



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

**MAYENNE MYRCEA QUINTINO PEREIRA VALENTE**

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADA À**  
**PROMOÇÃO DO MÉTODO DOS DIAS FIXOS**

**FORTALEZA**

**2014**

MAYENNE MYRCEA QUINTINO PEREIRA VALENTE

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADA À PROMOÇÃO  
DO MÉTODO DOS DIAS FIXOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

FORTALEZA

2014

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

- 
- V249e Valente, Mayenne Myrcea Quintino Pereira.  
Efeitos de uma intervenção de Enfermagem voltada à promoção do método dos dias fixos /  
Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente. – 2014.  
151 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. Anticoncepção. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Educação em Saúde. I.  
Título.

MAYENNE MYRCEA QUINTINO PEREIRA VALENTE

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADA À PROMOÇÃO  
DO MÉTODO DOS DIAS FIXOS

Tese apresentada ao Doutorado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título 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>. Raimunda Magalhães da Silva  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Albertina Rocha Diógenes  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscila de Souza Aquino  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína Fonseca Victor Coutinho  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dr<sup>a</sup>. Nancy Costa de Oliveira  
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

A Deus.  
À minha família.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela concretização de mais um sonho. Obrigada Senhor por tua fidelidade na minha vida. Toda honra e toda glória seja dada ao Senhor!

Aos meus pais, José Onilton Pereira e Solange Quintino Pereira, por todo apoio e incentivo nesta caminhada. Esta vitória é nossa! Amo vocês.

Ao meu esposo Paulo Alcion Valente da Silva, pelo amor, pela compreensão, pelo apoio, incentivo e companheirismo. Obrigada por acreditar em mim. Te amo!

À minha irmã, Mylla Chrystian Quintino Pereira, por todo incentivo para realização deste sonho. Muito obrigada!

À minha família, que sempre me ajudou e me incentivou para conquista deste sonho de ser doutora.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Escolástica Rejane Ferreira Moura, pelos ensinamentos, pela dedicação, força, perseverança, pelo estímulo, apoio, por ser mais que uma orientadora. Meu exemplo de Mestre a ser seguido. Muito obrigada pelas relevantes contribuições para concretização deste sonho.

À minha amiga Camila Félix Américo, companheira de doutorado, por toda sua ajuda, pelo incentivo, por compartilhar momentos de alegrias e de dificuldades vivenciados nesta trajetória. Obrigada por sua eterna amizade!

Às minhas amigas, Andrezza Alves Dias, Aline Cruz Esmeraldo Áfio, Carla Suellen Pires de Sousa e Nahana Rebouças Santiago, pelos vossos esforços, apoio, incentivo, durante a realização desta tese. Jamais poderei recompensá-las tamanha dedicação ao meu trabalho.

Às minhas amigas, Danielle Rosa Evangelista e Fabiana Maria Alexandre de Sousa, pelas orações, pelo apoio e incentivo durante esta caminhada. Obrigada pela amizade de vocês.

Aos amigos do Grupo de Estudos em Saúde Sexual e Reprodutiva (GESARE), pelas trocas de experiências, incentivo e por contribuírem com o meu crescimento na pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, pela disponibilidade em nos apoiar e orientar na etapa de análise dos dados desta pesquisa. Muito obrigada!

Aos professores da banca examinadora, pelas relevantes contribuições para o aperfeiçoamento deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelas contribuições para o meu aprimoramento e crescimento como profissional.

À Universidade de Fortaleza, por todo incentivo e apoio para minha qualificação.

Às mulheres participantes e grandes colaboradoras. Vocês foram indispensáveis para concretização deste trabalho.

Ao Projeto do Bem Estar Comunitário, pelo espaço cedido para realização deste estudo. Meus sinceros agradecimentos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

“Dá instrução ao sábio, e ele se fará mais sábio; ensina ao justo, e ele crescerá em entendimento”. (Provérbios 9.9)



## RESUMO

O Método dos Dias Fixos (MDF) é uma opção contraceptiva que apesar de compor o leque de métodos anticoncepcionais ofertado nos serviços de planejamento familiar, ainda é pouco divulgado e subutilizado no Brasil. Torna-se, portanto, relevante promover o MDF no Sistema Único de Saúde do país. Neste contexto, estabeleceu-se a tese: a intervenção de Enfermagem baseada em estratégia educativa, utilizando a técnica de oficina, é eficaz na promoção do MDF, melhorando o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres com relação ao método. Assim, realizou-se pesquisa quase-experimental, com objetivo de testar intervenção de Enfermagem baseada na utilização da técnica de oficina. Esta seguiu os passos: exercício de apresentação, exercício de integração, exposição dialogada sobre o MDF, confecção do colar, apresentação do uso do colar pelas participantes e avaliação da oficina. Foram incluídas mulheres em idade fértil, usuárias de uma unidade de atenção primária à saúde da Secretaria Executiva Regional VI, de Fortaleza-CE, Brasil. Os dados foram coletados de junho a dezembro de 2013, por meio de entrevista e do inquérito Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), aplicado antes da intervenção e após a intervenção (imediatamente e após um e dois meses), com o número de participantes de 102, 47, 30 e 27 mulheres, nos respectivos momentos do inquérito. Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Utilizou-se o teste de McNemar para comparar o CAP das participantes antes e após a intervenção. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, seguindo a Resolução nº. 466/12, sendo aprovado conforme protocolo nº. 237.127. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A idade das participantes foi em média  $26,98 \pm 6,96$  anos; a renda média mensal foi R\$  $1.073,11 \pm 721,05$ ; 79 (77,5%) mulheres relataram companheiro fixo; a média de anos de estudo foi de  $9,10 \pm 2,63$  anos; a média de filhos de  $1,52 \pm 1,51$ ; 100,0% afirmaram uso prévio de algum método anticoncepcional, com 63 (61,8%) referindo efeitos colaterais decorrentes do uso; 70 (68,6%) das mulheres não tinham desejo de engravidar. A intervenção de Enfermagem promoveu melhoria em todos os itens das dimensões conhecimento e atitude nos três inquéritos pós-intervenção. A dimensão prática antes da intervenção e imediatamente mostraram-se inexistente, e entre um e dois meses após a intervenção, passou para 25 (83,3%) e 23 (85,1%), respectivamente. Os inquéritos pós-intervenção apresentaram melhora estatisticamente significativa do conhecimento, da atitude e da prática das participantes ( $p < 0,001$ ) em relação ao inquérito pré-intervenção. Mediante o exposto, confirma-se a tese de que a intervenção de Enfermagem

baseada na técnica de oficina educativa é eficaz na promoção do MDF, melhorando o CAP de mulheres com relação ao método.

