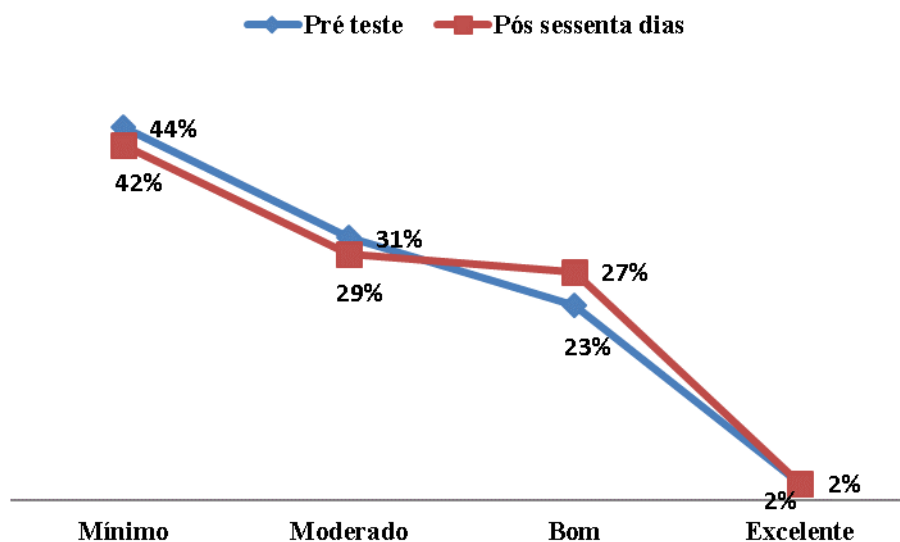
Na sequência, as diferenças detectadas são apresentadas em gráficos e os grupos pesquisados estão descritos separadamente, para que as variações ocorridas no CAP possam ser melhor visualizadas.

### 4.3 Mudanças no CAP do Grupo Controle (GC) verificadas na Aplicação do Inquérito CAP pré-teste e pós-teste com 60 dias

O GC foi composto por 48 (33%) participantes e como ressaltado no tópico de “Método” estas mulheres não receberam qualquer tipo de intervenção educativa por parte da pesquisadora. Assim, o pós-teste imediato do conhecimento não foi realizado por não se aplicar ao contexto desse grupo.

Ao GC se aplicou o inquérito CAP em um primeiro contato e após 60 dias o mesmo inquérito foi aplicado por via telefônica. A categorização do conhecimento e as mudanças ocorridas no decorrer de dois meses podem ser observadas no Gráfico 1.

Gráfico 1- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GC conforme nível de conhecimento nos inquéritos CAP pré-teste e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de Correlação de Spearman ( $p < 0,001$ )

Ao se analisar o conhecimento nos momentos de pré-teste e pós-teste com 60 dias foi evidenciada correlação positiva ( $\rho = 0,963$  ;  $p = 0,000$ ), ou seja, as mulheres que apresentaram um nível de conhecimento “excelente” ou “bom” mantiveram-se nesse nível após 60 dias. A proximidade e curvatura das linhas do gráfico indicam praticamente ausência de mudanças nos diferentes momentos de aplicação do inquérito CAP. Os percentuais de Cmin foram similares nos dois momentos em que se aplicou o inquérito e prevalentes entre os demais níveis de conhecimento. No pré-teste, 21(44%) mulheres conheciam minimamente sobre o AOC. No pós-teste com 60 dias, o percentual de Cmin recaiu sobre 20 (42%) das mulheres. Quanto ao Cmod, a diferença entre o pré-teste e o pós-

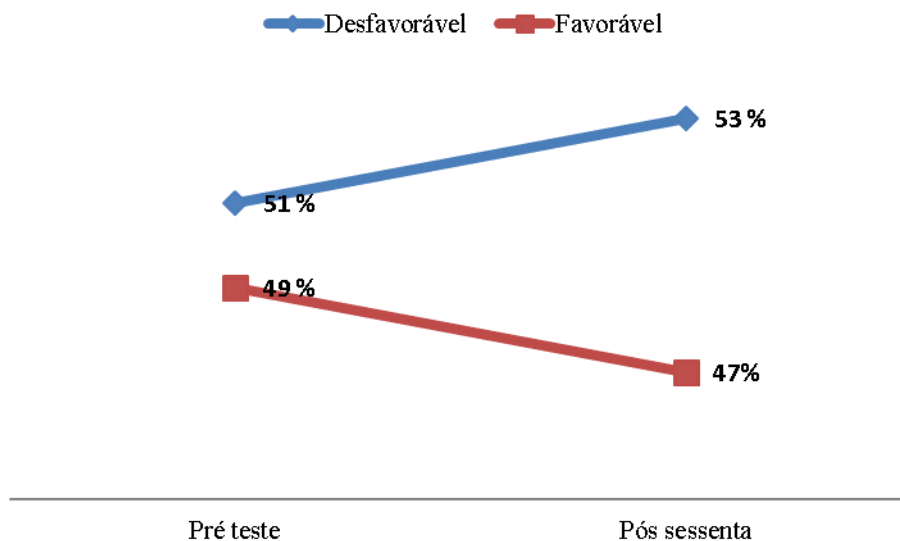


teste com 60 dias foi de apenas 1 (2%) participante, em que no pré-teste o valor encontrado foi de 15 (31%) e no pós-teste com 60 dias foi de 14 (29%).

A mudança mais considerável, contudo ainda discreta, se direcionou para o C<sub>bom</sub>, pois no pré-teste este foi verificado em 11 (23%) mulheres e no pós-teste com 60 dias aumentou para 13 (27%). O C<sub>exc</sub> só foi verificado em 1(2%) participante, mantendo-se estável entre o pré-teste e o pós-teste com 60 dias.

Assim, no GC as mulheres pouco conheciam sobre o AOC, na maior parte dos casos, e uma mudança mínima ocorreu para níveis mais adequados de conhecimento, visto que o percentual de conhecimento mínimo que era de 44% no pré-teste diminuiu para 42% no pós-teste com 60 dias e o C<sub>bom</sub> que foi visto em 23% no pré-teste passou para 27% nos pós-teste com 60 dias, variações esperadas e aceitas em pesquisas quantitativas.

Gráfico 2- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GC conforme tipo de atitude nos inquéritos CAP pré-teste e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.

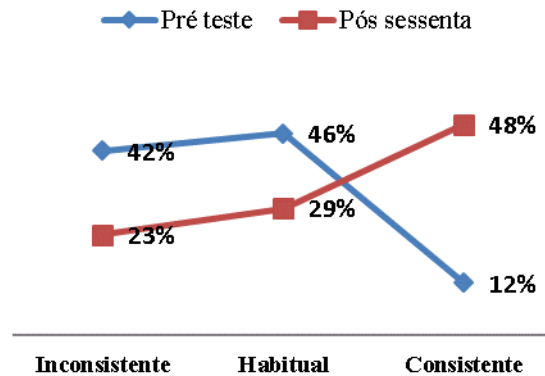


Fonte: Elaborado pela autora.  
Teste de McNemar ( $p=1,000$ )

Não foi demonstrada mudança estatisticamente significativa relacionada à atitude entre o pré-teste e o pós-teste com 60 dias ( $p =1,000$ ).

Ao se analisar o Gráfico 2. observam-se mudanças discretas na atitude das mulheres entre as duas avaliações. Em ambas prevaleceu a atitude desfavorável à continuidade do método, em que os percentuais de participantes foram superiores a 50%, isto é, 51% no pré-teste e 53% no pós-teste após 60 dias. Uma mulher não declarou qualquer opinião, sendo assim, foi classificada como tendo uma atitude neutra. Tal achado não foi representado no gráfico.

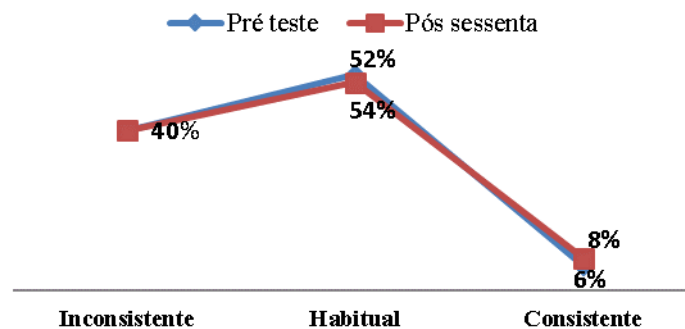
Gráfico 3- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GC conforme prática de uso da pílula nos inquéritos CAP pré-teste e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de Homogeneidade Marginal: prática de uso de AOC ( $p < 0,001$ )

Gráfico 4- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GC conforme prática de continuidade entre cartelas nos inquéritos CAP pré-teste e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de Homogeneidade Marginal: prática de continuidade entre as cartelas ( $p = 0,655$ )

Constatou-se mudança estatisticamente significativa entre os inquéritos pré-teste e pós-teste com 60 dias ( $p < 0,001$ ) na prática de uso de AOC das participantes do GC.

Das 48 mulheres integrantes deste grupo, 2 interromperam o uso da pílula pelas razões declaradas: abstinência sexual (fim de relação consensual) e mudança de método, se passou a usar o Anticoncepcional Injetável Combinado-AIC por alegação de emagrecimento com o uso da pílula. Frente a isso, optou-se expor nos gráficos as mulheres que não interromperam o uso do MAC ( $n = 46$ ).

No tocante à prática ou uso de AOC no pré-teste, 21 (46%) mulheres usavam a pílula de forma habitual, 19 (42%) de forma inconsistente e 6 (12%) de forma consistente.

No pós-teste com 60 dias após o contato da pesquisadora com as participantes, a prática inconsistente teve sua frequência diminuída de 42% para 23%, a prática habitual também sofreu diminuição no percentual de 46% para 29% e a prática consistente elevou-se

entre as mulheres, passando de 12% para 48%. Frente a isso, se constatou uma mudança positiva para as mulheres do GC quanto à prática de uso da pílula.

O quesito adotado para avaliação da prática de uso AOC foi o padrão de esquecimento quanto à ingestão diária. Nessa vertente, viu-se que nos 60 dias transcorridos entre a aplicação do pré-teste e do pós-teste com 60 dias o percentual de mulheres que declararam “não esqueci de tomar” aumentou.

As razões para tal fenômeno não foram exploradas, porém, não se pode descartar o fato de as mulheres terem referido tal item, por ser “o mais fácil” de se responder, para não estender a conversa ao telefone, com maiores explicações acerca do uso da pílula. Ainda se acrescenta o fato de que o item que demandaria conhecimento para o manejo em caso de esquecimento da pílula, a saber “Eu tomo a pílula do dia que esqueço e tomo a do dia certo” sofreu diminuição de 46 para 29%, o que fortalece a suposição em se assinalar o item mais “cômodo”. Pondera-se, ainda, que as mulheres possam ter tido acesso a algum tipo de informação, mas esqueceram ou não quiseram declarar durante a ligação telefônica. Ou ainda, simplesmente, nesses dois meses não esqueceram de tomar a pílula.

Na prática de continuidade entre as cartelas não houve mudanças estatisticamente significantes entre os dois inquéritos ( $p=0,655$ ). Esse aspecto está bem representado no gráfico 4, em que as “linhas” que representam os percentuais encontrados estão praticamente coincidentes e as diferenças percentuais foram mínimas.

A prática inconsistente quanto à continuidade das cartelas foi evidenciada em 40% das mulheres e assim permaneceu após dois meses; 25 (54%) mulheres possuíam prática regular e após 60 dias 24 (52%) delas assim continuaram. Quanto à prática consistente, somente 3 (6%) a apresentaram, as quais permaneceram após 60 dias, com um pequeno aumento de 2%, passando a prática consistente de 6% para 8%, o que em termos absolutos significou dizer que uma mulher que possuía prática habitual passou a consistente após dois meses.

Quanto à prática de horário do uso da pílula, o teste de homogeneidade marginal mostrou que estatisticamente, não ocorreram mudanças significativas ao longo do tempo no GC ( $p=0,827$ ). Contudo, observou-se que a prática habitual predominou no pré (40%; 18) e pós sessenta dias (50%; 23) e das 18 mulheres que tiveram prática consistente no préteste 16% (3) passaram à inconsistente e 28% (5) a habitual após sessenta dias da primeira avaliação.

Como dito anteriormente, as discretas mudanças ocorridas quanto à prática não foram investigadas com maiores detalhes durante as ligações telefônicas. Mas, poderia também se

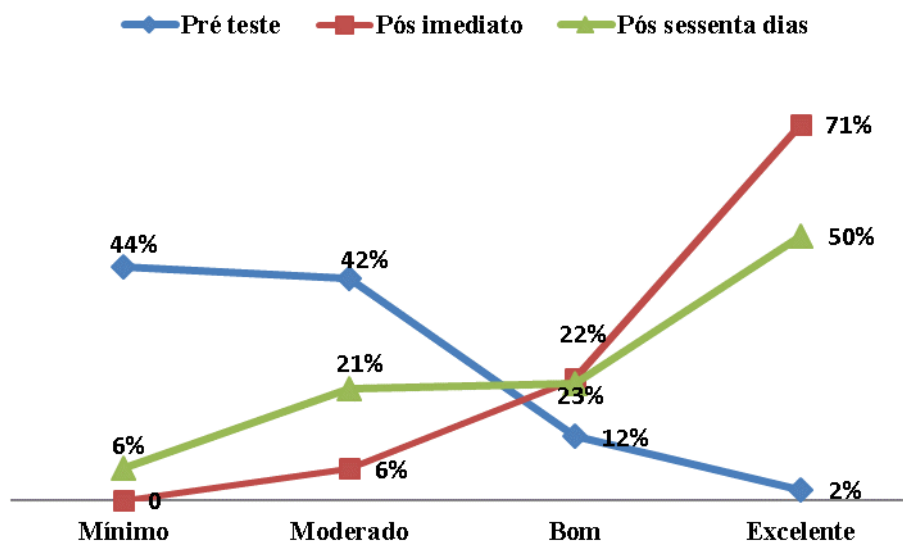
conjecturar que divergências entre o pré teste e pós teste com 60 dias decorreriam de itens declarados de forma aleatória, sem total certeza, ou sem a devida atenção.

O pré teste foi realizado nos CSF. A necessidade de as mulheres se deslocarem para um espaço reservado junto com a pesquisadora para responder ao inquérito, pode explicar esse argumento. Muitas vezes elas ainda não haviam se consultado e, preocupadas, atentavam parcialmente aos questionamentos.

#### 4.4 Mudanças no CAP do Grupo Experimental 1 (GE1) verificadas nos inquéritos CAP pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste com 60 dias da intervenção

O total de mulheres pertencentes ao GE1 equivaleu a 48 (33%) da amostra. Neste grupo foram aplicados os três inquéritos CAP: antes da aplicação do folder, imediatamente após a aplicação do folder e com 60 dias após a aplicação do folder. Diferentes níveis de conhecimento puderam ser observados neste percurso, que está ilustrado no Gráfico 5.