**Palavras-chave:** Método dos Dias Fixos. Método do Colar. Métodos Anticoncepcionais. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

The Standard Days Method (SDM) is a contraceptive option part of the methods offered in the family planning services; however, its disclosure and use are still scarce in Brazil. Therefore, it becomes essential to promote the SDM in the Unified Health System in the country. For this purpose, we established the thesis: Nursing intervention based on educational strategy using the workshop technique is effective in promoting the SDM, improving the knowledge, attitude, and practice of women as regards the method. Thus, we conducted a quasi-experimental research aimed to test a nursing intervention based on the use of the workshop technique. The study followed the steps: presentation exercise, integration exercise, dialogue-exhibition about the SDM, making the necklace, presenting the use of the necklace by participants, and workshop evaluation. We included women of childbearing age, users of a primary health care unit of the 6<sup>th</sup> Regional Executive Office in Fortaleza-CE, Brazil. Data collection happened from June to December 2013 through interview and Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey applied before and after the intervention (immediately and after one and two months), with 102, 47, 30, and 27 female participants in their respective moments of investigation. Data analysis occurred through the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0. We used the McNemar's test to compare the KAP of participants before and after the intervention. We submitted the research project to the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Ceará, in accordance with Resolution No. 466/12, which approved it under protocol No. 237.127. The participants signed the Free and Informed Consent Form. The participants presented an average age of  $26.98 \pm 6.96$  years; average monthly income of  $R\$1073.11 \pm 721.05$ ; 79 (77.5%) women reported being in a stable relationship; average of  $9.10 \pm 2.63$  years of education; average of  $1.52 \pm 1.51$  child; 100.0% reported previous use of some contraceptive method, with 63 (61.8%) informing side effects from its use; 70 (68.6%) women had no desire to become pregnant. The nursing intervention promoted improvement in all items of knowledge and attitude dimensions in the three post-intervention surveys. The dimension of practice before the intervention and immediately after proved nonexistent, and with one and two months after the intervention it increased to 25 (83.3%) and 23 (85.1%), respectively. The post-intervention surveys presented statistically significant improvement in knowledge, attitude and practice of participants ( $p < 0.001$ ) compared to the pre-intervention survey. Given the above, we confirm the thesis that the nursing intervention based on educational workshop

technique is effective in promoting the SDM, improving the KAP of women regarding the method.

**Keywords:** Standard Days Method. Necklace Method. Contraception. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Health Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Fluxograma na distribuição das participantes em cada etapa da pesquisa..... 79
- Figura 2 - Fluxograma ilustrando as etapas que compuseram a coleta de dados... 85

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição do número de artigos, conforme busca realizada pelos descritores “ <i>health education</i> ” and “ <i>contraception</i> ”. Biblioteca Virtual em Saúde.....	27
Quadro 2 - Síntese das estratégias educativas selecionadas, conforme busca realizada pelos descritores “ <i>health education</i> ” and “ <i>contraception</i> ” por país e nível de evidência. Biblioteca Virtual em Saúde.....	27
Quadro 3 - Distribuição do número de artigos, conforme busca realizada pelo descritor “ <i>Standard Days Method</i> ”. Biblioteca Virtual em Saúde.....	51
Quadro 4 - Caracterização dos artigos selecionados para revisão integrativa, conforme busca realizada pelo descritor “ <i>Standard Days Method</i> ”. Biblioteca Virtual em Saúde. Dez., 2013.....	51
Quadro 5 - Relação das atividades que compuseram a oficina.....	90

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. 2013.....	96
Tabela 2 - Distribuição do número de mulheres de acordo com o perfil reprodutivo, a prática contraceptiva e a pretensão de engravidar.....	102
Tabela 3 - Distribuição do número de mulheres, segundo o nível de conhecimento, a atitude e a prática sobre o MDF, antes da intervenção, imediatamente, um mês e dois meses após a intervenção.....	106
Tabela 4 - Distribuição do número de mulheres, segundo o nível de conhecimento, a atitude e a prática sobre o MDF, antes da intervenção, imediatamente, um mês e dois meses após a intervenção.....	116
Tabela 5 - Distribuição do número de mulheres, de acordo com os fatores favoráveis à prática do Método dos Dias Fixos.....	119

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Associação Demográfica Salvadorenha
AEM	Autoexame das Mamas
AMM	Abordagem de Modelos Mentais
AOC	Anticoncepcional Oral Combinado
ASRB	Agentes de Saúde Reprodutiva de Base Comunitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CE	Contracepção de Emergência
CI	Coito Interrompido
CMC	Comunicação de Mudança Comportamental
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EP	Entrevistas em Profundidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GFD	Grupos Focais de Discussões
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC	Intervalo de Confiança
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IIPS	<i>International Institute for Population Sciences</i>
IPBE	Informações do Paciente com Base em Evidências
IRH	<i>Institute for Reproductive Health</i>
ISR	Instituto de Saúde Reprodutiva
JHU	<i>Johns Hopkins University</i>
LAM	Método da Lactação com Amenorreia
MAC	Método Anticoncepcional
MBPF	Método Baseado na Percepção da Fertilidade
MDD	Método dos Dois Dias



MDF	Método dos Dias Fixos
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and retrieval System On-line</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PBEC	Projeto do Bem Estar Comunitário
PEAS	Programa de Educação Afetivo-Sexual
PF	Planejamento Familiar
PII	Projeto de Interesse Internacional
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
RR	Risco Relativo
SER	Secretaria Executiva Regional
SMS	Sistema Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	24
<b>2.1 Geral</b> .....	24
<b>2.2 Específicos</b> .....	24
<b>3 ESTADO DA ARTE</b> .....	25
<b>3.1 Revisão integrativa: estratégias educativas voltadas à contracepção em indivíduos em idade reprodutiva</b> .....	25
<b>3.1.1 Sessões ou programas educativos</b> .....	29
<b>3.1.2 Sessões educativas com abordagem domiciliar</b> .....	38
<b>3.1.3 Palestras</b> .....	42
<b>3.1.4 Tecnologia da comunicação</b> .....	44
<b>3.1.5 Folhetos educativos</b> .....	46
<b>3.2 Revisão integrativa: Método dos Dias Fixos (MDF)</b> .....	50
<b>3.2.1 Perfil sociodemográfico, econômico e reprodutivo de usuárias do MDF</b> .....	53
<b>3.2.2 Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) das usuárias do MDF</b> .....	58
<b>3.2.3 Fatores que favorecem e que dificultam a prática do MDF</b> .....	73
<b>4 MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	77
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	77
<b>4.2 Local do estudo</b> .....	77
<b>4.3 População e amostra</b> .....	78
<b>4.3.1 Critérios de seleção das mulheres</b> .....	79
<b>4.4 Construção do inquérito CAP</b> .....	80
<b>4.4.1 Inquérito CAP</b> .....	81
<b>4.5 Coleta de dados</b> .....	84
<b>4.6 Intervenção de Enfermagem</b> .....	88
<b>4.6.1 Oficinas pedagógicas: referencial teórico metodológico</b> .....	88
<b>4.6.2 Local de realização da intervenção de Enfermagem</b> .....	89
<b>4.6.3 Descrição da intervenção de Enfermagem</b> .....	90
<b>4.7 Organização dos dados para análise</b> .....	95
<b>4.8 Aspectos Éticos</b> .....	95
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	96
<b>5.1 Caracterização das participantes</b> .....	96

<b>5.2 Perfil reprodutivo, prática contraceptiva e pretensão de engravidar das participantes da pesquisa.....</b>	<b>102</b>
<b>5.3 Conhecimento, Atitude e Prática das mulheres sobre o Método dos Dias Fixos antes e depois da intervenção de Enfermagem.....</b>	<b>106</b>
<b>5.4 Fatores favoráveis e desfavoráveis à prática do Método dos Dias Fixos.....</b>	<b>119</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE A - ENTREVISTA.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE B - INQUÉRITO CAP.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE C - CARTAZ USADO NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE D - MATERIAL PARA CONSTRUÇÃO DO COLAR DE CONTAS...</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE F - CARTA-CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS (JUÍZES).....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE H - QUESTIONÁRIO DE APRECIÇÃO (JUÍZES).....</b>	<b>145</b>
<b>APÊNDICE I - CALENDÁRIO DE ENCONTRO COM AS PARTICIPANTES..</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICE J - CARTAZ/PANFLETO DE DIVULGAÇÃO DO MÉTODO DOS DIAS FIXOS.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO A- MÉTODO DOS DIAS FIXOS.....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXO B - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMEPE/UFC.....</b>	<b>149</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse da autora pelo tema “Método dos Dias Fixos” surgiu de uma avaliação das pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Estudos em Saúde Sexual e Reprodutiva, cujo núcleo de investigação é o Planejamento Familiar (PF).