Gráfico 5- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE1 conforme nível de conhecimento nos inquéritos CAP pré-teste, pós-imediato e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun. 2013 - Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de Correlação de Spearman: (pré e pós imediato  $p = 0,153$ ; pré teste e pós 60 dias  $p = 0,083$ )

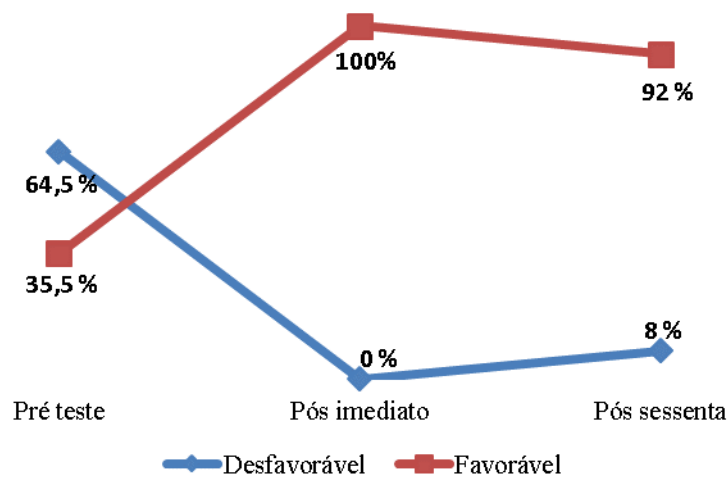
Apesar de não ter sido detectada uma correlação entre o conhecimento nos inquéritos CAP do pré-teste com pós-teste imediato ( $\rho = 0,210$ ;  $p = 0,153$ ) e pós-teste com 60 dias ( $\rho = 0,253$ ;  $p = 0,083$ ), ao se observar o gráfico 2, verifica-se que antes da aplicação do

folder predominou o Cmin em 21 (44%) casos, seguido pelo Cmod de 20 (42%), Cbom de 6 (12,5%) e Cexc de 1 (2%). Os melhores níveis de conhecimento se distribuíram entre os menores percentuais.

Imediatamente após a aplicação do folder, nenhuma das mulheres classificou-se com Cmin, somente 3 (6%) apresentaram Cmod e os maiores percentuais se direcionaram para os melhores níveis de conhecimento, isto é, 34 (71%) Cexc e 11 (23%) Cbom.

No inquérito CAP com 60 dias da aplicação do folder, houve um decréscimo nos níveis de Cexc (24 ; 50%) e Cbom (11; 22%) e um pequeno aumento no nível de Cmin (3; 6%); e Cmod (10; 21%) quando comparados ao pós-teste imediato. Ainda assim, constatou-se uma mudança visível entre a linha de base (pré-teste) e pós-teste com 60 dias da intervenção. O Cexc que era de apenas 2% passou para 50% no pós-teste com 60 dias e o Cbom que era de 12,5% passou para 22% no pós-teste com 60 dias.

Gráfico 6 - Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE1 conforme tipo de atitude nos inquéritos CAP pré-teste, pós - imediato e pós - teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.

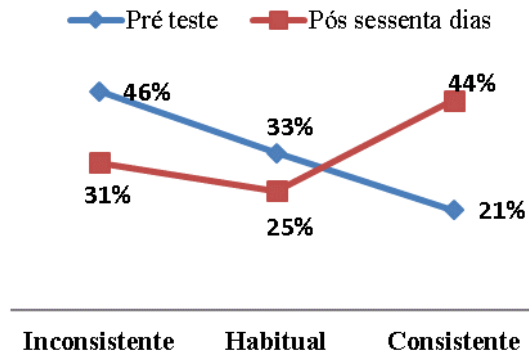


Fonte: Elaborado pela autora  
Teste de Cochran ( $p < 0,001$ )

Entre o GE1 ( $n = 48$ ), observou-se mudança na atitude ao longo dos inquéritos CAP após a intervenção educativa com folder ( $p = 0,000$ ). Antes do folder ser aplicado, 64,5% das mulheres possuíam atitude desfavorável para com o AOC, após a aplicação do folder, o pós-teste imediato detectou que todas as mulheres apresentaram opiniões favoráveis ao uso do AOC. No inquérito CAP com 60 dias da aplicação do folder, houve uma diminuição na totalidade que apresentou uma atitude favorável, porém ela manteve-se elevada,

correspondendo a 44 ( 92%) das participantes. A atitude que era desfavorável em 31 (64,5%) das participantes, passou a ser vista em apenas 4 (8%) delas.

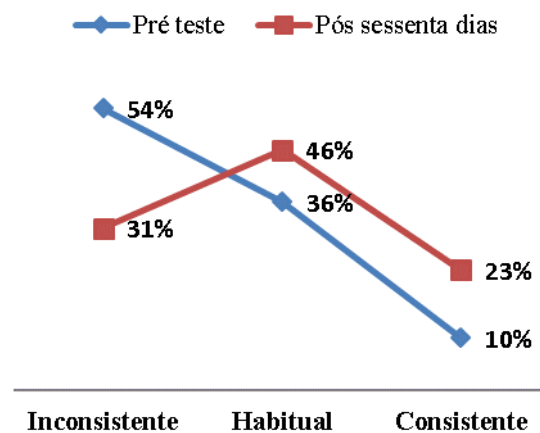
Gráfico 7- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE1 conforme prática de uso de pílulas nos inquéritos CAP pré-teste e pós teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de homogeneidade marginal para prática ou uso de AOC ( $p = 0,05$ )

Gráfico 8- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE1 conforme prática de continuidade entre as cartelas nos inquéritos CAP pré-teste e pós teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de homogeneidade marginal para prática de continuidade entre cartelas ( $p = 0,01$ )

Ao se observar o gráfico 7. percebe-se que mudanças ocorreram na prática ou uso de AOC ao longo dos dois inquéritos entre as participantes do GE1, porém, não houve associação estatisticamente significativa ( $p = 0,05$ ).

Neste grupo, 5 (10%) mulheres interromperam o uso do AOC pelos motivos doravante expostos: esquecimento frequente ( $n = 2$ ), sensação de náusea ( $n = 1$ ), necessidade de pausa devido ao uso prolongado do AOC ( $n = 1$ ) e gravidez ( $n=1$ ).

Nos gráficos 7 e 8 referentes à prática foram ilustradas somente as mulheres que mantiveram o uso de AOC no inquérito pós-teste com 60 dias da intervenção (n = 43). No pré-teste a prática inconsistente foi predominante, abrangendo 20 (46%) mulheres, acompanhada da prática habitual (14 ; 33%) e da prática consistente (9; 21%). Após 60 dias da intervenção o inquérito CAP registrou mudanças que favoreceram a prática consistente, com um incremento de 21% para 44%.

Na prática de continuidade entre cartelas no GE1 ( $p = 0,01$ ) houve mudanças no CAP registrado nos três inquéritos que se correlacionaram estatisticamente. Antes da intervenção educativa pelo uso de folder, a prática inconsistente superou 50% das representantes do GE1; após 60 dias de sua aplicação o percentual de prática incorreta caiu de 54% para 31%. As práticas habitual e consistente aumentaram entre as mulheres, sendo que a consistente teve o maior aumento proporcional. Assim, percebe-se que a intervenção influenciou as mulheres para melhor prática relacionadas à continuidade entre as cartelas de AOC.

Com relação à prática de horário para tomada das pílulas, não houve associação estatisticamente significativa no GE1 ( $p = 0,715$ ). Apesar disso, um bom padrão de prática foi encontrado nesse quesito, prevalecendo a prática consistente tanto no pré-teste quanto no pós-teste com 60 dias (20; 46%). As mulheres que seguiam o horário recomendado para tomada da pílula permaneceram, assim ocorreu com os demais tipos de prática (habitual ou inconsistente), uma vez que somente em dois casos ocorreu mudança de prática habitual para prática inconsistente.

A partir desses resultados, identificou-se que as mulheres do GE1, no geral, mantiveram-se em seus níveis basais de prática ou tiveram uma melhoria relacionada a prática ou uso, intervalo entre cartelas ou horário para tomada de pílulas.

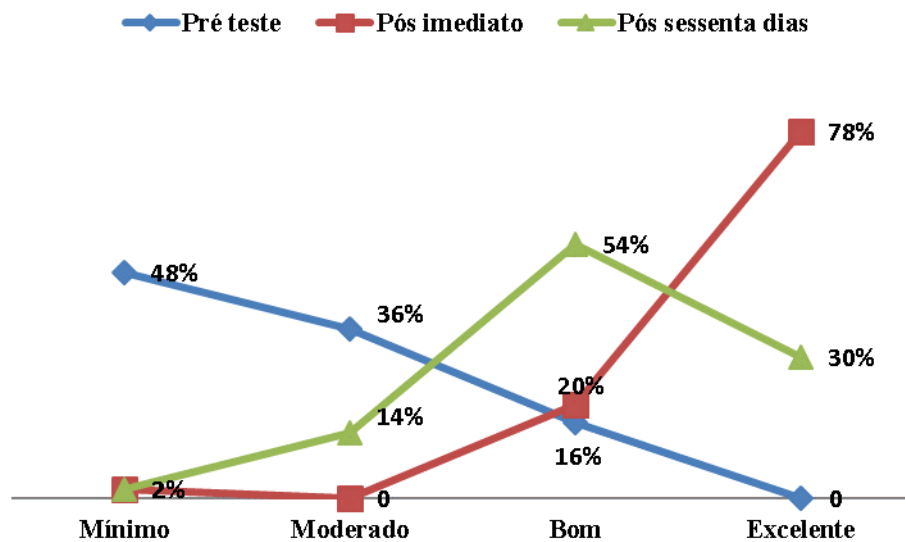
#### **4.5 Mudanças no CAP do GE2 nos inquéritos pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste com 60 dias da intervenção**

O GE2 foi composto por 50 mulheres, o que significa constituir 34% do total amostral da pesquisa. Neste grupo, intentou-se, assim como nos demais, verificar a existência de correlação entre o conhecimento no pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste com 60 dias.

Observou-se que o conhecimento no pré-teste se correlacionou com o conhecimento no pós-teste com 60 dias ( $\rho = 0,359$ ;  $p = 0,01$ ); e o conhecimento no pós-teste imediato também se correlacionou com o pós-teste com 60 dias ( $\rho = 0,308$ ;  $p = 0,02$ ). Assim, houve

incremento nos níveis de conhecimento “bom” e “excelente” tanto no pós-teste imediato quanto no pós-teste com 60 dias.

Gráfico 9- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE2 conforme nível de conhecimento nos inquéritos CAP pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste com 60 dias Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de Correlação de Spearman: (pré e pós 60 dias  $p = 0,01$ ; pós imediato e pós 60 dias  $p = 0,02$ )

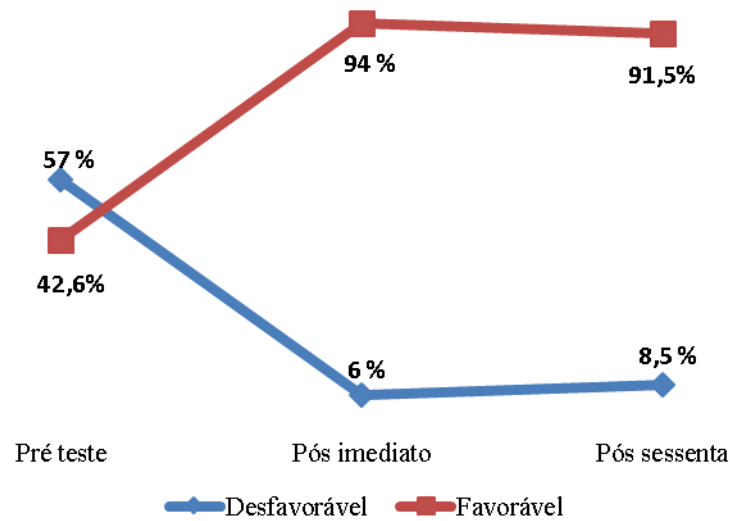
No pré-teste 24 (48%) mulheres do GE2 apresentaram Cmin, seguido pelo Cmod em 18 (36%) dos casos. O Cbom teve um percentual de 8 (16%). Nenhuma das mulheres antes de receber a intervenção educativa com apoio de álbum ilustrado apresentou Cexc.

No pós-teste imediato, as mudanças foram substanciais para o Cexc, que passou de zero para 39 (78%) casos. O Cbom verificado em 8 (16%) passou para 10 (20%). Nenhuma mulher apresentou Cmod e 1 (2%) apresentou Cmin.

Após 60 dias, mudanças foram registradas no nível de conhecimento do GE2 e que continuaram favorecendo aos melhores níveis de conhecimento, a saber: Cbom, visto em 27 (54%) dos casos, e Cexc encontrado em 15 (30%); 7 (14%) das mulheres tiveram Cmod e somente 1 (2%) Cmin.



Gráfico 10- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE2 conforme tipo de atitude nos inquéritos CAP pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.

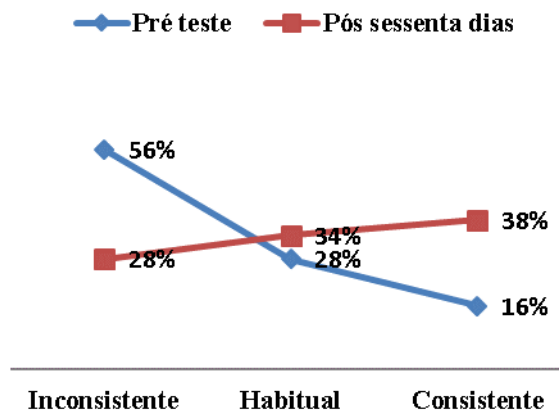


Fonte: Elaborado pela autora.  
 Teste de Cochran para mudança de atitude ( $p < 0,001$ )

A atitude entre as mulheres do GE2 apresentou mudanças ao longo dos inquéritos CAP ( $p < 0,001$ ). No pré-teste, 27 (57%) mulheres possuíam atitude desfavorável pré-intervenção; no pós-teste imediato o percentual de mulheres com atitude desfavorável ao AOC diminuiu de 57% para 3 (6%) e no pós-teste com 60 dias da intervenção com o álbum ilustrado, somente (8,5%) mulheres apresentaram atitude desfavorável ao AOC. Das 50 mulheres desse grupo, 3 não emitiram opinião, sendo consideradas como tendo atitude neutra.

Após 60 dias da intervenção educativa com o álbum, a atitude favorável passou de 20 (42,6%) mulheres para 44 (94%) mulheres no pós-teste imediato, sofrendo uma diminuição após 60 dias para 43 (91,5%).

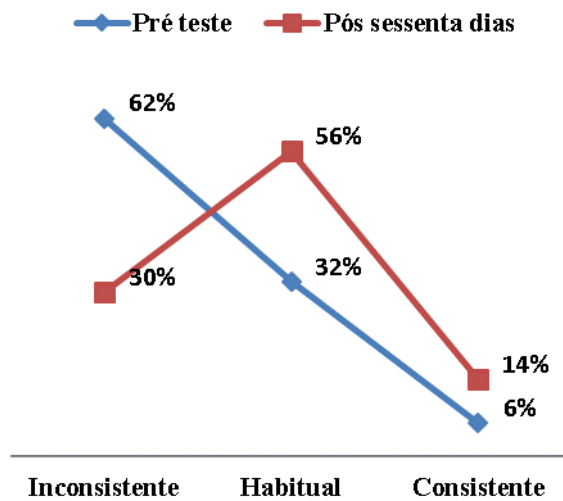
Gráfico 11- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE2 conforme prática de uso de pílulas nos inquiridos CAP pré-teste, pós-teste e pós-teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de homogeneidade marginal para prática ou uso de AOC ( $p < 0,001$ )

Gráfico 12- Distribuição percentual de mulheres pertencentes ao GE2 conforme prática de continuidade entre as cartelas nos inquiridos CAP pré-teste e pós teste com 60 dias. Fortaleza-CE, Jun.2013-Jan. 2014.



Fonte: Elaborado pela autora.

Teste de homogeneidade marginal para prática de continuidade entre cartelas ( $p < 0,001$ )

Observa-se nos gráficos 11 e 12 mudanças relacionadas à prática ou uso de AOC e a continuidade entre as cartelas. As mudanças ocorridas ao longo dos inquiridos foram estatisticamente significantes, com  $p = 0,000$  no pré-teste e  $p = 0,001$  no pós-teste com 60 dias da intervenção.

Das 50 integrantes do GE2, 7 (14%) descontinuaram o uso do AOC devido a esquecimento frequente ( $n = 3$ ), abstinência sexual (fim de relacionamento) ( $n=3$ ) e desejo de

engravidar ( $n = 1$ ). Assim, 43 foi o número de mulheres que permaneceram utilizando o AOC após 60 dias da intervenção educativa com apoio do álbum ilustrado.

No pré-teste a prática ou uso inconsistente foi identificada em mais da metade das mulheres, 24 (60%); 12 (30%) delas mantinha a prática habitual e 7 (16%) a prática consistente. Mudanças foram verificadas no pós-teste com 60 dias da intervenção: a prática consistente antes encontrada em apenas 16% das mulheres passou a ser vista em 38% delas, o que em termos proporcionais significa um aumento de 62% para prática de uso consistente ao passo que a prática inconsistente diminuiu em 50%.

No contexto da prática de continuidade entre cartelas, os resultados também foram positivos: a prática inconsistente reduziu de 62% para 30% e a prática consistente passou de 6% para 14%. O maior aumento, contudo, foi de mulheres que passaram a ter prática habitual, passando de 32% para 56%. Portanto, as mulheres que apresentaram prática ou uso desfavorável de AOC tiveram melhoria de desempenho no inquérito 60 dias após a intervenção.

Tal como no GC e no GE1 quanto a prática de horário para tomada da pílula, não se observou mudanças estatisticamente significativas ao longo dos inquéritos ( $p = 0,612$ ). As mulheres apresentaram uma prática habitual antes (20;48%) e após 60 dias da intervenção (21; 50%). A prática inconsistente diminuiu de 22% para 20% e a prática consistente aumentou de 28% no pré-teste para 32% no pós-teste com 60 dias da intervenção. Infere-se, pois, que a intervenção educativa com apoio do álbum ilustrado elevou os níveis da prática ou uso de AOC.

#### **4.6 (Des) conhecimento de usuárias de Anticoncepcional Oral Combinado acerca do Método**

Nos tópicos anteriores foram expostas as diferentes classificações atribuídas ao conhecimento de usuárias de AOC e as mudanças que nelas ocorreram em períodos distintos de avaliação (antes, imediatamente depois e após 60 dias de intervenção). A classificação do conhecimento em “Excelente”, “Bom”, “Moderado” e “Mínimo” se deu mediante o índice de acerto das questões que tratavam dessa vertente.

A seguir estão descritas essas questões, bem como a frequência de acertos, afim de expor as lacunas no conhecimento sobre o AOC entre as participantes da pesquisa bem como o conhecimento adquirido com as intervenções.

Tabela 6 – Distribuição percentual de acertos relacionados ao conhecimento de usuárias de AOC sobre uso correto do método. Fortaleza-CE, Jul. 2013 – Jan 2014.

Perguntas relacionadas ao conhecimento sobre anticoncepcionais orais combinados	Pré-teste		Pós-teste imediato		Pós-teste com 60 dias	
	n	%	n	%	n	%
Para que serve a pílula?	142	97	98	100	146	100
Se sua amiga for iniciar pela primeira vez uma cartela de pílulas anticoncepcionais, como ela deverá fazer?	82	56	91	93	115	78
O que pode fazer uma mulher que deseja começar pela primeira vez a tomar uma cartela de pílula mesmo sem estar menstruada?	41	<b>28</b>	86	88	85	<b>58</b>
Quando a cartela em uso acaba, quando é que se começa a tomar a outra cartela?	70	<b>48</b>	93	95	112	77
Qual deve ser o melhor horário para tomar a pílula?	124	85	94	96	137	94
O que a mulher pode fazer quando esquece de tomar a pílula por um dia?	104	71	97	99	129	88
O que a mulher pode fazer quando esquece de tomar a pílula por dois dias?	34	<b>23</b>	95	97	73	<b>50</b>
Quais os efeitos mais comuns que as pílulas podem causar?	80	55	95	97	109	75
Quais os riscos à saúde que as mulheres podem apresentar por usar pílula?	24	<b>17</b>	91	93	74	<b>51</b>

Fonte: Elaborado pela autora

As questões com maior índice de acertos foram as relacionados à finalidade, horário de tomada e procedimento em caso de esquecimento de uma pílula. A forma correta de se iniciar uma cartela de AOC, bem como os efeitos colaterais relacionados ao método tiveram percentuais semelhantes de acertos, sendo conhecidos por metade das mulheres. Os riscos à saúde, o procedimento em caso de esquecimento de duas pílulas e a possibilidade de se iniciar uma cartela fora do período menstrual foram os itens de maior desconhecimento.

O elevado número de acertos relacionados aos assuntos aqui descritos deve-se em parte à tentativa do Brasil, desde a década de 80, em suprir os serviços com suporte técnico e humano adequado e qualificado e em tentar suprir a população usuária com métodos anticoncepcionais.

A autonomia feminina e o interesse premente para o controle da prole, atrelado ao novo enfoque dado a atenção à saúde da mulher com a criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), também podem ser considerados facilitadores de uma aquisição de conhecimento.

Quanto aos acertos relacionados a efeitos colaterais, identificados em mais de 50% da amostra presume-se que por serem sensações desagradáveis, é possível que mulheres se interessem mais em estar esclarecendo sua ocorrência junto aos profissionais da saúde ou até mesmo no convívio social. Também foi verificado que profissionais da saúde nas consultas de PF, orientaram as mulheres sobre os efeitos mais comuns, a fim de evitar a interrupção do uso do método, visto que, o uso dos contraceptivos pretendidos pelas mulheres, pode ser dificultado por fatores que se centram na falta de conhecimento e obstáculos ao acesso do método, além de preocupação com efeitos colaterais (WILLIAMSON *et al.* 2009).

Presume-se, pois, que quanto aos efeitos colaterais, houve em pelo menos 50% das mulheres informação adequada e isto oportuniza a eleição informada e voluntária do método anticoncepcional, direito básico a ser assegurado às mulheres, consoante legislação do PF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A finalidade da pílula foi reconhecida pela grande maioria das mulheres e tal reconhecimento se manteve em percentuais elevados nos momentos de pós-teste, como ilustra a Tabela 6. Com relação à forma adequada de iniciar uma cartela de AOC, o pré-teste mostrou que 82 (56%) mulheres responderam corretamente, sendo 29 (35,3%) do GC, 28 (34,2%) do GE2 e 25 (30,5%) do GE1. Portanto, frequências semelhantes de mulheres se apresentaram nos três grupos pesquisados, tendo o conhecimento correto sobre o início da cartela de AOC no pré-teste.

No pós-teste com 60 dias, houve um incremento nas respostas corretas nos três grupos, porém de forma mais acentuada no GE2, pois das 115 mulheres que responderam corretamente a esta questão, 46 (40%) foram desse grupo, 38 (33%) do GE1 e 31 (27%) do GC.

Quando se indagou a possibilidade de início de uma cartela fora do período do fluxo menstrual, o percentual de acertos foi relativamente baixo no pré-teste, visto que somente 41 (28%) das mulheres responderam corretamente. No entanto, nos dois pós-testes (imediate e com 60 dias) os percentuais de mulheres respondendo corretamente a essa questão foram de 93% e 78%, respectivamente.

No pré-teste, o grupo que apresentou maior índice de acertos sobre essa questão foi o GE2 (17; 41,5%;), sendo seguido pelo GC (14; 34%;) e GE1 (10; 24,5%). No pós-teste com 60 dias, entretanto, se obtiveram os seguintes resultados: o GC manteve seu padrão de acertos, sem elevação no número de respostas corretas; no GE1 a frequência de acertos entre as mulheres passou de 10 (24,5%) no pré-teste para 33 (39%). No GE2, 17 mulheres (41,5%) acertaram no pré-teste, no pós-teste com 60 dias esse número elevou-se para 38 (45%) no pós

60 dias. Assim, proporcionalmente, não houve mudança no conhecimento relacionado a este aspecto no grupo controle, mas no GE1 o percentual de acertos aumentou em 230% (passou de 10 para 33 mulheres com respostas corretas) e 123% no GE2 (passou de 17 para 38 mulheres com respostas corretas).

O Ministério da Saúde orienta que no primeiro mês de uso, deve-se ingerir a primeira pílula no primeiro dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o quinto dia. A OMS, além dessa recomendação, considera outra circunstância em que o método pode ser iniciado: se a mulher estiver a mais de cinco dias após o início de sua menstruação, poderá iniciar o uso do AOC a qualquer momento caso se tenha certeza razoável de que ela não está grávida, mas precisará usar um método complementar durante os primeiros sete dias da ingestão das pílulas. Ao final da cartela, deve-se fazer pausa de 7 dias e iniciar nova cartela no 8º. dia, independentemente do dia de início do fluxo menstrual (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Os dias de pausa que devem ser dados entre cartelas subsequentes de AOC foram referidos corretamente por menos da metade das mulheres no pré-teste. No GE2, 21 (42%) mulheres acreditavam que o início de uma cartela subsequente deveria ocorrer no quinto dia da menstruação, 18 (36%) referiram que seria no oitavo dia após a tomada da última pílula da cartela anterior e 6 (12%) mulheres referiram que se deve esperar o fluxo menstrual cessar para somente então iniciar uma nova cartela de AOC. Percebeu-se que há dúvidas entre a circunstância ideal para início da primeira cartela e para cartelas subsequentes, no uso continuado. Quando terminados os 21 comprimidos da cartela; muitas esperavam a “regra descer” e contavam 5 dias para o início da próxima cartela. Outras vezes, este intervalo era estendido para além de 10 dias.

Nos grupos GE1 e GC foram encontrados resultados diferentes do GE2, no pré-teste, porém semelhantes entre si, visto que a maior parte das mulheres referiu corretamente o início de uma cartela subsequente (52% e 56% respectivamente); 12 (25%) mulheres do GE1 também acreditavam que a forma correta de iniciar uma cartela subsequente de AOC seria no quinto dia da menstruação. Assim como estas, 10 (21%) participantes do GC compartilharam essa crença; 5 (10%) mulheres dos grupos GE1 e GC afirmaram que o início de uma nova cartela deveria ocorrer depois de cessada a menstruação.

Após 60 dias da aplicação das estratégias educativas, no GE2, o percentual de mulheres que responderam corretamente a esta questão passou de 18 (36%) para 43 (89%); no grupo GE1 passou de 25 (52%) para 41 (85%). No GC, porém, o aumento foi bem discreto, de 27 (56 %) para 28 (58%).

Observou-se então que nos grupos que receberam intervenção educativa houve um aumento considerável nos percentuais de mulheres com respostas corretas, sendo o GE2 o de maior aumento proporcional (grupo que participou da estratégia educativa com apoio de álbum ilustrado) resultado não foi evidenciada no GC.

No que tange a forma correta de proceder em caso de esquecimento de duas pílulas, no pré-teste, das 146 mulheres estudadas, somente 34 (23%) delas referiu corretamente o que fazer (Tabela 6) e metade delas declararam não saber como proceder. Entre as que arriscaram a dar alguma resposta, 19 (13%) afirmaram que a mulher poderia desprezar as pílulas que esqueceu e só tomar a pílula do dia, com o uso da camisinha por pelo menos uma semana; 20 (14%) delas afirmaram que se deveria jogar fora todo o restante da cartela e esperar a menstruação vir para começar uma nova cartela.

Quanto ao proceder em caso de esquecimento na tomada de pílulas, algumas mulheres afirmaram descartar a pílula esquecida, outras param de tomar a cartela e esperam o próximo ciclo e outras não souberam responder o que fariam, pois nunca haviam esquecido de tomar “o comprimido”.

Paniz, Fassa e Silva (2005) abordaram questões semelhantes às abordadas no presente estudo e encontraram que 3542 (86,9%) das mulheres pesquisadas souberam que o AOC deve ser tomado diariamente. Todavia, 70% não referiram corretamente o que deve ser feito em caso de esquecimento. Esses autores concluíram que, a despeito de haver certo conhecimento em mulheres com maior escolaridade, renda, e entre as que vivem em união estável e apesar da alta prevalência de utilização de algum método ao longo da vida, ainda é limitado o conhecimento sobre uso consistente dos métodos mais utilizados, assim como a respeito do conhecimento sobre modificações fisiológicas do organismo feminino, como ciclo menstrual e período fértil.

Após 60 dias, quando se avaliou o conhecimento das mulheres nesse quesito, observou-se que no GE2 o percentual de mulheres que responderam corretamente passou de 9 (18%) para 34 (68%); no GE1 passou de 11 (23%) para 25 (52%). No GC não houve mudança após 60 dias, em que 14 (29%) foi o número de mulheres que conheciam o que fazer em caso de esquecimento de duas pílulas no pré-teste e pós-teste com 60 dias.

Frente a estas observações, pressupõe-se que as estratégias educativas tenham melhorado o conhecimento das mulheres quanto a esta questão e que proporcionalmente o GE2 apresentou maior aumento deste conhecimento.

O incremento do conhecimento proporcionado por estratégias educativas também foi pesquisado por Deijen e Kornatt (1997), que avaliaram o efeito de dois tipos de intervenções

educativas sobre o conhecimento de mulheres na conduta frente a uma, duas, três ou mais pílulas esquecidas. Em seus resultados os autores descreveram que o conhecimento das mulheres foi melhor e semelhante nos grupos que receberam intervenções, e apesar de ter havido um aumento no conhecimento dos três grupos formados (dois experimentais e um controle) a melhoria foi mais acentuada nos grupos experimentais. Eles concluíram que o conhecimento de como lidar com as pílulas esquecidas foi melhorado com a aplicação de informações extras, independente do tipo de tecnologia utilizada.

A eficácia das pílulas anticoncepcionais é influenciada pela forma de administração, ou seja, esquecimento na ingestão de comprimidos e irregularidades na posologia. Quando isso acontece, a taxa de falha passa de 0,1% para 8%, podendo ocorrer até 8 gravidezes a cada 100 mulheres em um ano. Uma orientação adequada é então imprescindível para que estas usem a pílula corretamente e não atribuam, possíveis gravidezes que podem ocorrer nessa situação, à existência de “pílulas fracas” ou “falhas da pílula” (BRASIL, 2010).

Existem evidências de que quando se esquece de tomar pílulas por 1 ou 2 dias, as chances de engravidar ainda são pequenas, desde que as mulheres não interrompam a ingestão das pílulas restantes. Nesse caso, elas poderão tomar duas pílulas em um mesmo dia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Caso haja esquecimento superior a 2 pílulas, as recomendações se diferenciam, pois há necessidade de uso de um método de apoio por 7 dias, sendo preciso tomar uma pílula imediatamente e contar quantas pílulas restam na cartela; se houver mais de 7 pílulas a mulher toma o restante das pílulas como de costume, porém, se restam menos de 7 toma o restante como de costume, mas inicia a cartela subsequente no dia seguinte após o término da última pílula. A menstruação provavelmente não ocorrerá nesse período (BRASIL, 2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Segundo o *Dutch Standard Procedure*, no que diz respeito a três ou mais pílulas esquecidas é recomendado parar de tomar pílulas por sete dias e iniciar uma nova cartela no oitavo. No intervalo dos sete dias sem tomar a pílula usar método de apoio e continuar utilizando durante os 14 dias da nova cartela (DEIJEN; KORNATT, 1997).

Os riscos à saúde decorrentes do uso de AOC foram os menos conhecidos entre as mulheres. Conforme a tabela 6. somente 24 (17%) mulheres conheciam tais riscos, sendo o aumento da pressão arterial o risco mais citado.

No pré-teste, 76 (52%) mulheres desconheciam os riscos associados ao uso de AOC. Porém, entre as 30 (20%) mulheres que responderam à questão, citaram: “raladura no útero”,



“massa no útero” e a “possibilidade de aborto”; 16 (11%) afirmaram que o AOC pode causar “infertilidade”, “câncer no ovário” e “câncer de mama”.

No estudo de Hamani et al. (2007) com adolescentes, 31,2% acreditavam que o AOC aumenta o risco para câncer de mama; 34,1% relataram que causava infertilidade futura e 40,6% acreditaram que há necessidade de pausa na tomada do AOC devido aos riscos existentes.

No estudo de Vogt e Schaefer (2011) das 30 mulheres participantes da pesquisa, 3 (10%) relataram o câncer cervical como um risco relacionado ao AOC e a infertilidade também foi reconhecida como risco, sendo referido por 8 (27%) mulheres.