Em diálogo com a líder do referido grupo, orientadora deste trabalho, identificou-se que nenhum estudo havia sido realizado sobre o Método dos Dias Fixos (MDF) ou Método do Colar. A existência dessa lacuna incentivou a autora a realizar uma revisão integrativa sobre o tema, nesta, identificou-se, praticamente, ausência de pesquisas sobre o método no Brasil.

A revisão integrativa foi realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em junho de 2013, utilizando o descritor “Standard Days Method”. Foram encontrados 24 artigos, em que apenas um foi realizado no Brasil. O estudo teve como objetivo determinar quando, após a interrupção do uso do Anticoncepcional Oral Combinado (AOC), as mulheres tem indicação para iniciar o uso do MDF.

A carência de estudos sobre o MDF no Brasil, em detrimento de vários estudos realizados em outros países ao redor do mundo, demonstrando a satisfação das usuárias quanto ao uso do método e suas características de baixo custo, elevada eficácia e pronta acessibilidade, foi determinante à realização da presente pesquisa, estabelecendo-se como objeto de investigação os efeitos de uma intervenção de Enfermagem na promoção do MDF.

O MDF ou método do colar é uma opção natural de anticoncepção que apesar de compor o leque de Métodos Anticoncepcionais (MAC) ofertado nos serviços de PF, ainda permanece pouco divulgado e utilizado no Brasil. Agrega-se como possíveis causas dessa realidade o baixo conhecimento por parte de enfermeiros e outros profissionais da atenção básica, bem como uma dinâmica de serviço que dificulta sua divulgação, como elevadas demandas de usuários, escassez de recursos para educação em saúde, particularmente sobre o MDF, e prática centralizada nas atividades clínicas.

O MDF é uma opção contraceptiva, baseada na percepção da fertilidade, que compõe a variedade de MAC adotada em serviços de PF em mais de 30 países ao redor do mundo a partir de 2002, com assessoria do Instituto de Saúde Reprodutiva (ISR) da Universidade de Georgetown - Estados Unidos e financiamento da *United States Agency for International Development* (USAID) (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010).

O MDF foi criado pelos pesquisadores do ISR da Universidade de Georgetown, sendo reconhecido como prática baseada em evidência pela Organização Mundial de Saúde

(OMS) e, assim, incorporada como um dos pilares mais relevantes do PF (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010).

Apesar de compor o leque de MAC ofertado pelos profissionais de saúde no Brasil, o MDF ainda é pouco conhecido pelos profissionais de saúde, particularmente por enfermeiros, o que faz do método uma opção pouco ensinada às mulheres. Pode-se comprovar a ausência de uso de MDF pelas mulheres brasileiras, quando se analisa a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, que descreve o uso de MAC e os tipos de métodos utilizados pelas mulheres na faixa etária de 15-44 anos no país. Não se observa referência ao MDF como método a ser utilizado pelas mulheres brasileiras, o que reforça a necessidade de promovê-lo como mais uma opção para as mulheres (BRASIL, 2009).

O MDF é um método apropriado para mulheres que possuem ciclos menstruais entre 26 e 32 dias. Embora os ciclos menstruais possam variar, cerca de 78% dos ciclos encontram-se nesse intervalo (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 1999). Estudo documental, realizado em hospital dos Estados Unidos avaliando 31.645 ciclos menstruais de 130 mulheres entre 20 e 45 anos de idade, encontrou mediana de 27,5 dias e média de 29,5 dias para os mesmos (CREININ; KEVERLINE; MEYN, 2004).

O uso do MDF se faz por meio da utilização de um dispositivo artesanal que consiste em um colar de contas codificadas por cores para ajudar a mulher e/ou casal a identificar quando está fértil e acompanhar a duração do seu ciclo (GRIBBLE *et al.*, 2008). O referido colar é constituído por 32 contas, em que cada uma representa um dia do ciclo menstrual. Há também um anel de borracha móvel que é usado para marcar o dia do ciclo. A primeira conta é vermelha, que representa o primeiro dia do ciclo menstrual e as próximas seis contas são marrons, representando os dias inférteis, que antecedem à janela fértil; as próximas 12 contas são de cor branca e representam os dias que devem ser considerados férteis (8º ao 19º dias) e as 13 contas restantes são marrons, representando o período infértil pós-ovulação (ver colar em ANEXO A) (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

O MDF é um método com eficácia comprovada em mais de 95%, isto é, menos de cinco mulheres chegam a engravidar praticando o método ao longo de um ano (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002; HATCHER *et al.*, 2008). Estudo realizado com 1200 mulheres verificou eficácia semelhante de 90%, com 10 de cada 100 mulheres engravidando ao longo de um ano (ARÉVALO *et al.*, 2010a).

Estudo prospectivo, não randomizado, multicêntrico, realizado com 478 mulheres, oriundas de diversas populações culturais, como Bolívia (Trinidad), Peru (Juliaca e Lima) e Filipinas (La Trinidad e Tuba) utilizou o MDF e obteve eficácia de 95%, apresentando taxa de gravidez de 4,8 para cada 100 mulheres em uso correto do método em um ano (GRIBBLE *et al.*, 2008). Esta taxa de falha menor do que 5% é semelhante a de outros métodos de PF, incluindo outros Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF), como o Métodos de Billings e o Método Sintotérmico (HATCHER *et al.*, 2008).

Outro estudo retrospectivo, realizado no Peru, com 1.200 usuárias do MDF, ao longo de um ano, encontrou que 105 (8,7%) engravidaram. A taxa de gravidez foi de 10 gestações para cada 100 mulheres. Todavia, esta taxa foi calculada utilizando todas as gravidezes, ou seja, foram incluídas aquelas que ocorreram nos primeiros ciclos de utilização do método, cujas chances de falhas são elevadas, uma vez que a mulher se encontra na fase de treinamento ou aprendizado quanto ao uso. Incluiu, ainda, mulheres cujo desejo de anticoncepção não era tão determinado, aspecto que também eleva as taxas de erro (ARÉVALO *et al.*, 2010a).

Os MAC são classificados como muito eficazes, quando a taxa de falha varia de zero a 0,09 gestação para cada 100 usuárias ao longo de um ano; eficaz, quando a mesma taxa é de uma a nove gestações; moderadamente eficaz, quando ocorrem entre 10 e 25 gestações; e menos eficaz, quando ocorrem entre 26 e 32 gestações para cada 100 mulheres em um ano (CELAND; ALI, 2004). Observa-se que as taxas de falhas do MDF apresentadas pelos autores antes citados foram de 4,8, menos de 5,0, 8,7 e 10,0 gestações para cada 100 mulheres. Portanto, pode-se inferir que o MDF se apresenta como eficaz e como moderadamente eficaz.

As mulheres que fazem uso do MDF tem se mostrado satisfeitas com o método devido a fatores que vão além da eficácia comprovada. Facilidades de uso, ausência de efeitos colaterais e baixo custo são justificativas das usuárias para adoção e satisfação. Estudo realizado com 1.646 mulheres provenientes de 14 estudos-piloto do setor público e privado, em seis países da América Latina, Ásia e África, encontrou que as mulheres consideravam o método fácil de utilizar e observou que a razão mais comum para a escolha do método foi não provocar efeitos colaterais, isto é, não afetava a saúde das mulheres, além do que era de baixo custo. Em El Salvador e Índia, respectivamente, 96 e 99% das mulheres participantes do estudo, recomendavam o método para outras usuárias (GRIBBLE *et al.*, 2008).

Conforme o Institute for Reproductive Health (2010), o MDF é uma opção contraceptiva adotada em serviços de PF em mais de 30 países ao redor do mundo e mais da metade das mulheres que escolheram o MDF nunca tinham feito antes PF. Os dados sobre as

características dos usuários mostram que o método atingiu um grupo de mulheres com necessidades insatisfeitas que não quiseram usar qualquer tipo de contraceptivos hormonais ou dispositivos.

O MDF utilizado com apoio de um colar de contas é relativamente barato comparado a outros métodos (GRIBBLE *et al.*, 2008). Um colar de contas fornece o equivalente a dois anos de proteção em comparação com 240 preservativos, 30 cartelas de Anticoncepcional Oral Combinado ou oito injetáveis exclusivo de progestágeno. Como o método não precisa ser reabastecido e não necessita de critérios especiais de armazenamento, contribui para segurança contraceptiva porque está sempre acessível à usuária. Enquanto a promoção de outros métodos anticoncepcionais exige profissionais treinados e sistemas de logística para tornar o método disponível, o MDF envolve pouco custo para serviços em andamento, além de pequenos investimentos iniciais.

Os requisitos de formação também são mínimos: meio-dia de treinamento e profissionais de formação de diversas áreas podem ofertar o método (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010). No contexto da organização da atenção básica no Brasil, imagina-se que o referido treinamento possa ser levado a cabo por enfermeiros, envolvendo técnicos de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A participação desses profissionais contribuirá para ampliar a divulgação e acessibilidade ao método por parte das comunidades adscritas.

Além das facilidades de uso e oferta por parte dos profissionais, incluindo o enfermeiro, o MDF ajuda mulheres a terem maior conhecimento de seus corpos e de seus ciclos menstruais, promovendo o empoderamento. Estudos têm demonstrado que, com este aumento do conhecimento, a autoconfiança das mulheres também aumenta. O uso do MDF também proporciona comunicação entre os parceiros. Em muitos casos, o MDF tornou possível para as mulheres falarem abertamente com seus companheiros sobre como gerenciar os dias férteis para evitar a gravidez (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010).

De acordo com Gribble *et al.* (2008), o método deve ser usado juntamente com preservativo. Ressalta-se que o MDF não protege contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, assim, corrobora-se a ideia dos autores ora citados. Contudo, defende-se que a referida ideia não seja generalizada, mas tratada de acordo com a individualidade de cada cliente. Deve ser oferecido, juntamente, com preservativo (masculino ou feminino) para aquelas mulheres e/ou casais cuja percepção de vulnerabilidade às DST/HIV/aids seja real. Os casais que se percebam não vulneráveis ao risco de contrair uma DST/HIV/aids, uma vez que convivem em monogamia mútua e em

relação de confiança e fidelidade, poderão optar pelo uso do MDF, simplesmente. Outro aspecto é com relação aos dias férteis, o que caberá ao casal optar pela abstinência sexual (mais seguro) ou adotar métodos não hormonais.

Oferecer, portanto, o MDF, concede ao enfermeiro que realiza a consulta de PF, a oportunidade de promover a prevenção das DST/HIV/aids associada ao uso do método e de envolver a participação masculina no aconselhamento sobre o método e nas escolhas reprodutivas do casal. Estudos realizados em vários países têm encontrado que os homens estão interessados no MDF e participam do método aceitando a abstinência sexual ou usando o preservativo nos dias férteis. Pesquisas realizadas na Guatemala e na Índia mostraram que o uso do preservativo melhorou entre os usuários de PF que foram orientados para este método durante aconselhamento em MDF, independente do método escolhido. Estudos realizados em seis países verificaram que mais da metade das pessoas usam preservativos nos dias férteis, fazendo uso do MDF (JENNINGS; LUNDGREN, 2004).

Todavia, é necessário relatar algumas desvantagens do MDF e fatores que podem interferir na não adesão do MDF pelas usuárias. Estudo realizado por Bekele e Fantahun (2012) citou como fatores que dificultam a adesão ao MDF a desconfiança no método por algumas clientes, indisponibilidade de calendário para ser fornecido à usuária pelo provedor, ruptura do anel e falta de cooperação de alguns parceiros do sexo masculino na gestão dos dias férteis. Outros estudos realizados por Sinai, Lundgren e Gribble (2012); Lundgren, Karra e Yam (2012) e Blair *et al.* (2007) relataram que uma das principais razões para suspensão do MDF são os ciclos irregulares, ou seja, fora da faixa de intervalo (26-32 dias). Outro estudo realizado por Blair *et al.* (2007) sinalizou a não proteção das DST e a dificuldade de se observar a janela fértil. Kalaca *et al.* (2005) encontraram em seu estudo que a maioria das usuárias do MDF abandonou o método, pois elas ou parceiros destas não gostaram ou não confiaram no método.

Diante do exposto, constata-se que o MDF é um método eficaz ou moderadamente eficaz, de baixo custo, que imprime satisfação entre as usuárias, que envolve a participação masculina no uso e que não gera efeitos colaterais. Sua disseminação dispensa qualquer logística e o investimento no treinamento de recursos humanos para promovê-lo é baixo, além de ser possível em curto tempo e incluir as mais diversas categorias profissionais. Ao considerar essa realidade, torna-se relevante a promoção, de fato, deste método no leque de métodos anticoncepcionais ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de modo acessível a cada mulher em idade fértil que busque assistência em PF, na atenção básica. Para tanto, a



atividade de educação em saúde passa a significar o elo entre o MDF e o acesso da população ao mesmo.

O enfermeiro como membro da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) é um profissional atuante na atenção ao PF, na qual realiza ações clínicas, educativas e de aconselhamento voltadas à escolha e ao uso seguro e informado do método anticoncepcional pelas mulheres. Esse contexto motivou a criação de uma intervenção de Enfermagem voltada ao treinamento de mulheres para o uso correto do MDF, decisão facilitada pelo fato de a autora ter vivência no campo da assistência ao PF enquanto enfermeira da ESF ao longo de quatro anos e atualmente atuando como docente de Enfermagem no mesmo cenário.

Este estudo contribuirá para o avanço científico e a Enfermagem baseada em evidências, pois há uma demanda para o MDF, esta aumentará ao longo do tempo com a promoção do método e seu conhecimento por parte das mulheres. Portanto, este estudo é relevante, à medida que se propõe a oferecer uma intervenção de Enfermagem eficaz para promoção do MDF.

Tomando por base a problematização em torno do MDF, defende-se a tese de que uma intervenção de Enfermagem baseada em estratégia educativa, utilizando a técnica de oficina, é eficaz na promoção do MDF, melhorando o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres com relação ao método.

Para defender a tese proposta, foram elaborados os objetivos de pesquisa apresentados a seguir.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Testar intervenção de Enfermagem baseada na utilização da técnica de oficina educativa, voltada à promoção de Conhecimento, Atitude e Prática favoráveis ao uso do Método dos Dias Fixos.

### **2.2 Específicos**

- Descrever características sociodemográficas, econômicas e reprodutivas do grupo pesquisado;
- Verificar associação das características sociodemográficas, econômicas e reprodutivas, com o Conhecimento, a Atitude e a Prática das participantes do estudo;
- Comparar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres sobre o Método dos Dias Fixos antes e depois da intervenção de enfermagem (imediatamente depois e após um e dois meses);
- Identificar fatores favoráveis e desfavoráveis à prática do Método dos Dias Fixos, após um e dois meses da intervenção.

### 3 ESTADO DA ARTE

#### 3.1 Revisão integrativa: estratégias educativas voltadas à contracepção em indivíduos em idade reprodutiva

As estratégias de educação em saúde podem ser efetivas para possibilitar o conhecimento de usuárias sobre os Métodos Anticoncepcionais e corroborar para atitude favorável e uso do MDF. Assim, apresentam-se, por meio de uma revisão integrativa da literatura, as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca das estratégias educativas que abordam a contracepção na idade reprodutiva.

Deseja-se com essa revisão apresentar para quais MAC se direcionaram as estratégias de educação em saúde, as estratégias/meios utilizadas para efetivação da educação em saúde em diferentes países e os resultados de tais estratégias no público-alvo.