As possíveis complicações decorrentes do AOC ainda são desconhecidas de boa parte das usuárias. Crenças e mitos que relacionam o uso do AOC com a infertilidade e com o câncer do colo do útero, por exemplo, persistem entre mulheres e, não raramente, essas informações são difundidas por profissionais da saúde (HAMANI, 2007; MOURA et al., 2005; PANIZ; FASSA; SILVA, 2005).

Os riscos referidos pelas mulheres muitas vezes se dissociam dos expostos na literatura e, ao contrário das complicações sistêmicas reais como Trombose Venosa Profunda (TVP), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), as mulheres relatam complicações no sistema reprodutor feminino, referindo acúmulo de massa no útero, em conformidade com aquilo que “o médico disse”, “raladura”, cisto ou tumor, infertilidade e perda de ação pelo uso prolongado (AMÉRICO et al., 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

As referidas percepções acerca desse conhecimento, portanto, são incorretas e perpassam indivíduo/usuário, comunidade, mas podem também permear profissionais da saúde que, por não saberem ou por negligenciarem o repasse de informação à clientela, acabam contribuindo para a sedimentação desses mitos, perpetuando, assim, a desinformação quando a desmistificação é que deveria ocorrer (HAMANI et al., 2007).

Após 60 dias, o percentual de mulheres conhecedoras desses riscos passou de 17 para 51% (Tabela 6). Essa melhoria, entretanto, prevaleceu somente entre os grupos que receberam intervenção educativa, posto que no GC 9 (19%) foram as mulheres que conheciam os riscos advindos do AOC, e após 60 dias houve o acréscimo de somente uma mulher passando de 9 (19%) para 10 (21%). No GE2 o percentual de mulheres que passaram a conhecer tais riscos aumentou de 5 (10%) para 29 (58%) e no GE1 passou de 10 (21%) para 35 (73%). Em termos proporcionais, no GE2 a proporção de mulheres conhecedoras desta questão foi quase 5 vezes maior após tal intervenção. No GE1 o incremento foi de 3 vezes mais.

A apresentação deste tópico mostrou a prevalência do desconhecimento sobre alguns aspectos acerca do AOC, apesar de este ser um método que ganha adesão desde a década de 60. Viu-se também que antes do recebimento das intervenções educativas o total amostral da pesquisa (n = 146) se enquadrava em um mesmo diagnóstico de base, o de desinformação sobre aspectos práticos do uso e sobre riscos potenciais à saúde.

Nessa perspectiva, observou-se mudança na realidade das participantes dos grupos experimentais, ou seja, elas tiveram a chance de aprender sobre o método. E esse aprendizado as potencializou em garantir a eficácia, atenuar os efeitos colaterais e a evitar o uso do método quando fatores de risco estiveram presentes. Mas, diante disso se pergunta: e as mulheres pertencentes ao grupo controle, que continuaram com o “seu desconhecimento”? e que apesar de terem sido nessa pesquisa somente um grupo de 48 podem representar um contingente mais representativo de usuárias do método no SUS?

Estas podem estar mais vulneráveis à gravidez não planejada, ao aborto provocado ou à maternidade prejudicada:

O conjunto desses resultados remete, necessariamente, à discussão acerca do acesso que as mulheres têm à informação de boa qualidade quanto aos MAC. Ao mesmo tempo, também impõe o debate sobre o que é uma informação de boa qualidade, que seja assimilável e significativa para quem está buscando alternativas anticoncepcionais (ESPEJO *et al.*, 2003. p.589).

Pondera-se que possa haver uma dissociação entre práticas educativas e a rotina de atenção ao planejamento familiar; barreiras qualitativas e quantitativas de acesso aos métodos contraceptivos, e com isso ficam evidentes as condições de comprometimento do exercício da autonomia das mulheres quanto à escolha e manutenção consciente e satisfeita dos métodos contraceptivos (MOURA; SILVA, 2005).

Mulheres que usam AOC precisam saber que o MAC eleito não lhes causa massa no útero, raladura ou infertilidade, mas que pode, por exemplo, aumentar o risco de complicações mais graves, apesar de mais raras, contudo passíveis de prevenção. Nessa perspectiva, estratégias devem extrapolar as instituições físicas de saúde, o fornecimento de insumos e a capacitação técnico-científica dos profissionais envolvidos e direcionar também o olhar para a clientela assistida, que pode ampliar as perspectivas do controle da fecundidade mediante o recebimento de informações e estratégias educativas que agreguem os fatores acima considerados, contribuindo para um agir (diferente de passividade) conducente à saúde.

O Ministério da Saúde recomenda como estratégia para melhoria do conhecimento das mulheres acerca dos MAC, em particular do AOC, o uso de metodologia participativa, visto

que esta considera o conhecimento e a experiência das participantes, permitindo a troca de ideias sobre reprodução, relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam nessas questões. Essa metodologia estimula a pessoa a construir um processo de decisão autônomo e focado em seus interesses. Porém, é posto que tais ações, desenvolvidas em abordagem grupal devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual (BRASIL, 2010).

Devido ao reconhecimento de que as estratégias educativas podem estimular as mulheres ao conhecimento e ao cuidado de si mesmas, fortalecendo a sua autoestima e a autonomia, contribuindo para o pleno exercício de seus direitos reprodutivos, não só no Brasil, mas em todo o mundo, se estuda a efetividade de estratégias educativas voltadas à anticoncepção.

No presente estudo, foi visto que mulheres submetidas a estratégia educativa, quer seja através de folder, quer seja mediante abordagem grupal, com o uso de álbum ilustrado, apresentaram melhores níveis de conhecimento em momentos de avaliação pós-intervenção. No GE1, “o conhecimento excelente”, que apresentou uma frequência de apenas 2% no pré-teste, passou para 50% no inquérito CAP aplicado após 60 dias da intervenção, e o “conhecimento bom”, prevalente em 12,5% das mulheres no pré-teste passou para 22% dos casos no pós-teste com 60 dias. No GE2, o Cbom que foi evidenciado em 16% das mulheres passou a ser detectado em 50% delas na avaliação de 60 dias após a intervenção, e o Cexc que não estava presente, passou a ser encontrado em 30% das mulheres. Assim, acredita-se que essas diferentes modalidades de intervenções educativas podem influenciar a melhoria do conhecimento das mulheres em ambos os grupos, apesar de no grupo folder não ter sido detectada uma correlação estatisticamente significativa.

Assim como na pesquisa ora apresentada, outra realizada na Inglaterra, com 636 mulheres entre 18 e 45 anos, utilizou um folheto educativo com a finalidade de melhorar o conhecimento em contracepção de mulheres que tomavam AOC. A intervenção fundamentou-se em perguntas interativas e em dois tipos de folhetos. Como resultado, obteve-se que nas mulheres que não receberam os folhetos, o conhecimento sobre contracepção foi baixo. A intervenção educacional com folheto gerou melhoria no conhecimento dos fatores que causam a falha da pílula e suas regras de uso. Ademais, foi posto como benefício adicional na utilização de folhetos a realização de perguntas por parte do profissional a partir da leitura do mesmo (LITTLE et al., 1998).

Smith e Withfield (1995) realizaram no Reino Unido um estudo quase - experimental do tipo antes e depois para investigar se o conhecimento sobre a tomada correta da pílula

poderia ser melhorado ao fornecer às mulheres folhetos informativos sobre planejamento familiar. Depois de ter recebido folhetos sobre o AOC, a proporção de mulheres que sabia a composição hormonal da pílula (dois hormônios) aumentou em todas as classes sociais ( $X^2 = 24,8$ ,  $p < 0,001$ ) e proporção considerável de mulheres passou a saber da regra de 12 horas para a eficácia da pílula. A provisão do folheto também aumentou a proporção de respondentes que sabiam sobre as precauções extras por sete dias, caso atrasassem a pílula por mais de 12 horas. Os autores constataram que o uso de folhetos melhorou o conhecimento das mulheres na tomada correta dos AOCs.

Deijen e Kornaatt (1997) avaliaram o efeito de diferentes tipos de informação para o conhecimento relacionado ao AOC. Foram usadas três formas de intervenção, uma tradicional (oral) ocorrida durante a consulta, uma com folheto e outra com *audiotape* que trazia informações sobre ações, efeitos colaterais, vantagens e procedimento em caso de esquecimento da pílula. Foi visto que os grupos que receberam o folheto e *audiotape* tiveram significativamente melhor conhecimento do que o grupo que recebeu informação tradicional. Interessante ressaltar que nesse estudo não houve diferenças estatisticamente significativas quando se comparou os grupos que receberam intervenção educativa. Desse modo, os grupos com informação para além da oral tiveram melhor conhecimento no pós-teste de um e três meses após a aplicação dessas intervenções.

Vogt e Schaefer (2012) compararam o efeito de dois tipos de aconselhamentos em folhetos no conhecimento acerca do AOC. Foi encontrado que os dois tipos de folhetos melhoraram o conhecimento quando comparado ao estágio pré-intervenção.

Quanto às estratégias que se valem de metodologias participativas, em revisão integrativa realizada para endossar esta tese, verificou-se que as sessões ou programas educativos dialogais e participativos foram os principais métodos propostos para educação em saúde. Suárez, Mosquera e Vela (2008) em intervenção educativa que utilizou de atividades teóricas e práticas constataram que antes da intervenção, 53,5% dos jovens tiveram avaliações pobres, seguido pela categoria regular em 31,6%. Após a aplicação da intervenção educativa 76,5% dos estudantes alcançaram a categoria “bom” ao final do estudo ( $p = 0,0003$ ). Assim, as palestras foram reconhecidas como importantes, favorecendo a mudança de comportamento e conhecimento dos jovens.

Hernandez et al. (2010) também realizaram estudo com metodologia ativa em Cuba, cujo objetivo foi melhorar o nível de conhecimento de 136 adolescentes sobre anticoncepção. Através de sessões educativas se ponderou o conhecimento dos participantes antes e após a realização da intervenção. Para isso, utilizou-se pré e pós-teste. A utilização da intervenção

educativa permitiu elevar o nível de conhecimento de adolescentes, em que se observou que 78 adolescentes modificaram e melhoraram seu conhecimento, além de terem se tornado novos promotores de saúde.

Outros estudos demonstram que intervenções dialogais com adolescentes podem ser mais efetivas a partir da crença de que estes se lembram mais das atividades que requerem sua participação ativa do que daquelas que simplesmente obriga-os a ouvir (KIRBY et al., 19994; WILSON; MPARADZI, 1992).

Assim, estes estudos ratificaram os resultados encontrados na presente pesquisa, em que as mulheres que receberam intervenções educativas alcançaram melhores índices de conhecimento do que as mulheres do GC, sendo a diferença encontrada estatisticamente significativa em inquérito CAP realizado após 60 dias ( $p = 0,000$ ).

Ao se comparar a distribuição percentual de mulheres quanto ao nível de conhecimento adquirido após 60 dias da aplicação do folder verificou-se um aumento de 2 para 50% no Cexc e de 12,5 para 22% no Cbom. No álbum, o Cexc passou de 0 a 30% e o Cbom de 16 para 54%. Contudo, enquanto no grupo do folder até 72% das mulheres estiveram nos melhores níveis de conhecimento, no grupo do álbum esse valor alcançou 84%.

Ao direcionar a discussão para a atitude das mulheres, mudanças estatisticamente significantes ocorreram entre os grupos experimentais (GE1 e GE2), o que não aconteceu no grupo controle (GC).

No GE1 a “atitude desfavorável” caiu em 87% (de 31 para 4 mulheres) e no GE2 um valor semelhante se encontrou, com um decréscimo de 85% (de 27 para 4 mulheres). Assim, supõe-se que tais estratégias podem ter favorecido à aquisição de atitude favorável ao AOC.

Dentre os aspectos relacionados à atitude, constatou-se que a presença de efeitos colaterais se relacionou diretamente à crença de que, na sua ocorrência, a mulher deve, prontamente, interromper o uso do MAC.

As alterações na menstruação, cefaleia, náusea, ganho de peso ou sensibilidade mamária foram percebidas como reações maléficas à saúde e, portanto, concorrentes para o abandono do AOC. Mais da metade das participantes (78; 53%) acreditavam que na ocorrência de quaisquer dessas alterações, a mulher deveria interromper o MAC ou procurar um profissional da saúde.

Tal realidade se vê também fora do Brasil, onde algumas pesquisas em países desenvolvidos concluíram que as mulheres não estão cientes dos benefícios à saúde que podem advir do uso de contraceptivos orais, por isso, possuem uma maior tendência a temer seus riscos e efeitos colaterais. Frente a isso, autores discutem que a melhoria do

conhecimento acerca do contraceptivo desempenha um papel crucial na atitude para com o método (CHEN et al., 2003).

Durante o pré-teste, no GE1, 29 (60%) mulheres apresentaram as percepções acima descritas. Após 60 dias da aplicação do folder, esse percentual caiu para 7 (14%). Quanto ao GE2, os valores encontrados foram de 22 (44%) mulheres no pré-teste, com uma queda para 6 (12%) após 60 dias da intervenção educativa com apoio do álbum ilustrado.

No GC não ocorreram mudanças positivas, visto que no pré-teste 27 (56%) das mulheres concordaram que efeitos colaterais são danosos à saúde e após 60 dias houve um incremento de 2% passando o percentual de 56 para 58% das mulheres com opiniões deste tipo.

Desse modo, pondera-se que o fato de as mulheres dos grupos experimentais terem tido conhecimento sobre a relação entre o uso do AOC e os efeitos colaterais, bem como acerca da importância de se continuar tomando a pílula diariamente mesmo que haja esses efeitos (que não causam danos mais graves à saúde), contribuiu para que elas desmistificassem conceitos de senso comum e adquirissem atitudes favoráveis ao método.

Apesar de a pesquisa ter mostrado que após as intervenções as mulheres melhoraram a atitude com relação aos efeitos colaterais, destaca-se também que no percentual de mulheres em que tal mudança não ocorreu (7; 14% no GE1 e 6; 12% no GE2 e) pode-se supor que o fato de se “ter aprendido” que efeitos colaterais não são danosos à saúde e que a mulher pode continuar o uso da pílula mesmo na presença deles, a satisfação com relação ao MAC pode ser afetada, em virtude de efeitos indesejáveis e que afetam o bem estar feminino e sua qualidade de vida.

Outro aspecto salutar considerado na avaliação da atitude por parte das mulheres foi a opinião destas quanto ao uso do AOC e o comprometimento futuro da fertilidade, em que 95 (65%) das mulheres, no pré-teste, acreditavam que o uso do AOC afeta a fertilidade feminina, causando dificuldades para engravidar. Após as intervenções educativas constatou-se considerável mudança quanto a esta crença, que passou de 34 (68%) para 14 (28%) mulheres no GE2 após 60 dias da intervenção. No GE1 o percentual passou de 31 (64%) mulheres acreditando que o AOC pode causar infertilidade para 7 (14%). No GC, o percentual que era de 30 (62%) se elevou para 32 (66%), em cujo grupo tal crença prevaleceu e contribuiu para a manutenção de atitude desfavorável relacionada ao AOC.

A mudança de opinião das mulheres frente a esta questão foi considerada relevante para a continuação do AOC, visto que, o medo de uma possível “infertilidade” futura pode ser

causa frequente para interrupção do método. Apesar de este não ter sido um motivo alegado entre as que interromperam o AOC nesta pesquisa, a literatura traz essa reflexão.

No estudo de Hamani et al. (2007) das 254 adolescentes estudadas em Israel quanto ao conhecimento sobre AOC, 34% delas acreditavam que o método causava prejuízo futuro à fertilidade, e este equívoco, conforme os autores, prevaleceu tanto em usuárias quanto em não usuárias do método.

Vogt e Schaefer (2011) ao compararem o conhecimento de mulheres (n= 30) entre 18-24 anos sobre o AOC na Alemanha constataram que 27% atribuíram a dificuldade para engravidar a um efeito colateral do método.