Acredita-se que a escolha desta temática fundamentou o objeto de estudo desta tese, pois forneceu subsídio teórico e metodológico para elaboração do projeto de pesquisa. Ademais, as estratégias educativas eficazes para contracepção assemelham-se as que se propõe implementar neste estudo, favorecendo uma prática baseada em evidências científicas.

A revisão integrativa da literatura é um método que possibilita abranger múltiplos estudos de uma área particular, tem 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 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 e 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. Esta foi selecionada por ser um portal de busca distribuidor 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 (BVS, 1998). Almejando-se alcançar um levantamento abrangente da literatura, propósito do método, não se limitou o fator tempo para publicação dos estudos.

Foram utilizados os seguintes descritores controlados (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e *Medical Subject Headings* – MeSH): “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 estabelecidos 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 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 realizada a busca do artigo, evitando-se o risco de se excluir estudos relevantes. Desta forma, 20 artigos foram selecionados ao final. 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 procedidas pela autora desta tese e por uma aluna do mesmo curso de doutorado, de maneira independente, com o posterior confronto e discussão.

Os níveis de evidência dos estudos foram classificados de acordo com Stillwell *et al.* (2010). Para estes autores, o nível de evidência I corresponde aos estudos do tipo revisão sistemática ou meta-análise; o nível de evidência II, aos estudos randomizados e controlados; o nível de evidência III, estudos controlados sem randomização; o nível de evidência IV, estudos caso-controle ou coorte; o nível de evidência V, estudos de revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; nível de evidência VI, estudos descritivos ou qualitativos; e o nível de evidência VII, opinião técnica (expert) ou consenso.

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 finalidade deste estudo (URSI, 2005).

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

Busca e seleção dos artigos	Nº. de artigos
Produção encontrada	3025
Excluídos pela indisponibilidade na íntegra	2718
Excluídos por estarem repetidos	1
Excluídos por estarem fora da temática proposta para o estudo	286
Artigos selecionados	20

Fonte: Elaborado pela autora.

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

Autores	Ano	País	Nível de evidência	Estratégia educativa proposta
Lameiras <i>et al.</i>	2011	Espanha	VI	Sessão de formação sobre os Métodos Anticoncepcionais 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.
Hernandez <i>et al.</i>	2010	Cuba	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.
Kirby <i>et al.</i>	2010	Estados Unidos	II	Educação em saúde realizada por meio de ligações telefônicas, abordando o uso do Anticoncepcional Oral Combinado e do preservativo masculino.
Andrade <i>et al.</i>	2009	Brasil	III	Programa de Educação Afetivo-Sexual (PEAS) sobre sexualidade e saúde reprodutiva para adolescentes, no qual estes elaboraram ações educativas, como a elaboração de programas de rádio, jornais escolares, peças teatrais, oficinas e projetos de pesquisa.
Schwarz; Gerbert; Gonzales	2008	Estados Unidos	II	Aconselhamento informatizado sobre Contracepção de Emergência (CE) e fornecimento da medicação (CE). Após seis meses, pesquisa de acompanhamento por meio do telefone.
Suárez; Mosquera; López	2008	Cuba	III	Intervenção educativa baseada em atividades teóricas e práticas apoiada por palestras.
Santos; Vieira	2008	Brasil	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.
Stephenson <i>et al.</i>	2008	Reino Unido	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.
Melnic <i>et al.</i>	2008	Estados Unidos	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, aconselhamento sem entrega do método.
Qian <i>et al.</i>	2007	China	III	Intervenção educativa por meio de palestras, com apoio da entrega de cartilha para cada participante, interrogação do

<i>al.</i>				conhecimento pela aplicação de um questionário, fornecimento de contraceptivos e aconselhamento.
Díaz <i>et al.</i>	2005	Brasil	IV	Implantação de programas curriculares de educação sexual e cidadania envolvendo professores e adolescentes multiplicadores (intervenção não relatada com detalhes).
Hiller; Griffith; Jenner	2002	Líbano, Nepal e Peru	I	Estudos clínicos para favorecer o uso de MAC, com utilização de material escrito, vídeos, abordagem individual ou grupal.
Péres <i>et al.</i>	2005	Espanha	III	Concurso de mensagens publicitárias entre alunos de cinco instituições de ensino supervisionado por um professor e realização de palestras educativas sobre contracepção e DST.
Lazcano <i>et al.</i>	2000	México	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.
Eggleston <i>et al.</i>	2000	Jamaica	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.
Little <i>et al.</i>	1998	Inglaterra	II	Estratégia fundamentada em perguntas interativas e em folhetos educativos.
Bolam <i>et al.</i>	1998	Nepal	I	Sessões educativas individuais realizadas em hospital e domicílio. Utilizaram-se palavras-chave para iniciar a discussão com auxílio de cavaletes e cartazes desenvolvidos por artistas locais abordando a importância em reiniciar contracepção até oito semanas após o nascimento, a localização da clínica de planejamento familiar mais próxima e a escolha dos MAC no puerpério.
Smith; Whitfield	1995	Inglaterra	III	Utilização de panfletos informativos sobre anticoncepcional oral combinado e pílula de emergência.
Terefe; Larson	1993	Etiópia	II	Educação em saúde no domicílio sobre planejamento familiar com fornecimento de MAC, como duas cartelas de pílulas, 24 preservativos ou um Dispositivo Intrauterino de cobre-T para ser levado ao centro de saúde para inserção.
Sarrel; Coplin	1971	Estados Unidos	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.

Fonte: Elaborado pela autora

Dos vinte 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% (STILLWELL *et al.*, 2010).

Apesar de os estudos terem sido, majoritariamente, randomizados e controlados, uma diversidade de tipos de estudo, com diferentes níveis de evidências, foi encontrada, 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 1).

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) com idade fértil. Dos 20 artigos analisados, 12 (60%) se voltaram para programas ou sessões educativas; dois (10%) para palestras; dois (10%) para visitas domiciliárias; dois (10%) para tecnologias da comunicação e outros dois (10%) para utilização de panfletos. Uma descrição mais detalhada desses estudos se apresenta nos tópicos a seguir: sessões ou programas educativos; sessões educativas com abordagem domiciliar; palestras; tecnologia de informação; e folhetos educativos.

### ***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%). Destes, quase a totalidade (11; 55%) foi desenvolvida mediante abordagem grupal, 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 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, de 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 pelos autores. A utilização da intervenção educativa permitiu elevar o nível de conhecimento de um número de adolescentes, com predomínio para o sexo feminino. Neste estudo, observou-se que 78 (57,3%) adolescentes

modificaram e melhoraram seus conhecimentos, além de terem se tornados 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; LÓPES, 2008). Neste estudo foi implementada uma intervenção educativa que consistiu em atividades teóricas e práticas, apoiada por palestras, com objetivo de elevar o nível de conhecimento sobre o uso de MAC. Antes da intervenção, 137 (53,5%) dos jovens tinham avaliações pobres, seguido pela categoria regular, em 81 (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; LÓPES, 2008).

Após a aplicação da intervenção educativa, 196 (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 maior nível de conhecimento sobre as consequências da não utilização dos MAC (SUÁREZ; MOSQUERA; LÓPES, 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 o 6º e 8º ano 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 a 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 existiu divergência 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 observada significância estatística. Por outro lado, a participação nas atividades do programa resultou na elevação de 68% em uso de MAC modernos pelos estudantes na última relação sexual (ANDRADE *et al.*, 2009).

Os resultados desse estudo confirmam que os programas de educação sexual podem ser eficazes em gerar mudanças positivas, como intensificação do uso dos preservativos e 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 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 e jovens. Também foram discutidas as mensagens que os adolescentes recebem de seus pares, família e dos 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 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 apresentou 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 à adesão ao uso de MAC. Resultados de estudo longitudinal fornecem evidências de que métodos de ensino didático, utilizando estratégias mais participativas, podem resultar em maior influência sobre os participantes, e que turmas menores também podem aumentar o impacto dos programas de educação sexual e 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; LAVELLE, 1992).

Outro estudo realizado com estudantes universitários nos Estados Unidos envolveu uma intervenção educativa sobre educação sexual. Participaram 5.000 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 psicosssexual, 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 debate 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 obtiveram 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 à sexarca ou às experiências sexuais.

Kirby, Laris e Roller (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 evidência sobre a qual basear essa crença (ANDRADE *et al.*, 2009).

Ainda considerando o público adolescente como alvo para 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, na atitude e no 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 obtiveram 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 participaram 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 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, estudo experimental com adolescentes (n= 4776) de 27 escolas. A intervenção educativa ocorreu 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 realizaram sessões educativas divertidas.

Destarte, direcionando o olhar para o público adulto, percebeu-se que a preocupação premente dos autores se voltou para 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 adequada continuidade deste, sem quaisquer contraindicações ou insatisfações quanto ao uso. Observaram-se, também, diferentes objetos de estudo nas pesquisas voltadas para adultos, cujos MAC explorados foram preservativo feminino (LAMEIRAS *et al.*, 2011), Dispositivo Intrauterino (DIU), métodos hormonais (LAZCANO *et al.*, 2000) e Lactação com Amenorreia (LAM) (HILLER; GRIFFITH; JENNER, 2002).

Os estudos doravante apresentados também contemplaram a formação de facilitadores, para que estes desempenhassem eficazmente 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, orientavam-se os participantes a usar o método e solicitava-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 à tração; paz de espírito em relação à 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 desta pesquisa foi determinar o efeito combinado de fornecer informações sobre DIU, AOC e preservativos e a escolha dos clientes na seleção correta/ sem contraindicação do DIU para contracepção (o que ocorreria na vigência de infecção gonocócica ou por clamídia). Três enfermeiras foram treinadas para 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. Neste momento, as enfermeiras explanaram as características do preservativo masculino e feminino, do DIU e AOC. Foi abordado também o risco de DST e a proteção que pode ou não ser conferida com os MAC.

Das mulheres estudadas, 44 tiveram gonorreia ou clamídia. Porém, as mulheres do grupo 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 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 MAC. Consideraram-se elegíveis para inclusão aqueles estudos que avaliaram a educação proporcionada durante o puerpério para favorecer a prática da anticoncepção, incluindo a LAM. As estratégias educativas se valeram de diferentes métodos educativos, como materiais escritos e vídeos cassetes.

Identificaram-se três estudos clínicos realizados no Líbano, Nepal e Peru, em que se incluíram 5.438 mulheres. 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 MAC nos seis primeiros meses de pós-parto. Em nenhum dos estudos, avaliaram-se as gravidezes não planejadas, o conhecimento sobre anticoncepção e a satisfação com o método. Os autores concluíram que ainda era preciso determinar em estudos clínicos a efetividade da educação pós-parto sobre anticoncepção. Existem escassos estudos que examinam um efeito mais importante em longo prazo relacionado à prevenção de gestações não planejadas.

Sob outro enfoque, Santos e Viera (2008) desenvolveram 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 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, puderam se mostrar 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 contracepção. 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 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; TEREFE; LARSON, 1993; MELNIC *et al.*, 2008).

Em Oregon, nos Estados Unidos, 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 a alta eficácia de contraceptivos. Participaram do estudo 113 mulheres. Na intervenção A, houve aconselhamento (por meio de visitas domiciliares) e entrega de método anticoncepcional hormonal de escolha da participante junto com preservativos. Na intervenção B, aconselhamento (por meio de visitas domiciliares) 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 contracepção, 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 autoeficácia 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, utilizaram-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, 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 apresentou redução significativa na subescala de desconforto / embaraço. Quando ambos os grupos foram combinados, houve aumentos significativos nas subescalas de autoeficácia, 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 autoeficácia no uso de contracepção. Além disso, as mulheres em ambos os grupos relataram 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 MAC 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 realizada 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, os filhos e a família. Foi realizada explicação sobre os métodos contraceptivos pílula anticoncepcional, DIU e preservativos, bem como 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, eram fornecidos 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 à atitude sobre planejamento familiar. Das mulheres, 15% não tinham 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; IC 95% = 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 estava usando. A prática da contracepção com dois 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; IC 95% = 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; IC 95% = 0,37- 0,81) e a atrasarem o início (RR= 1,58; IC 95% = 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; IC 95% = 1,36 - 2,66). No geral, 25,2% dos casais estavam usando aos 12 meses e a maioria deles (55,8%) iniciou 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, cuja 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 nesse 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 cultura comum com os casais que visitavam e estavam cientes de que com 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 conhecimento e vínculo prévio com a comunidade, o que facilitará 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 no Nepal. O estudo foi conduzido entre os anos de 1994 e 1996. Tratou-se de 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 materiais 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, obtiveram-se 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 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.*, 2007). Na segunda pesquisa, promoveu-se um concurso publicitário para adolescentes, que assistiram a palestras educativas de 50 minutos sobre contracepção e DST (PÉRES *et al.*, 2005).

Qian *et al.* (2007) 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 acerca dos 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 MAC, como preservativos, pílulas anticoncepcionais e contraceptivos de emergência.

Houve ausência de 20% das mulheres participantes devido à 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 (187; 73%), mas poucas expressaram usar os serviços de planejamento familiar oferecidos na clínica da fábrica (14; 5%) ou o Instituto de Planejamento Familiar (9; 3%), localizado em um prédio separado da fábrica. No início do estudo, 539 (90%) afirmaram que os MAC eram necessários nas relações sexuais antes do

casamento; daquelas que relataram sexo nos últimos três meses (79; 14%), a maioria relatou uso de contraceptivos (62; 78%), porém o uso do preservativo foi baixo (35; 44%) (QIAN *et al.*, 2007).

Implementação de intervenções no local de trabalho na China não é fácil, dada às rápidas mudanças na política econômica e bruscas modificações de demanda de recursos humanos em fábricas. O envolvimento e a cooperação do líder da fábrica mostrou-se positivo ao sucesso da implementação, sendo 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 poderiam resultar em perda significativa para o seguimento (QIAN *et al.*, 2007).

Nessa intervenção, encontrou-se 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 se questionou sobre a confiabilidade no uso dos MAC devido à entrega gratuita destes (QIAN *et al.*, 2007).

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 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 MAC 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 cinco e oito alunos) e supervisionados por um professor. As palestras educativas tinham duração de 50 minutos sobre cada um dos temas (contracepção 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 nas atitudes sobre prevenção de DST e gravidezes indesejadas.

O questionário foi respondido por 238 (88,8%) dos 268 alunos. A idade média foi de 15,6 anos. Um total de 130 (54,7%) era do sexo feminino. Ao todo, 57 (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 ao segundo questionário. O uso adequado do preservativo subiu de 62,1% para 73,5%.