Em virtude dessa e de outras percepções, mulheres julgam necessário um período de pausa no uso do método, para “dar descanso” ao corpo, a fim de desintoxicá-lo das doses exógenas de estrogênio (MAKUCH et al., 2012).

Orientar as mulheres quanto ao mecanismo de ação dos anticoncepcionais orais combinados, certamente, atenuaria as crenças de acúmulo hormonal no organismo, de comprometimento futuro da fertilidade, e a possibilidade de malformação congênita e de tantas outras crenças presentes no imaginário das mulheres.

Apesar disso, este tópico não parece ser tão enfatizado pelos profissionais, que muitas vezes, preocupam-se com aspectos voltados somente para forma correta de usar a pílula.

Neste estudo, foi feita uma revisão integrativa e constatou-se que das 14 pesquisas feitas ao redor de todo o mundo, em somente 4 se considerou o mecanismo de ação nos tópicos investigados.

Outro aspecto salutar, apesar de ser pouco orientado às mulheres, se relaciona aos benefícios não contraceptivos decorrentes do uso do AOC, de suas diferentes formas de uso (contínuo ou estendido) e dos diferentes tipos de apresentação dos componentes hormonais disponíveis. Tal afirmação se constata no estudo de Peyman e Oakley (2011), onde as mulheres conheceram pouco sobre como o AOC age, sua composição ou sobre os diferentes tipos de AOC existentes.

Proteção contra câncer do endométrio, câncer de ovário, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), redução de cólicas menstruais, síndrome do ovário policístico, dor decorrente da ovulação e diminuição do sangramento irregular são alguns dos benefícios não contraceptivos reconhecidos do método (BRASIL, 2010).

Há também a forma de uso estendido ou contínuo do AOC. A primeira consiste na tomada de pílulas hormonais por 12 semanas sem intervalo, seguidas de uma semana de pílulas placebo (ou sem pílulas). Outras mulheres tomam pílulas hormonais sem intervalo, o

que caracteriza o uso contínuo. Os benefícios dessa forma de uso são a redução de cefaleia intensa sentida por algumas mulheres, síndrome pré menstrual, alterações de humor e qualquer sangramento intenso ou doloroso durante a semana de pausa do AOC (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Todos esses aspectos devem ser repassados como diferentes formas de utilização do método, assegurando à mulher autonomia e satisfação quanto ao uso. A seguir, são citados alguns autores que mostrarão que a satisfação e atitude favorável das mulheres se voltam para aspectos que extrapolam forma correta de uso e efeitos colaterais. Assim, as mulheres, para adquirirem autonomia e atitude favorável ao MAC, devem ter acesso à informações mais abrangentes relacionadas à pílula.

Grove e Hooper (2011) encontraram uma atitude favorável para mudança do AOC a outro método com ausência ou menor dose estrogênica. Outras mulheres se mostraram receptivas à mudança do método ou do padrão de uso do AOC (GRAHAM et al., 2013). No estudo de Makuch et al. (2012) as mulheres demonstraram uma atitude favorável ao uso do AOC para controlar o sangramento menstrual ou promover a amenorreia e no estudo de Gazibara et al. (2013) aproximadamente 61 % das participantes pesquisadas usaram a pílula como terapia para dismenorreia.

No estudo multicêntrico de Grover e Hooper (2011) no qual participaram 1623 mulheres, 53% tinham preocupações sobre a dose exógena de estrogênio recebida através do AOC; 80% se mostrou favorável a mudanças para um contraceptivo diferente e com uma dose mais baixa de estrogênio para minimizar a exposição a este hormônio; 74% se mostrou favorável à tomada de pílula livre de estrogênio para evitar potenciais efeitos colaterais. Mais da metade das mulheres pesquisadas com idade entre 35 e 44 anos (58%) pareceu adepta a um regime de método que proporcionasse amenorreia ou diminuição no número de ciclos menstruais, mesmo que isso acarretasse sangramentos irregulares.

Graham et al. (2013) conduziram um estudo no Reino Unido com 26 mulheres que iniciariam o uso do AOC Microgynon®. As mulheres discutiram mudanças do método adaptado: facilidade com o novo regime, mudanças no ciclo, redução do sangramento e ocorrência de sangramento inesperado. Nessa pesquisa, um número significativo da amostra (n= 15) considerou positiva a menor quantidade ou ausência de sangramento menstrual. Essas mulheres alegaram conveniência para aproveitar férias e trabalhar sem estar preocupada com o primeiro dia da menstruação. Ademais, 18 mulheres relataram mudanças nos sintomas pré menstruais, como menor ocorrência de cólica, cefaleia e flutuação no humor.



A opinião sobre a eficácia do AOC frente à ingestão regular e pontual prevaleceu entre o grupo pesquisado, sendo este o único item que apresentou concordância positiva tanto antes quanto após as intervenções educativas, independente dos grupos serem experimentais ou controle. No pré-teste, 134 (92%) mulheres referiram ser importante a tomada diária do AOC e no mesmo horário, para se evitar uma gravidez. Após 60 dias as 146 (100%) mulheres apresentaram tal opinião.

Tal achado divergiu do encontrado por Chen et al. (2003) em que das 500 mulheres investigadas sobre a aceitabilidade do AOC, 165 mulheres (33%) desconheciam a eficácia do método e somente 14,2% reconheceram o AOC como muito efetivo. A crença de mais eficaz esteve mais relacionada a mulheres que já haviam usado o método ( $p < 0,001$ ).

O AOC é considerado um método contraceptivo de alta eficácia quando usado de forma consistente, podendo a sua taxa de falha ser 0,1%, ou seja, de uma mulher grávida em cada 1.000 mulheres no primeiro ano de uso (BRASIL, 2010).

Assim, a percepção de baixa eficácia pode se relacionar a uma prática inconsistente e/ou desconhecimento acerca da ação do método e forma de uso.

A prática de uso de AOC, continuidade entre as cartelas e horário regular para ingestão das pílulas foram melhorados com a utilização do folder e do álbum, cujas diferenças percentuais foram discretas, porém, houve maior diminuição da prática inconsistente nas mulheres participantes da intervenção utilizando-se do álbum.

Contudo, neste grupo, quanto à prática de continuidade entre cartelas, muitas mulheres passaram a adotar, com um aumento considerável de frequência na prática habitual, ao passo que na intervenção por folder houve um maior aumento percentual na frequência de mulheres na prática consistente.

Faz-se aqui uma suposição para a ocorrência de tal fenômeno no grupo de mulheres pertencentes ao GE2: durante a aplicação do álbum seriado, as participantes, após as explicações dadas pela pesquisadora sobre o intervalo entre as cartelas, levantaram a discussão de que estas adotavam a prática de iniciar uma cartela subsequente no quinto dia da menstruação e a menstruação costuma vir no terceiro dia após a tomada da última pílula. Se a contagem for feita tem-se o intervalo de oito dias, preconizado como correto. Desse modo, apesar de as mulheres adotarem como uso prático a expressão “quinto dia da menstruação”, acabavam obedecendo ao intervalo preconizado.

Esse foi um momento interessante, de construção do conhecimento e protagonismo das mulheres em questões que lhe dizem respeito. Tal discussão ocorreu em diversos encontros e pode explicar o porquê de se ter prevalecido uma “prática habitual” na avaliação

do pós-teste após 60 dias. A classificação em prática “habitual” deveu-se as mulheres assinalarem “Eu só começo a tomar a pílula no quinto dia da menstruação”, mas, nesse modo de uso muitas obedeciam ao intervalo recomendado.

Essa vivência dialógica, participativa, somente foi oportunizada através da intervenção por álbum, que teve como referencial educativo o freireano; em que conceitos são construídos e desconstruídos através do encontro do saber científico com o saber popular. A partir de momentos como esse se compreende de onde provêm os significados com os quais os indivíduos dão sentido ao seu modo de vida e como criam estratégias próprias para lidar com situações que requeiram ações para melhoria da saúde (MOREIRA et al, 2007).

Para uma mudança de prática ou comportamento se faz necessário influenciar os domínios cognitivos e afetivos/emocionais, e diante dessa premissa, se considerou desafiador influenciar mudanças na prática de mulheres que trazem consigo “a sua própria prática”.

Moreira et al. (2007, p. 157) consideram que na proposta freireana a “educação libertadora ou emancipatória” passa por dois momentos distintos. O primeiro, quando o homem desvela o mundo e compromete-se com a prática e com a transformação, e o segundo, quando transforma a sua realidade” .

Apesar das mudanças ocorridas na prática dessas mulheres, foi observado que o fato de conhecer melhor o método e de ter uma atitude mais favorável quanto a este não foram fatores decisivos, nesta pesquisa, para que todas as mulheres pertencentes aos grupos experimentais alterassem sua forma de usar a pílula.

Tal afirmação se embasa no fato de que os percentuais encontrados para melhoria do conhecimento e atitude superaram o percentual de mudança de prática. Assim, houve uma melhoria no CAP, porém, não de forma proporcional.

No estudo de Gazibara et al., (2013) se encontrou que maiores níveis de conhecimento sobre a pílula foram preditores para o uso do MAC, porém, os autores ponderaram que o conhecimento e a história de uso podem não aumentar a propensão de se tomar o AOC, emergindo daí uma indagação quanto à satisfação das mulheres frente ao método. Porém, resultados diferentes foram descritos por Chen et al.(2003): as clientes que souberam das vantagens advindas do MAC foram mais propensas à utilizá-lo.

Frente ao que se expõe, as intervenções educativas conduziram as mulheres à mudança prática, e isto se deu com significância estatística. Não obstante, cogita-se que a possibilidade de mais de um encontro a fim de se trabalhar e conhecer mais profundamente o

contexto e modo de pensar das mulheres poderia incrementar os percentuais de prática consistente.

E aqui se põe uma limitação desta pesquisa; a de não ter “testado” se dois, três, quatro ou mais encontros com um mesmo grupo de mulheres não proporcionariam um maior percentual de mudança de prática consistente quando comparado a um único encontro. Outra ainda se relata: a de não ter abordado no inquérito CAP aspectos voltados ao conhecimento e atitude sobre benefícios não contraceptivos e mecanismo de ação do AOC visto que conforme a literatura apresentada, estes podem ser fatores decisivos a prática de uso do método.

Para algumas mulheres deste estudo, o desvelar do conhecimento sobre o AOC lhes foi suficiente para a transformação de suas práticas (tanto que houve mudanças em ambas as estratégias educativas), todavia, para outras, a transformação da realidade demandaria um maior compartilhamento de saberes e experiências entre outras usuárias e o mediador (BRASIL, 2001).

Ademais, também se põe como limitação o fato de as intervenções educativas (folder e álbum) não terem sido validadas antes da aplicação com o público-alvo. Não obstante, em suma, as diferentes estratégias educativas foram eficazes na melhoria do conhecimento, atitude e prática de usuárias de AOC, tendo isso sido constatado a partir das mudanças ocorridas nos diferentes momentos avaliativos. As usuárias do grupo controle sofreram mudanças mínimas e prevaleceram com um conhecimento mínimo e atitude desfavorável à continuidade de uso do AOC. Felizmente, após as estratégias, tal panorama, que também prevalecia entre as mulheres dos grupos experimentais, se reverteu para resultados positivos, que se direcionam para uma maior consciência para com o MAC em uso.

## 6 CONCLUSÃO

Obteve-se que as diferentes estratégias educativas utilizadas foram eficazes na melhoria do conhecimento, atitude e prática de usuárias de AOC, tendo isso sido constatado a partir das mudanças ocorridas nos diferentes momentos avaliativos do inquérito CAP (imediatamente e após 60 dias).

A estratégia educativa com apoio do álbum ilustrado gerou um maior conhecimento no que tange aos dias de pausa requeridos para o início de uma cartela subsequente, procedimento em caso de esquecimento de duas pílulas e sobre os riscos à saúde, quando comparada a estratégia apoiada no uso do folder, apesar de as diferenças não terem sido significativas.

Com relação à atitude, a situação inverteu-se, pois as mulheres que receberam a estratégia educativa por folder apresentaram maior aumento na atitude favorável relacionada ao AOC.

Comparando ambas as estratégias, por folder e álbum, percebe-se que estas podem ser utilizadas como ferramentas para informação em saúde entre mulheres, homens e/ou casais, bem como usuárias de AOC na perspectiva de realizarem o uso consistente do método. Para a escolha entre uma ou outra se poderá considerar as características das usuárias, suas predileções e seu contexto sociocultural, bem como a disposição do profissional, a existência de uma estrutura física favorável à realização de intervenções educativas e a oferta de equipamentos e recursos nos serviços de saúde necessários à reprodução do material necessário para a aplicação das estratégias.

A implementação de estratégias como as apresentadas são de baixo custo e de simples execução. Podem ser um excelente meio de orientação a mulheres que iniciarão o uso do AOC. A abordagem grupal com o uso dessas tecnologias poderá diminuir o tempo requerido nas consultas individuais e, ainda, direcionar o profissional acerca de aspectos fundamentais a serem repassados às mulheres. Além disso, favorecem o vínculo entre profissional-cliente estimulam a confiança e corroboram uma prática consistente do AOC. Para tanto, é fundamental o apoio da gestão do sistema local de saúde, na perspectiva de garantir a logística da propedêutica anticonceptiva necessária às equipes da atenção básica.

Conclui-se, portanto, que a hipótese inicialmente formulada, foi confirmada, ou seja, a implementação de intervenção de Enfermagem na modalidade estratégia educativa individual apoiada em folder apresenta eficácia semelhante à intervenção de Enfermagem na modalidade

estratégia educativa grupal apoiada em álbum seriado na promoção do uso consistente de AOC.

A execução da presente pesquisa oferece duas tecnologias educativas capazes de gerar mudanças positivas em usuárias de AOC, e que por isso, podem ser reproduzidas e utilizadas no contexto do aconselhamento em planejamento familiar por profissionais comprometidos em educar as mulheres para o uso consistente de AOC, reduzindo as chances de gravidezes não planejadas que podem trazer prejuízos indelévels a famílias que apresentam um contexto de vida desfavorável.

Como sugestão para pesquisas futuras registra-se a possibilidade de validação do material utilizado bem como a elaboração de outros materiais nos formatos de folder ou álbum ilustrado que versem sobre outros métodos anticoncepcionais hormonais com emergente adesão entre mulheres, tais como os anticoncepcionais injetáveis combinados.

Além disso, sugere-se o teste do impacto da combinação das duas estratégias educativas (folder + álbum) sobre o conhecimento, atitude e prática das usuárias para compará-lo frente à aplicação das estratégias isoladamente, em grupos experimentais distintos. E ainda, quanto ao tempo de avaliação das estratégias, indica-se períodos adicionais de avaliação aos 60 dias, podendo esta ser feita aos 6 e 12 meses após a aplicação das estratégias educativas.

## REFERÊNCIAS

- AMÉRICO, C.F. **Perfil de uso de anticoncepcionais orais combinados de baixa dose e fatores associados**. 2010. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- AMÉRICO, C.F.; NOGUEIRA, P.S.F.; VIEIRA, R.P.R.; BEZERRA, C.G.; MOURA, E.R.F.; LOPES, M.V.O. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.4, 2013.
- ANDRADE, H. H. S. M.; MELLO, M. B.; SOUSA, M. H.; MAKUCH, M. Y.; BERTONI, N.; FAÚNDES, A. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 1168-73, 2009.
- BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N.R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M.V. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, v.33, n.4, p. 303-309, 2011.
- BELO, M A V; SILVA, JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, 2004.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Bireme e el sistema latino americano e Del caribe de información em ciências de La salud: hacia La biblioteca virtual em Salud**. Disponível em: < <http://regional.bvsalud.org/bvs/P/pdoc.htm>>. Acesso em: 03 set. 2012.
- BOLAM, A.; MANANDHAR, D.S.; SHRESTHA, P.; ELLIS, M.; COSTELLO, A.M.L. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. **BMJ**, v. 316, p. 805-811, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. 2002. Disponível em: < <http://www.inde.gov.mz/docs/monieduca10.doc>>. Acesso em: 15 de fev. 2012.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro 2012**. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: [s. n.], 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança**. Brasília: [s. n.], 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do uso Racional de Medicamentos**. Disponível em:

< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio\\_medica/oque.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/oque.php)>. Acesso em: 10 out. 2012b.

BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. **Stud. Fam. Plann.**, New York, v. 21, n. 2, p. 61-91, Mar/Apr. 1990.

BUI, K.T.; WAKEFIELD, C.E.; KASPARIAN, N.A.; TYLER, J.; ABBOTT, J.; TUCKER, K. Oral contraceptive use in women at increased risk of breast/ovarian cancer: knowledge and attitudes. **Psycho-Oncology**, v. 22, p. 228–232, 2013.

CARRENO, I.; DIAS DA COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; MENEGHEL, S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1101-1109, 2006.

CHEN, J.; SMITH, K.B.; MORROW, S.; GLASIER, A.; CHENG, L. The acceptability of combined oral hormonal contraceptives in Shanghai, People's Republic of China. **Contraception**, v.67, p. 281–285, 2003.

DEIJEN, J.B.; KORNAAT, H. The influence of type of information, somatization and locus of control on attitude, knowledge and compliance with respect to the triphasic oral contraceptive Tri-minulet. **Contraception**, v.56, p.31-41, 1997.

DÍAZ, M.; MELLO, M.B.; SOUSA, M.H.; CABRAL, F.; SILVA, R.C.; CAMPO, M.; FAÚNDES, A. Outcomes of three different models for sex education and citizenship programs concerning knowledge, attitudes, and behavior of Brazilian adolescents. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 589-597, 2005.

EGGLESTON, E.; JACKSON, J.; ROUNTREE, W.; PAN, Z. Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica. **Rev Panam Salud Publica**, v.7, n.2, p.102-12, 2000.

ESPEJO, X.; TSUNECHIRO, M. A.; OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; BAHAMONDESE, L.; SOUSA, M. H. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 583-560, 2003.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Anticoncepção**. [S. l.]: [s. n.], 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2007**. Fortaleza: [s.n.], 2007.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n.1. p.1-11, 1987.

GAZIBARA,T.; TRAJKOVIC ,G.; KOVACEVIC ,N.; KURTAGIC, I.; NURKOVIC,S.; KISIC-TEPAVCEVIC,D.; PEKMEZOVIC,T. Oral contraceptives usage patterns: study of knowledge, attitudes and experience in Belgrade female medical students. **Arch gynecol obstet** , v. 288, p. 1165-1170.

GRAHAM,C.A.; PANICKER, S.E.; SHAW, J.; STEPHENSON,J. Women's experiences with tailored use of a combined oral contraceptive: a qualitative study. **Human Reproduction**, v.28, n.6, p. 1620–1625, 2013.

GROVE, D.; HOOPER, D.J. Doctor contraceptive-prescribing behaviour and women's attitudes towards contraception: two European surveys. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.17, p.493-502, 2011.

HALL, K. S.; CASTAÑO,P.M.; STONE,P.W.; WESTHOFF, C.Measuring oral contraceptive knowledge: A review of research findings and limitations. **Patient Education and Counseling**, v.81, p. 388–394, 2010.

HAMANI,Y.; SCIAKI-TAMIR, Y.; DERI-HASID,R.; MILLER-POGRUND,T.; MILWIDSKY,A.; HAIMOV-KOCHMAN,R. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. **Human Reproduction**, v. 22, n.12 p. 3078–3083, 2007.

HERNANDEZ, F.A. et al. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. **AMC**, v. 14, n. 3, 2010.

HILLER, J.E.; GRIFFITH, E.; JENNER, F. Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto (Revisión Cochrane traducida). **La Biblioteca Cochrane Plus**, n.2, 2008. Disponível em: < <http://www.update-software.com>>. Acesso em: 04 ago. 2012.

HOOPER, D.J. Attitudes, Awareness, Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users. **Clin Drug Investig**,v.30, n.11, p.749-763, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA .**Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

\_\_\_\_\_. **Brasil em síntese**. Disponível em:

<<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/en/populacao/taxas-de-fecundidade-total>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Mensal de Emprego - PME mulher no mercado de trabalho**: perguntas e respostas. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_nova/Mulher\\_Mercado\\_Trabalho\\_Perg\\_Resp\\_2012.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf)>. Acesso em: 10 abr.2014.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, 2004.

KIRBY, D.; RAINE,Y.; THRUSH,G.; YUEN,C.; SOKOLOFF,A.; POTTER,S.C. Impact of an Intervention to Improve Contraceptive Use Through Follow-Up Phone Calls to Female Adolescent Clinic Patients. **Perspect Sex Reprod Health.**, v.42, n.4, p.251-257, 2010.



KIRBY, D.; SHORT, L.; COLLINS, J.; RUGG, D.; KOLBE, L.; HOWARD, M. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. **Public Health Rep.**, v.109, n. 3, p.339 - 360, 1994.

KIRBY, D.B.; LARIS, B.A.; ROLLERI, L.A. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. **J Adolesc Health.**, v. 40, p. 206-217, 2007.

LAMEIRAS, M.L.; RICOY, M.C.; CARRERA, M.V.; FAILDE, J.M.; NÚÑEZ, A.N. Evaluación del Uso del Preservativo Femenino Promovido desde un Programa de Educación para la Salud: un enfoque cualitativo. **Saúde Soc.**, v.20, n.2, p.410- 424, 2011.

LAZCANO, P. et al. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. **Sex Transm Inf.**, v.76, p.277- 281, 2001.

LEE, J.T., TSAIA, J. L., TSOUB, T. S., CHENC, M. C. Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use: a randomized controlled trial. **Contraception.**, v.84, p. 48–56, 2011.

LITTLE, P.; GRIFFIN, S.; KELLY, J.; DICKSON, N.; SADLER, C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. **BMG.**, v. 316, p.1948-55, 1998.

MACHADO, R.B.; MELO, N.R.; PROTA, F.E.; LOPES, G.P.; MEGALE, A. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. **Contraception.**, v. 86, p. 698-703, 2012.

MAKUCH, M.Y.; OSIS, M.J.D.; PÁDUA, K.S.; PETTA, C.; BAHAMONDES, L. Opinion and experience of Brazilian women regarding menstrual bleeding and use of combined oral contraceptives. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.117, p. 5- 9, 2012.

MARCIEL, J. A Fundamentação Teórica do Sistema Paulo Freire de Educação. Estudos Universitários. **Revista Cultura.**, n. 4, 1963.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARINHO, L.A.B.; COSTA-GURGEL, M.S.; CECATTI, J.G.; OSIS, M.J.D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.5, p. 576- 82, 2003.

MARTINS, M. C. **Intervenção educativa para utilização de alimentos regionais por famílias de pré-escolares**. 2010. 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MELNICK, A.L.; RDESINSKI, R.E.; CREACH, E.D.; CHOI, D.; HARVEY, S.M. The Influence of Nurse Home Visits, Including Provision of 3- Months of Contraceptives and Contraceptive Counseling, on Perceived Barriers to Contraceptive Use and Contraceptive Use Self-Efficacy. **Womens Health Issues.**, v.18, n.6, p.471-481, 2008.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

METSON, D.; KASSIANOS, G.; MORIARTY, J.; NORMAN, D. Effect of information leaflets on long term recall - useful or useless? **Br J Fam Plann.**, v.17, p. 21-23, 1992.

MOREIRA MHC, ARAÚJO JNG. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicol Estud.**, v. 9, n. 3, p. 389-98, 2004.

MORRISON, C.S.; TURNER, A. N.; JONES, L.B. Highly effective contraception and acquisition of HIV and other sexually transmitted infections. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v.23, n.2, p. 263 - 284, 2009.

MOURA, E R F; SOUSA, R A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1809-1811, 2002.

MOURA, E.R.F. **Assistência ao planejamento familiar na perspectiva de usuárias e enfermeiros do programa saúde da família**. 2003. 136f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

MOURA, E.R.F.; GOMES, A.M.A.; SILVA,R.M.; ALMEIDA,P.C.; SOUSA,C.B.J. Avaliação da assistência prestada em planejamento familiar no contexto do programa de saúde da família do ceará-Brasil. In: PESQUISA para o SUS no Estado do Ceará: coletânea de artigos PPSUS. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2008.

MOURA ERF, SILVA RM, GOMES AMA, ALMEIDA PC, EVANGELISTA DR. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Rev Baiana Saúde Públ.**, v.34, n. 1, p. 119-33, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Planejamento Familiar: um manual global para prestadores de serviços de saúde**. Baltimore: [s. n.], 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos**. 2. ed. Ginebra: [s. n.], 2005.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1747-1760, 2005.

PAZ, E. C. M.; DITTERICH, R. G. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-10. 2009.

PÉREZ, S. C.; MARTÍNEZ, B. F.; MUÑOZ, P. M.; MARTÍN, M. T. L.; ALARCÓN, C. F.; CASTRO, A. V.; RODRÍGUES, O. R.; LORENZANA, R. B. Q.; TASIAS, A. F.; CASTRO, F. L.; RODRÍGUEZ, O. F. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. **Revista Española de Salud Pública**, v.79, n.5, p. 581-89, 2005.

PEYMAN, N.; OAKLEY, D. Married Iranian Women's knowledge, attitude and sense of auto-efficacy about oral contraceptives: focus group discussion. **J Reprod Infertil.**, v.12, n.4, p.281-288, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 391 p.

QIAN, X.; SMITH, H.; HUANG, W.; ZHANG, J.; HUANG, Y.; GARNER, P. Promoting contraceptive use among unmarried female migrants in one factory in Shanghai: a pilot workplace intervention. **BMC Health Services Research.**, v.7, n.77, p. 1-9, 2007.

RAS, E.; LUIS, M.; SUBIRATS, R.; PELLEJO, M.L.; LARA, A.; RODRÍGUEZ, M.V. La educación sexual en los adolescentes desde la atención primaria. **Salud Rural**, v. 21, n.3, p.89-96, 2004.

ROMERO, R.J.C; LORA, M.N.; CAÑETE, R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. **Aten Primaria**. v. 27, p.12-17, 2001.

SANTOS, J. E.; MEIRA, M. O. B. Roda da saúde: articulando saberes. uma experiência da Universidade do Estado da Bahia no Distrito Sanitário de Cabula-Beiru, Salvador, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, v.30, n.1, p.161-168, 2006.

SANTOS, M. A.; VIERA, E. M. Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. **Interface.**, Botucatu, v.12, n.26, p.589-601, 2008.

SARREL, P. M.; COPLIN, H. R. A course in human sexuality for the college student. **Am J Public Health.**, v. 61, n.5, p. 1030-1037, 1971.

SCHOR, N.; FERREIRA, A.F.; MACHADO, V.L.; FRANÇA, A.P.; PIROTTA, K.C.; ALVARENGA, A.T. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, 2000.

SCHWARZ, E. B.; GERBERT, B.; GONZALES, R. Computer-assisted Provision of Emergency Contraception a Randomized Controlled Trial. **J Gen Intern Med.**, v.23, n.6, p. 794-99, 2008.

SILVA, A. R. V. **Avaliação de duas estratégias educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes**. 2009. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

SMITH, L.; WHITFIELD, M. Women's knowledge of taking the oral contraceptive pill correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. **Br J Gen Pract.**, v.45, p.409-415, 1995.

SOCIEDADE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: [s. n.], 1997.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.3, 2007.

SOUSA, M.C.R; GOMES, K.R.O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad.Saúde Pública**, v.25, n.3, p.645 - 654, 2009.

STEPHENSON, J.; STRANGE, V.; ALLEN, E.; COPAS, A.; JOHNSON, A.; BONELL, C.; BABIKER, A.; OAKLEY, A. The Long-Term Effects of a Peer-Led Sex Education Programme (RIPPLE): A Cluster Randomised Trial in Schools in England. **PLoS Medicine**, v.5, n.11, p.1579-1590, 2008.

SUÁREZ, J. C. L.; MOSQUERA, G. A. T.; LÓPEZ, M. S. V. Intervención educativa sobre conocimientos del uso de los anticonceptivos. **Mediciego**, v.14, n. 2, 2008. Suplemento.

TEREFE, A.; LARSON, C. P. Modern contraception use in Ethiopia: does involving husbands make a difference? **American Journal of Public Health**, v.83, n.11, p.1567- 71, 1993.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VASCONCELOS, C.T.M. **Efeitos de uma intervenção educativa na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolaou**. 2008. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

\_\_\_\_\_. **Intervenção comportamental e educativa**: efeitos na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico. 2012. 93 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

VOGT, C.; SCHAEFER, M. Disparities in knowledge and interest about benefits and risks of combined oral contraceptives. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v.16, p. 183-193, 2011.

\_\_\_\_\_. Knowledge matters - Impact of two types of information brochure on contraceptive knowledge, attitudes and intentions. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v.17, p.135-143, 2012.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v.52, n.5, p.546-553, 2005.

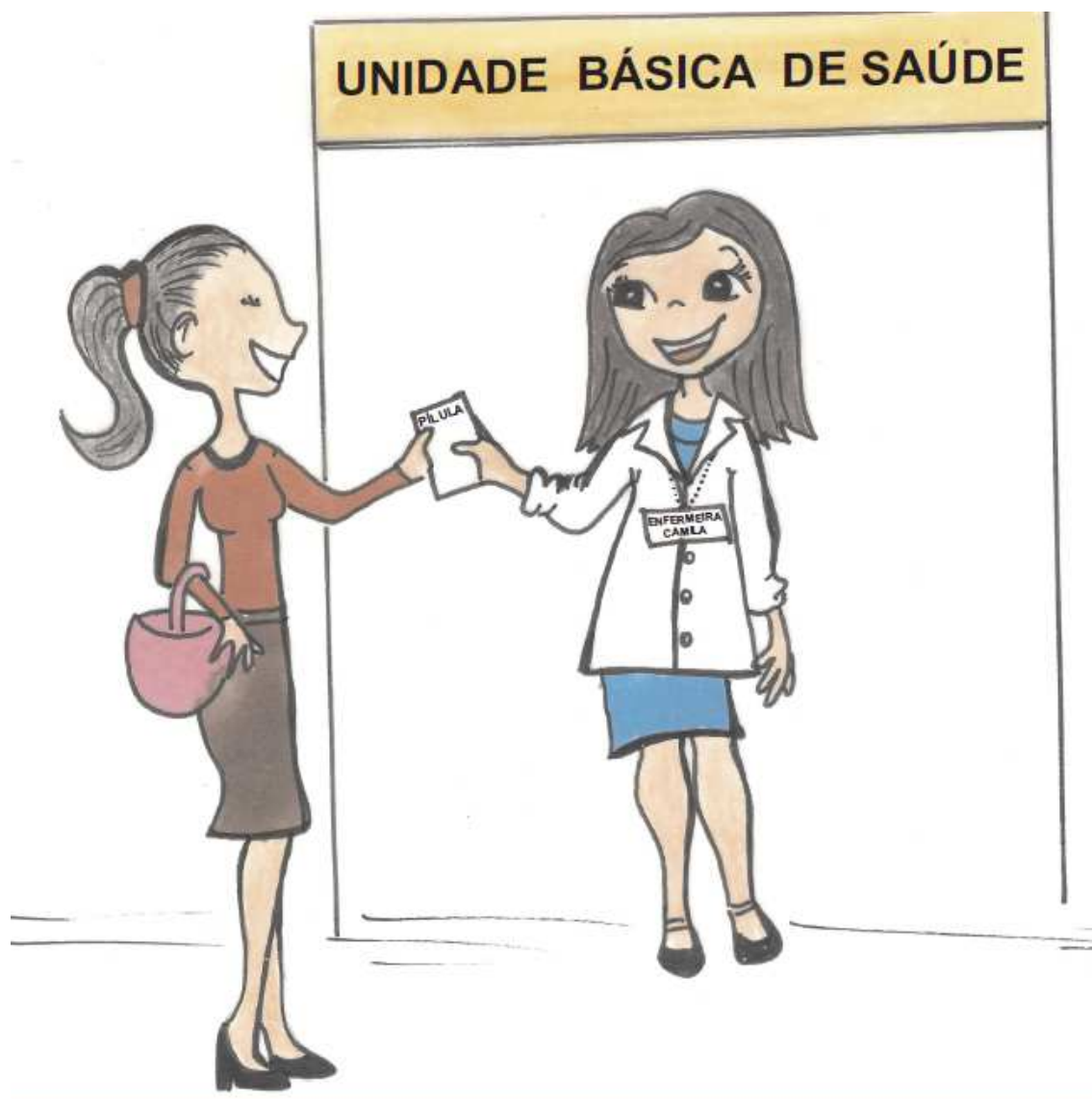
WILLIAMSON, L. M.; PARKES, A.; WIGHT, D.; PETTICREW, M.; HART, G. J. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. **Reprod. Health**, v. 6, n. 3, p. 1-12, 2009.