A intervenção educativa proporcionou melhora na recusa do sexo desprotegido, intensificou a capacidade de comprar e colocar um preservativo, melhor conhecimento sobre a transmissão do HIV e atitude para compartilhar uma sala com um paciente infectado pelo HIV. Para que as intervenções educativas alcancem resultados positivos, é necessário meio que possibilite o adolescente desenvolver-se livremente, como as instituições de ensino (GIL; CEREZO; ESTRADA, 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 Estados Unidos da América (EUA) valeram-se da tecnologia da comunicação para efetivação de estratégias educativas. Um estudo de 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 (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 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 avaliação do comportamento contraceptivo após as chamadas telefônicas, foram realizadas 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 (2008) 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. A 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 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 semiprivativo para usar o módulo do computador. Ao usar os 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? Qual o custo da CE? Como a CE funciona? 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 fornecida 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 a uma média de duas perguntas a mais sobre a CE do que elas sabiam no início do estudo, enquanto as mulheres do grupo de controle responderam apenas a um item a mais corretamente (2,0 vs

1,2,  $p < 0,01$ ). Houve 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 indesejada 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 1990, 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 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, o peso e a sensação de cada envelope foram semelhantes 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 seis consultas mensais que deve fornecer um bom índice da média de melhora no conhecimento em longo prazo. As



mulheres foram convidadas a responder às 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 que conheciam todas as regras de uso da pílula. Intervenção educacional teve 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 a ação de fazer perguntas era significativa 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 da pílula ( $p = 0,04$ ). Os resultados sugerem que todas as intervenções individuais (ambos os folhetos e fazendo perguntas) produzam 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 de mulheres que sabem todas as regras da pílula (METSON *et al.*, 1991; SMITH; WHITFIELD, 1995). Enquanto os folhetos constituem 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 deseja evitar a gravidez e ainda conhece muito pouco as regras básicas para evitá-la. Os profissionais de saúde devem oferecer folhetos ou realizar 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, três 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 apresentava 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 administração oral da contracepção de emergência). Este material também descreveu os serviços e as clínicas de PF disponíveis (SMITH; WITHFIELD, 1995).

Os resultados desse estudo mostraram que 215 (48,6%) mulheres tiveram alguma informação sobre a pílula; 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; 37 (74%) destas atribuíram-na à falha do método. Essas entrevistadas que engravidaram por engano, foram mais propensas a saber que a pílula de alta dose era uma forma de contracepção de emergência. As mulheres de classe social menor foram menos propensas a saber de 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 elevou 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).

Do exposto, pôde-se perceber uma diversidade de estratégias e meios de promoção da contracepção, sendo algumas mais eficazes, como o uso de folhetos (LITTLE *et al.*, 1998; SMITH; WITHFIELD, 1995) a abordagem domiciliar (TEREFE; LARSON, 1993; MELNIC *et al.*, 2008) o aconselhamento informatizado (SCHWARZ; GERBERT; GONZALES, 2008) e os programas educativos (ANDRADE *et al.*, 2009; LAMEIRAS *et al.*, 2011). Outras foram menos eficazes, como o uso do telefone (KIRBY *et al.*, 2010).

Trazendo esses conhecimentos e resultados para a tomada de decisão quanto aos métodos favoráveis ao ensino do MDF, foi selecionado o uso do folheto a ser entregue para

cada mulher e/ou casal, pois se observou ser um método eficaz, de fácil uso e, relativamente, de baixo custo.

Apesar de o método de oficina não ter integrado as pesquisas que compuseram a revisão integrativa, este também foi adotado como parte da intervenção de enfermagem para promoção do MDF, pois seu referencial conceitual o assegura como um método que dinamiza o processo de ensino-aprendizagem e possibilita a construção do saber de forma coletiva. É um dispositivo que promove acolhimento gentil, que valoriza as narrativas, a experiência relacional, que sensibiliza os participantes sobre determinada temática e que proporciona aprendizagem de forma lúdica (SANTOS; VIEIRA, 2008). Assim, espera-se que ao final desta pesquisa, a utilização de oficina represente mais uma opção de método a ser utilizada na promoção da contracepção e, em particular, do MDF.

### **3.2 Revisão integrativa: Método dos Dias Fixos**

Realizou-se revisão integrativa da literatura, com a finalidade de identificar as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca do Método dos Dias Fixos, abrangendo as temáticas de interesse da presente tese, ou seja, perfil sociodemográfico, econômico e reprodutivo de usuárias do MDF; Conhecimento, Atitude e Prática das usuárias quanto ao método e aos fatores que favorecem e dificultam a prática do MDF.

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 e interpretação e apresentação dos resultados (GANONG, 1987).

Estabeleceu-se a pergunta norteadora: quais as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca do Método dos Dias Fixos?

A seleção dos estudos foi realizada em dezembro de 2013, sendo a consulta bibliográfica computadorizada realizada via BVS. Para obtenção de um levantamento mais abrangente da literatura, não se limitou o fator tempo para a publicação dos estudos.

Utilizou-se o seguinte descritor controlado “*Standard Days Method*” do DeCS, de forma individual. Ao utilizar o descritor em português “Método dos Dias Fixos”, não foi encontrado nenhum estudo. O resultado da busca encontra-se no Quadro 3.

A busca dos estudos foi realizada eletronicamente, foram excluídos estudos indisponíveis por via eletrônica; estudos publicados em outros idiomas que não o inglês,

espanhol ou português; e cartas. Foram incluídos os estudos que abordavam o MDF na perspectiva das temáticas de interesse da tese, conforme se afirmou anteriormente, e que tratava de artigos publicados em periódicos.

Com a utilização do descritor supracitado (*Standard Days Method*), a busca identificou 24 estudos. Para a seleção, foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão a partir da leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos de cada artigo, sendo que quando estes não foram esclarecedores, foi realizada a busca do texto completo do artigo, evitando-se excluir estudos relevantes. Foram excluídos três estudos (dois por não contemplarem a temática e um por ser uma carta). Desta forma, 21 estudos foram selecionados ao final. Estes foram lidos na íntegra para análise crítica.

Quadro 3 - Distribuição do número de artigos conforme busca realizada pelo descritor “*Satandard Days Method*”. Biblioteca Virtual em Saúde. Dez., 2013.

Busca e seleção dos artigos	Nº. de artigos
Produção encontrada	24
Excluídos por estarem fora da temática proposta para o estudo	2
Excluído por ser uma carta	1
Artigos selecionados	21

Fonte: Elaborado pela autora

O Quadro 4 descreve a caracterização dos estudos selecionados nesta revisão, quanto aos autores do estudo, ano de publicação, continente, país e nível de evidência.

Quadro 4 - Caracterização dos artigos selecionados para revisão integrativa, conforme busca realizada pelo descritor “*Standard Days Method*”. Biblioteca Virtual em Saúde. Dez., 2013.

Autores	Ano	Continente	País	Nível de evidência
Lundgren <i>et al.</i>	2012	Americano, Africano e Asiático	Peru, Ruanda e Índia	III
Bekele; Fantahun	2012	Africano	Etiópia	VI
Sinai; Lundgren; Gribble	2012	Americano e Asiático	Bolívia, Peru, Filipinas, Benin, Equador, Honduras e Índia	IV
Lundgren; Karra; Yam	2012	Americano	Estados Unidos	VI
Ujuju <i>et al.</i>	2011	Africano	Nigéria	VI
Naik; Suchi; Lundgren	2010	Americano	Guatemala	II
Arévalo <i>et al.</i>	2010	Americano	Brasil	VI
Gribble <i>et al.</i>	2008	Americano, Africano e Asiático	Honduras, Benin, Filipinas, Equador, El Salvador e Índia	VI
León <i>et al.</i>	2007	Americano	Peru	III
Blair <i>et al.</i>	2007	Africano	Ruanda	VI
Sinai <i>et al.</i>	2006	Americano e Asiático	Bolívia, Peru, Filipinas e Guatemala	VI

León <i>et al.</i>	2006	Africano	Ruanda	II
Germano; Jennings	2006	Americano	Estados Unidos	VI
Sinai; Arévalo	2006	Americano e Asiático	Bolívia, Peru, Filipinas e Guatemala	VI
Kalaca <i>et al.</i>	2005	Asiático	Turquia	Sem informações para análise
Lundgren <i>et al.</i>	2005	Americano	El Salvador	III
Sinai; Jennings; Arévalo	2004	Americano, Asiático, Europeu, Oceania	Bolívia, Peru, Filipinas, El Salvador, Índia, Irlanda, Nova Zelândia	VI
Gribble; Jennings; Nikula	2004	Americano	Estados Unidos	VI
Arévalo; Jennings; Sinai	2003	Americano, Europeu e Oceania	Austrália, Grã-Bretanha e Canadá	VI
Gribble	2003	Americano	Estados Unidos	VII
Arévalo; Jennings; Sinai	2002	Americano e Asiático	Bolívia, Peru e Filipinas	III

Fonte: Elaborado pela autora.