WILSON, D.; MPARADZI, A.; LAVELLE, S. An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. **J Social Psych.**, v.132, n.3, p. 415-417, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advocacy, communication and social mobilization for TB control**: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO: Geneva, 2008.

\_\_\_\_\_. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4<sup>a</sup> ed. Geneva: WHO, 2010.

APÊNDICE A – ÁLBUM SERIADO CONSTRUÍDO PARA APLICAÇÃO EM  
GRUPO EXPERIMENTAL 2



**O que são as pílulas anticoncepcionais combinadas, para que servem e como funcionam.**

## **TEMAS - ROTEIRO 1**

- **O QUE SÃO AS PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS COMBINADAS**
  - São pílulas que contêm baixas doses de dois hormônios, um progestágeno e um estrógeno, similares aos hormônios naturais progesterona e estrógeno existentes no corpo da mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).
  
- **FINALIDADE DAS PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS**
  - Impedir a liberação de óvulos pelo ovário (ovulação) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).
  
- **COMO AS PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS FUNCIONAM PARA EVITAR A GRAVIDEZ**
  - Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides. Causam também alterações nas características físico-químicas do endométrio, mantendo-o fora das condições para implantação do blastócito, e interferem na motilidade e na qualidade da secreção glandular tubária (BRASIL, 2010).



**Antes passe na unidade básica de saúde para ter atendimento com o enfermeiro ou com o médico.**



**TEMAS - ROTEIRO 2****• COMO INICIAR A PRIMEIRA CARTELA DE PÍLULA COMBINADA**

- No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro ou até o quinto dia do ciclo menstrual. A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional no primeiro ciclo de uso. Neste caso, não há necessidade de método auxiliar (BRASIL, 2010);
  
- Caso a mulher esteja a mais de cinco dias após o início de sua menstruação, ela poderá iniciar a tomada da pílula a qualquer momento caso tenha certeza razoável de que ela não está grávida\*. Nessa condição, ela precisará de um método de apoio durante os primeiros sete dias da ingestão das pílulas e, assim, seguir mantendo relações sexuais normalmente.

\*Perguntas a serem feitas pelo profissional à mulher a fim de se obter certeza razoável de que ela não está grávida (A cliente deve responder “sim” a pelo menos uma das perguntas, para que se forneça a ela o método anticoncepcional) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007, p.372).

- Você teve um bebê há menos de seis meses, você está amamentando de forma exclusiva ou quase e não teve nenhuma menstruação desde então?
- Você se absteve de ter relações sexuais desde sua última menstruação ou parto?
- Você teve um bebê nas últimas 4 semanas?
- Sua última menstruação começou nos últimos 7 dias?
- Você teve um aborto natural ou induzido nos últimos 7 dias?
- Você tem utilizado um método anticoncepcional confiável de maneira consistente e correta?

Eu vou seguir o que a enfermeira falou:  
tomar a pílula todos os dias  
e no mesmo horário!



**Tomar a pílula sempre no mesmo horário garante melhor eficácia e reduz as queixas.**

---

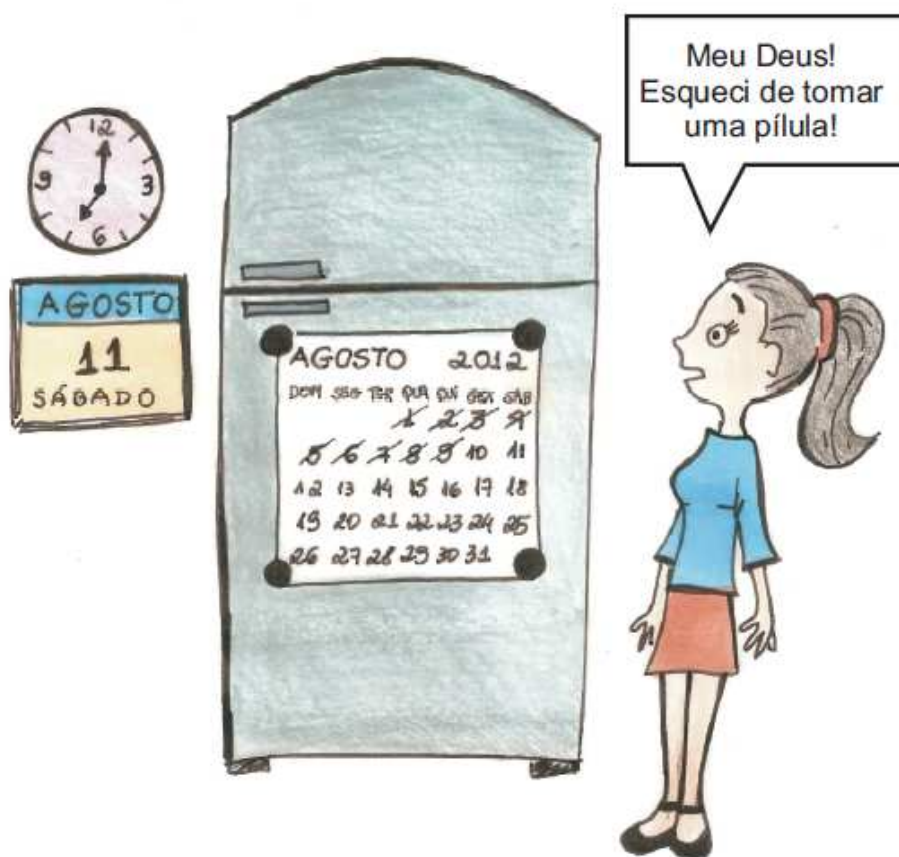
### TEMAS - ROTEIRO 3

- **PORQUE A TOMADA DIÁRIA E SEMPRE NO MESMO HORÁRIO DAS PÍLULAS COMBINADAS.**

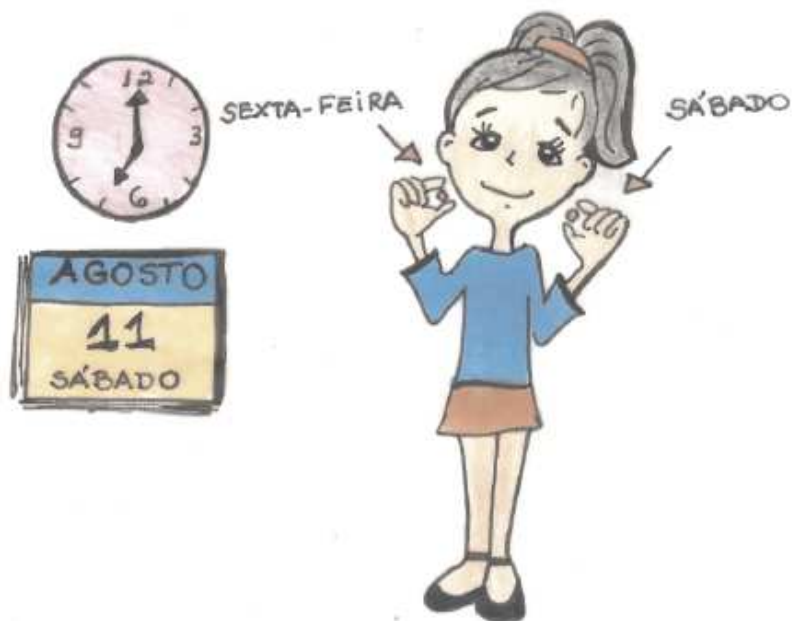
- A tomada diária e no mesmo horário das pílulas contribui para seu uso perfeito (correto), fazendo com que haja o máximo de eficácia, ou seja, 99,9% (BRASIL, 2010).
- Tomar as pílulas sempre no mesmo horário todos os dias ajuda a se lembrar e também reduz os efeitos colaterais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).
- Tomar cada pílula no mesmo horário todos os dias reduz o sangramento irregular (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).
- Mulheres e homens possuem, implantado em seu corpo, uma espécie de relógio natural, conhecido como ritmo circadiano e que é regido pelo hipotálamo que controla algumas atividades do organismo, como o sono, a temperatura corporal e a função celular. O relógio que define a produção de hormônios, ou o ritmo circadiano hormonal, tem funcionamento vespertino, entre 17h e 19h (período de mais produção hormonal). Partindo do princípio que a pílula combinada copia o modelo de funcionamento dos ovários, a forma de ingerir a pílula deve respeitar esse conjunto harmonioso de reações, ou seja, se tomada pela manhã, por exemplo, está invertendo o ritmo, o que certamente contribui negativamente para o bem-estar geral do organismo (MARKUS, ...)\*.
- O horário preciso em que o paciente toma um remédio pode determinar o sucesso do tratamento. É o que defende a Cronofarmacologia, ramo da Ciência que estuda o melhor momento do dia para um paciente tomar cada medicamento (MARKUS, ...)\*.

\*Regina Pekelmann Markus, professora do Laboratório de Cronofarmacologia do Instituto de Biociências da USP.

---



## O QUE FAZER SE ESQUECER DE TOMAR UMA PÍLULA



**TEMAS - ROTEIRO 4****• MEDIDAS A SEREM REALIZADAS PELA USUÁRIA CASO ESQUEÇA DE TOMAR UMA PÍLULA COMBINADA**

- Caso esqueça de tomar uma pílula, tomar a pílula esquecida tão logo se lembre, e a pílula regular, tomar no horário habitual. Tomar o restante da cartela regularmente, uma pílula a cada dia (BRASIL, 2010).
  - A mulher poderá tomar duas pílulas ao mesmo tempo ou no mesmo dia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).
  - Há pouco ou nenhum risco de gravidez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).
-



## O QUE FAZER SE ESQUECER DE TOMAR A PÍLULA POR DOIS DIAS SEGUIDOS



## **TEMAS - ROTEIRO 5 e 6**

- **MEDIDAS A SEREM TOMADAS PELA USUÁRIA CASO ESQUEÇA DE TOMAR DUAS OU MAIS PÍLULAS COMBINADAS**

- Tomar a pílula esquecida assim que possível e a outra no horário habitual (BRASIL, 2010).
  - Usar método de barreira ou evitar relações sexuais por sete dias (BRASIL, 2010).
  - Contar quantas pílulas resta na cartela (BRASIL, 2010).
  - Quando restar sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume (BRASIL, 2010).
  - Quando restar menos de sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela. Nesse caso, a menstruação pode não ocorrer naquele ciclo (BRASIL, 2010).
  - Além disso, caso a mulher tenha mantido relações sexuais nos últimos cinco dias, poderá considerar a tomada de Pílulas Anticoncepcionais de Emergência (PAE) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).
-

Hoje eu vou tomar o último comprimido da minha cartela! Depois de hoje, conto sete dias para começar a próxima!



**Entre a cartela que terminou e a que será iniciada no 8º. dia que a mulher está sem tomar, a proteção contra a gravidez é mantida.**



**TEMAS-ROTEIRO 7****• INTERVALO ENTRE AS CARTELAS DE PÍLULA COMBINADA**

- Ao final da cartela, caso esta seja de 21 comprimidos, fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no oitavo dia (BRASIL, 2010).
  - Se a cartela for de 22 comprimidos, fazer pausa de seis dias e iniciar nova cartela no sétimo dia (BRASIL, 2010).
  - Alguns tipos de pílulas possuem cartelas com sete comprimidos placebos (não contém hormônio), período em que deve ocorrer sangramento, não sendo necessário haver interrupção de uso da cartela (BRASIL, 2010).
  - Caso não haja menstruação no intervalo entre as cartelas, mesmo assim, a usuária deve iniciar nova cartela e procurar o serviço para descartar hipótese de gravidez (BRASIL, 2010).
-

## PRINCIPAIS QUEIXAS COM O USO DA PÍLULA

ALTERAÇÕES NA  
MENSTRUÇÃO



NÁUSEAS



DORES DE CABEÇA



ALTERAÇÕES NO PESO



SENSIBILIDADE  
MAMÁRIA



**O que a mulher precisa saber**

---

## TEMAS - ROTEIRO 8

- **EFEITOS COLATERAIS RELACIONADOS AO USO DA PÍLULA COMBINADA;**

- Alterações nos padrões da menstruação (sangramento em menor quantidade e menos dias de sangramento; sangramento irregular; sangramento ocasional; ausência de menstruação).
- Dores de cabeça.
- Tontura.
- Náusea.
- Sensibilidade das mamas.
- Alteração do peso.
- Alterações de humor (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

- **TEMPO ESPERADO PARA QUE OS EFEITOS DESAPAREÇAM NATURALMENTE (ADAPTAÇÃO DO ORGANISMO ÀS DOSES HORMONAIIS) (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).**

- Incentivar as mulheres a continuarem tomando uma pílula diariamente, mesmo que ela tenha efeitos colaterais. Deixar de tomar pílulas pode trazer risco de gravidez e poderá agravar efeitos colaterais.
  - Muitos efeitos diminuirão após alguns meses de uso. Para uma mulher cujos efeitos colaterais persistam por mais de três meses fornecer uma fórmula diferente da pílula.
  - O sangramento intermenstrual, após o início de uso da pílula pode cessar após três meses do uso correto. Caso permaneça o sangramento impõe-se avaliação ginecológica.
  - Em caso de menstruação irregular, para um modesto alívio de curto prazo, considerar o uso de ibuprofeno (800mg), três vezes por dia, por cinco dias, porém essa prescrição é médica (está fora dos medicamentos que compõem a lista de medicamentos dos Programas de Saúde Pública).
-

# ATENÇÃO!

**Riscos RAROS à saúde devido ao uso da pílula:**

**Trombose Venosa Profunda  
Infarto do miocárdio (coração)  
Derrame**

**As pílulas não tornam a mulher estéril;**

**Não se acumulam no útero causando tumor ou massa;**

**Não causam aborto ou malformações no bebê**



**AME COM RESPONSABILIDADE.**

---

## TEMAS - ROTEIRO 9

- **COMPLICAÇÕES RARAS RELACIONADAS AO USO DA PÍLULA COMBINADA (BRASIL, 2010);**

- Acidente Vascular Cerebral (AVC).
- Infarto do Miocárdio.
- Trombose Venosa Profunda

- **CONTRAINDICAÇÕES CLÍNICAS AO USO DA PÍLULA COMBINADA (BRASIL, 2010);**

- Lactantes com menos de seis semanas após o parto e entre seis semanas e menos de seis meses pós-parto.
- Pós-parto há menos de 21 dias.
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante.
- Idade avançada, fumo, diabetes e hipertensão (fatores de risco para doença cardiovascular).
- Hipertensão arterial controlada ou acima de 140x90mmHg.
- Cardiopatia isquêmica.
- AVC.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade menor que 35 anos, para continuação do uso\*.
- Enxaqueca sem sintomas neurológicos focais e idade maior ou igual que 35 anos, para início do uso.
- Enxaqueca com sinais neurológicos focais (aura)\*\*.
- Câncer de mama atual ou no passado.

- **MITOS E TABUS RELACIONADOS AO USO DA PÍLULA COMBINADA (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007)**

- As pílulas não se acumulam no organismo ou no estômago e não precisam de tempo de “descanso” após um tempo de uso.
- Não tornam a mulher infértil e não alteram sua sexualidade.
- Não provocam defeitos congênitos.
- Não provocam aborto.

\* Enxaqueca: dor de cabeça aguda, latejante e recorrente, frequentemente em apenas um dos lados da cabeça, que pode durar de 4-72 horas. Apresenta-se com fonofobia, fotofobia, náuseas ou vômitos.

\*\* Auras de enxaqueca: perturbações no sistema nervoso que afetam a visão e às vezes o tato e a fala. Área brilhante com perda de visão em um dos olhos que aumenta de tamanho e adquire formatos de lua crescente com bordas em ziguezague. Tendem a desaparecer em uma hora, antes de começar a dor de cabeça.

## APÊNDICE B – FOLDER CONSTRUÍDO PARA APLICAÇÃO EM GRUPO EXPERIEMNTAL 1

### O que é a pílula ou o anticoncepcional oral combinado?

São comprimidos que a mulher toma pela boca (via oral) para evitar ficar grávida. São chamadas de combinadas porque possuem a combinação de dois tipos de hormônios: o estrogênio e a progesterona.



### Como Começar a Tomar a Pílula?

- Sempre antes de iniciar o uso da pílula (primeira cartela), a mulher deve realizar uma consulta com o enfermeiro ou com o médico para saber qual a melhor pílula a tomar e como tomar.



- Devem iniciar o uso da pílula entre o 1º e o 5º dia de sua menstruação;
- Também podem começar a tomar a pílula sem estar menstruadas, e nesse caso terão que usar um método auxiliar por sete dias;

Eu vou seguir o que a enfermeira falou: tomar a pílula todos os dias e no mesmo horário!



- As mulheres devem tomar a pílula todos os dias e no mesmo horário, sendo melhor para o seu bem estar tomar à noite.

Hoje eu vou tomar o último comprimido da minha cartela! Depois de hoje, conto sete dias para começar a próxima!



- Quando a última pílula da cartela acaba, a mulher deve ficar 7 dias sem tomar, e só deve começar a próxima cartela no 8º dia que está sem tomar, independente do dia da menstruação que se encontra.

### O que fazer quando se esquecer de tomar uma pílula?



- Tome a pílula que esqueceu logo que lembrar e a pílula do dia no horário de costume.

### E se esquecer de tomar a pílula por dois dias seguidos?



- Tome duas pílulas logo que lembrar. E no dia seguinte, tome mais duas pílulas no horário de costume. Nesses casos terão que usar um método auxiliar por sete dias (por exemplo: preservativo, coito interrompido ou diafragma).
- Assim, as pílulas que estavam atrasadas foram tomadas. Agora é voltar a rotina de tomar uma pílula por dia.

## APÊNDICE B – FOLDER CONSTRUÍDO PARA APLICAÇÃO EM GRUPO EXPERIMENTAL 1 (CONTINUAÇÃO)

### Efeitos colaterais mais comuns:



- Queixas ou efeitos colaterais podem aparecer com o uso da pílula. Isso acontece porque o organismo está se acostumando com a pílula. Esses efeitos desaparecem, em geral, depois de três meses de início do uso; não são perigosos e não devem ser motivo para suspender a pílula.
- Tomar a pílula todos os dias e sempre no mesmo horário ajuda a diminuir ou evitar esses efeitos colaterais.

### ATENÇÃO!

As pílulas não tornam a mulher estéril;

Não se acumulam no útero causando tumor ou massa;

Não causam aborto ou malformações no bebê.



Riscos RAROS à saúde devido ao uso da pílula:

Trombose Venosa Profunda

Infarto

Derrame (AVC)

### O que cada mulher precisa saber sobre o uso correto da pílula



### Elaboração:

Enf. Ms. Camila Félix Américo  
Prof.ª Dr.ª Escolástica Rejane F. Moura.

*Este folheto foi elaborado como parte de Tese de Doutorado em Enfermagem desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC.*





## APÊNDICE D - INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE USUÁRIAS DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS

### Local da pesquisa

\_\_\_\_\_

No. do Formulário:

### 2. Data de preenchimento

/  /

### 4. Nome da participante E NÚMERO DO TELEFONE

\_\_\_\_\_

### 5. Checar

1.  Pré- teste
2.  Pós- teste (logo após a intervenção)
3.  Pós-teste (60 dias pós intervenção)

### 6. Tipo de Intervenção

1.  Folder
2.  Álbum
3.  Nenhum



-----

Cara Participante,

Informamos que seu nome não será divulgado na pesquisa e que poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em seu atendimento no serviço. Agradeço sua participação.

**Para que serve a pílula?**

- 1. Evitar doenças transmitidas pelo sexo.
- 2. Evitar gravidez.
- 3. Evitar mal formação do feto.
- 4. Não sei.

**Se sua amiga for iniciar pela primeira vez uma cartela de pílulas anticoncepcionais, como ela deverá fazer?**

- 1. Ela pode começar a tomar a pílula no primeiro dia da menstruação ou até o quinto dia da menstruação.
- 2. A primeira pílula da cartela deve ser tomada sete dias depois que a menstruação veio.
- 3. Ela deve esperar a menstruação acabar e só depois de cinco dias começa a tomar a primeira pílula da cartela.
- 4. Não sei.

**O que pode fazer uma mulher que deseja começar pela primeira vez a tomar uma cartela de pílula mesmo sem estar menstruada?**

- 1. Se ela não estiver menstruada e quiser começar a tomar a pílula mesmo assim, ela pode tomar, mas vai ter que usar camisinha por pelo menos uma semana. E para tomar sem estar menstruada a mulher precisa ter certeza que não está grávida.
- 2. Ela não pode começar a tomar as pílulas sem estar menstruada, porque nesse caso, ela corre o risco de engravidar. Ela tem que esperar a menstruação vir para começar a cartela.
- 3. Ela pode iniciar uma cartela mesmo sem estar menstruada. A primeira pílula que ela tomar já vai proteger de uma gravidez.
- 4. Não sei.

**E quando a cartela de pílulas acaba, quando é que se começa a tomar a outra cartela?**

- 1. Quando for tomar a próxima cartela tem que contar cinco dias depois da menstruação ter vindo para começar “a tomar” outra cartela.
- 2. Depois que a pílula acaba, conta sete dias, aí no oitavo dia começa a tomar a próxima cartela.
- 3. Deve começar a tomar a próxima cartela só depois que a menstruação acabar.
- 4. Não sei.

**Qual deve ser o melhor horário para tomar a pílula?**

- 1. A mulher deve tomar a pílula somente quando tiver feito sexo sem camisinha.
  - 2. A mulher deve tomar a pílula todos os dias, mas o horário não precisa ser o mesmo durante todos os dias.
  - 3. A pílula deve ser tomada todos os dias e sempre no mesmo horário.
  - 4. Não sei.
-

**O que a mulher pode fazer quando esquece de tomar a pílula por um dia?**

1. Ela joga no lixo a pílula que esqueceu, e toma só a pílula certa do dia.
2. Assim que ela se lembrar, ela pode tomar a pílula que esqueceu, e a pílula do dia certo ela toma na hora em que ela já é acostumada a tomar todo dia.
3. Ela deve parar essa cartela que está tomando e esperar a menstruação vir e começar outra cartela.
4. Não sei.

**O que a mulher pode fazer quando esquece de tomar a pílula por dois dias?**

1. Ela pode jogar no lixo as pílulas que esqueceu e só tomar a pílula certa do dia, mas aí vai ter que usar camisinha por pelo menos uma semana.
2. Ela deve jogar fora todo o restante da cartela e esperar a menstruação vir para começar outra cartela.
3. Assim que ela se lembrar, ela deve tomar a pílula que esqueceu e deve contar quantas pílulas restam na cartela. Se houver menos de sete pílulas ela não dá pausa entre as cartelas, se houver mais de sete deve tomar como de costume, mas deve usar método de apoio por sete dias.
4. Não sei.

**Quais os efeitos mais comuns que as pílulas podem causar?**

1. Aborto, massa no útero e dificuldade para engravidar.
2. Alteração na menstruação, dores de cabeça, tontura e aumento de peso.
3. Câncer de ovário e câncer no útero.
4. Não sei.

**Quais as complicações que as mulheres podem apresentar por usar pílula?**

1. Infertilidade, câncer no ovário e câncer de mama.
2. Raladura no útero, massa no útero e aborto.
3. Aumento da pressão arterial, Derrame, Infarto e Trombose
4. Não sei.

Leia a frase e marque um X no quadrado de acordo com o grau de concordância que você acha que a frase deve ter:

-----

**A pílula é muito eficaz para evitar uma gravidez, para isso é importante que a mulher tome uma pílula todos os dias e no mesmo horário.**

0. Discordo totalmente
1. Discordo
2. Nem concordo e nem discordo
3. Concordo
4. Concordo totalmente
-

**A mulher pode continuar a usar a pílula mesmo que venha a ter alterações na menstruação, dor de cabeça, náusea, vômitos, ganho de peso ou sensibilidade nas mamas, para ver se essas alterações vão continuar ou vão diminuir depois dos primeiros três meses de uso da pílula. Essas alterações não causam maiores danos à saúde.**

- 0. Discordo totalmente
- 1. Discordo
- 2. Nem concordo e nem discordo
- 3. Concordo
- 4. Concordo totalmente

**As mulheres que usam a pílula por muito tempo podem ter problemas para engravidar depois.**

- 4. Discordo totalmente
- 3. Discordo
- 2. Nem concordo e nem discordo
- 1. Concordo
- 0. Concordo totalmente

Quanto ao uso da pílula no seu dia a dia, qual afirmação você mais pratica?

- 0. Eu esqueço de tomar a pílula com frequência, já cheguei a passar três dias ou mais sem tomar.
- 1. Eu quase nunca esqueço, mas quando acontece de eu esquecer passo, no máximo, dois dias sem tomar.
- 2. Eu quase nunca esqueço, mas quando acontece de eu esquecer passo no máximo um dia sem tomar.
- 3. Eu tomo a pílula do dia que esqueço e tomo a do dia certo.
- 4. Nunca esqueci.

Quanto ao início de uma nova cartela, qual afirmação você mais pratica?

- 0. Eu espero a menstruação descer e conto alguns dias depois que ela acaba para eu começar.
  - 1. Eu espero a menstruação descer, depois eu tomo a pílula no primeiro ou no quinto dia da menstruação.
  - 2. Eu só começo a tomar no quinto dia da menstruação.
  - 3. Quando a cartela acaba eu conto sete dias daí então início a nova cartela no oitavo dia.
-

Nos últimos 60 dias, como foi a frequência e o horário de tomada das suas pílulas?

- 4. Eu sempre tomei todos os dias e na mesma hora.
  - 3. Eu sempre tomei todos os dias, mas a hora mudou algumas vezes.
  - 2. Eu tomei quase todos os dias, esqueci poucas vezes. Mas, a hora sempre foi a mesma.
  - 1. Eu só tomei quando tive relações sexuais.
  - 0. Eu não tomei a cartela no mês passado.
-

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS VOLTADAS AO ENSINO SOBRE USO PERFEITO DO ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO.

**Pesquisador:** Camila Félix Américo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10976713.3.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 427.302

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado orientado pela professora Escolástica Rejane Ferreira Moura e caracterizado como um estudo experimental. A manipulação, nesta pesquisa, será efetuada por duas modalidades de intervenções educativas. O grupo controle corresponderá ao grupo de participantes cujo desempenho será avaliado com relação aos grupos experimentais (grupos que receberão as intervenções educativas) acerca das variáveis conhecimento, atitude e prática (variáveis dependentes). O estudo será realizado no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães, distrito a Secretaria Executiva Regional III. Participarão do estudo 180 mulheres usuárias de anticoncepcional oral combinado, com idade entre 18 e 49 anos. Serão constituídos três grupos, dois experimentais e um controle. Cada grupo receberá 60 participantes. A randomização será feita a partir de uma sequência de números aleatórios, gerada a partir de programa estatístico. O instrumento de coleta de dados foi estruturado com as seguintes partes: (I) características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas; (II) informações recebidas sobre anticoncepcional oral combinado e suas fontes; (III) conhecimento sobre uso perfeito do anticoncepcional oral combinado, atitudes relacionadas ao uso perfeito do anticoncepcional oral combinado; e uso perfeito de anticoncepcional oral combinado. Esta última compõe o Inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). A referida caracterização e informações recebidas sobre

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comape@ufc.br

Continuação do Projeto: 427.302

anticoncepcional oral combinado e sua fonte serão investigados unicamente na 1ª Etapa, juntamente com o Inquérito CAP (pré-teste). Isso será feito com todo o quantitativo amostral (GC, GE1 e GE2). Inicialmente se realizará entrevista para a obtenção dos dados atinentes às partes I, II e logo após, o CAP será aplicado. A aplicação do CAP ocorrerá mediante questionário, cujo preenchimento será antecedido por leitura e orientação coletiva dada pela pesquisadora. A primeira aplicação do pós-teste para os grupos ocorrerá no mesmo dia em que forem feitas as intervenções X1 ou X2, a segunda aplicação será dois meses após X1 ou X2. O grupo controle também responderá a um pós-teste neste período. O instrumento de coleta de dados será pré-testado em campo mediante a aplicação com dez usuárias de anticoncepcional oral combinado, para verificar a clareza e facilidade de compreensão. Na X1 será oferecido atendimento individual utilizando como estratégia educativa a leitura dirigida do folder, contendo explicações quanto ao uso perfeito do anticoncepcional oral combinado. Após a leitura dirigida pela pesquisadora, que estimulará a elaboração de perguntas dando os devidos esclarecimentos, o folder será levado pela participante e a mesma será estimulada a ler com seu companheiro e sempre que surgir dúvidas. A intervenção X2 terá sua metodologia construída segundo modelo pedagógico que se fundamenta na problematização e conscientização crítica firmados por metodologias dialogais e participativas (FREIRE, 2008). Para tanto, haverá a confecção de um álbum ilustrando contextos típicos de usuárias de anticoncepcional oral combinado e fichas roteiros. O local destinado para a intervenção educativa deverá ser reservado, com cadeiras dispostas em semicírculo, sem movimentação de outras pessoas, a fim de possibilitar maior controle pela pesquisadora durante o processo. A intervenção será realizada com no máximo 15 participantes por grupo. Cada grupo só participará de uma única intervenção educativa (único encontro). Imediatamente após e dois meses da realização das intervenções educativas será aplicado o Inquérito CAP para os três grupos (GC, GE1, GE2) por via telefônica. Será realizada estatística descritiva e inferencial.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Avaliar a eficácia de duas estratégias educativas para aquisição de conhecimento, atitude e prática sobre uso perfeito de anticoncepcional oral combinado.

#### Específicos:

Caracterizar as usuárias de anticoncepcional oral combinado segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, tempo de uso do método, intensidade do desejo das usuárias em evitar ou adiar a gravidez e aspectos culturais que possam interferir com o uso perfeito do anticoncepcional oral combinado; Verificar o acesso de usuárias de anticoncepcional oral combinado a informação sobre

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127		
Bairro: Rodolfo Teófilo		CEP: 60.430-370
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3366-8344	Fax: (85)3223-2625	E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 437.303

o método, modalidade de educação em saúde e fonte de obtenção; Comparar os escores de conhecimento, atitude e prática adquiridos por usuárias de anticoncepcional oral combinado no pré, pós-teste imediato e sessenta dias após a aplicação das intervenções educativas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A pesquisa apresenta riscos mínimos por aplicar estratégias educativas tradicionais e seguras.

**Benefícios:** Criação de estratégias educativas adequadas para aplicação com usuárias de anticoncepcional oral combinado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados: declaração de anuência do Sistema Municipal Saúde Escola; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; currículo; folha de rosto; declaração de concordância; cronograma; orçamento; TCLE para grupo controle; TCLE para grupo intervenção.

**Recomendações:**

Recomenda-se adotar como referência ética a Resolução 466/2012.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa não apresenta pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1137  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3323-2603 E-mail: comape@ufc.br