Os 21 artigos analisados se encontravam indexados na base de dados *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (MEDLINE) e publicados no idioma inglês. A maior parte dos artigos foi publicada em 2012 (4; 19,0%) e 2006 (4; 19,0%). O artigo mais atual data de 2012 (4; 19,0%) e o mais antigo de 2002 (1; 4,7%).

Foram realizados estudos em diferentes continentes, contudo, a maior parte foi desenvolvida no continente Americano (16; 76,1%), seguido pelo Asiático (8; 38,0%), Africano (6; 28,5%), Europeu (2; 9,5%) e Oceania (2; 9,5%). Um estudo foi multicêntrico, envolvendo usuárias de diversos países, oriundos de diferentes continentes, o que torna o percentual acima de 100%. O país sul-americano Peru contribuiu com sete (33,3%) estudos. Somente um estudo foi desenvolvido no Brasil (1; 4,7%).

Quanto aos níveis de evidência, que podem variar entre I e VII, a maior parte se caracterizou por estudos descritivos (nível VI de evidência), cujo número correspondeu a 12 (57,1%). Afora os estudos descritivos, dois (9,5%) estudos foram controlados com randomização (nível de evidência II); quatro (19,0%) controlados sem randomização (nível de evidência III); um (4,7%) do tipo coorte (nível de evidência IV) e um (4,7%) do tipo comentário/ponto de vista (nível de evidência VII) (STILLWELL *et al.*, 2010). Ressalta-se que em um estudo não foi possível definir o nível de evidência, pois não foi mencionado pelos autores o tipo de estudo. Outro ponto relevante a ser destacado nesta revisão refere-se

ao baixo nível de evidência predominante dos estudos (nível VI de evidência) e não ter sido encontrado estudo do tipo revisão sistemática (nível I de evidência).

Dos 21 artigos analisados, 10 (47,6%) abordam o perfil sociodemográfico, econômico e reprodutivo das usuárias do MDF; 11 (52,3%) Conhecimento, Atitude e Prática das usuárias do MDF e 12 (57,1%) relatam os fatores que favorecem e que dificultam a prática do MDF. Uma descrição detalhada desses estudos se apresenta nos tópicos a seguir.

### ***3.2.1 Perfil sociodemográfico, econômico e reprodutivo de usuárias do MDF***

Lundgren *et al.* (2012) abordaram em seu estudo somente o perfil reprodutivo das participantes. Estudo quase-experimental realizado em 2005, na Índia, Peru e Ruanda, teve como objetivo avaliar o efeito da introdução do MDF em programas de planejamento familiar. Neste estudo, participaram 1.710 mulheres da Índia, 1.300 do Peru e 600 de Ruanda. Em um Estado da Índia, com uma população de 27 milhões, apenas 31% das mulheres casadas em idade reprodutiva utilizavam algum MAC (INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES, 2007). Entre os três países incluídos neste estudo, o Peru tinha a maior taxa de prevalência contraceptiva. Dos 70% de contracepção em mulheres casadas em idade reprodutiva, 48% usavam um método moderno, as demais utilizam métodos tradicionais, principalmente a abstinência periódica (MACRO INTERNATIONAL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA, 2007). Enquanto a prevalência contraceptiva era bastante estável no Peru e na Índia, o governo da Ruanda estava buscando aumentar a prevalência contraceptiva, e tinha como objetivo diminuir a taxa de fecundidade total de 6,5, em 2000, para 4,5, em 2020 (RWANDA, 2000).

Outro estudo realizado por Bekele e Fantahun (2012), em dezembro de 2007 a junho de 2008, teve como objetivo descrever a experiência da introdução do MDF em quatro áreas operacionais da Etiópia. Participaram deste estudo 184 mulheres usuárias do MDF, com idade entre 15-49 anos. Estas apresentavam média e mediana de 29,47 anos (Desvio Padrão (DP)  $\pm$  6,05 anos) e 30 anos, respectivamente. A maioria das mulheres era cristãs ortodoxas, 141 (76,6%); casadas, 172 (93,5%); havia frequentado a escola primária, 96 (52,2%); donas de casa por ocupação, 75 (40,8%); tinham filhos, 177 (96,2%); com média de 3,2 filhos por mulher; 147 (80%) participantes do estudo haviam praticado alguma forma de contracepção antes de adotar o MDF, enquanto que 37 (20%) nunca tinham usado qualquer método contraceptivo anteriormente. Das que tinham praticado contracepção no passado, contraceptivos orais (98; 66,7%) era o método mais comum, seguido do injetável Depo-

Provera (86; 58,5%), implantes (10; 5,4%), LAM (5; 2,7%), tabelinha (5; 2,7%), DIU (4; 2,1) e Coito Interrompido (CI) (1; 0,7%).

Estudo realizado por Sinai, Lundgren e Grible (2012) teve como finalidade examinar a eficácia em longo prazo e continuidade do uso do MDF pelas participantes. Este estudo utilizou dados de um estudo de eficácia do MDF realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2002) que acompanhou 478 mulheres oriundas de cinco locais diferentes quanto à economia e cultura (Bolívia, Peru e Filipinas) e dados de 14 estudos pilotos de introdução do MDF realizado por Gribble *et al.* (2008) oriundos de Benin, Equador, Honduras, El Salvador, Filipinas e Índia, no qual participaram 1.646 mulheres. Evidenciou-se que as mulheres residiam em locais urbanos, mistos (uma mistura de urbano e rural) e rurais. Mais de 90% das participantes que vieram do estudo de eficácia completaram o ensino primário e a maioria era alfabetizada, mas 51% das participantes em um dos locais indianos nunca frequentaram a escola. As mulheres que participaram dos estudos de introdução do método em Benin e Equador eram mais velhas, em média, do que as mulheres de Honduras e da Índia; paridade foi maior na Índia e mais baixa em Benin. Quase todas as participantes tinham filhos, com pelo menos uma criança com menos de dois anos de idade, quando a mulher foi admitida para o estudo de eficácia ou estudos de introdução do método, mas nunca utilizaram um serviço de planejamento familiar com opções variadas de anticoncepcionais. O uso prévio de um método contraceptivo moderno foi de 13%, no estudo de introdução do método em Benin, e 80% para as participantes em Honduras.

Outro estudo realizado por Ujuju *et al.* (2011) teve como finalidade apresentar os resultados de um estudo exploratório sobre o uso do MDF em dois Estados da Nigéria (Katsina e Enugu). Neste estudo, participaram 56 homens e 57 mulheres de casamentos monogâmicos e poligâmicos que estavam utilizando o MDF, bem como 12 provedores do MDF. Além de as mulheres terem idade entre 29 e 42 anos, tinham usado o MDF por pelo menos seis meses. Usuárias do MDF relataram ter utilizado, no passado, pílulas injetáveis, preservativos, entre outros. Ikechebelu, Joe Ikechebelu e Obiajulu (2005) revelaram que o Método de Billings foi o método natural mais utilizado no Estado do Enugu. Referiram que o Método de Billings pode ser associado com as crenças religiosas do povo e este é o método oficialmente aprovado pela igreja católica, a religião predominante de Enugu. No entanto, algumas participantes afirmaram que não tinham utilizado qualquer método no passado.

Outro estudo apresentou achados heterogêneos entre suas participantes. Esta variedade de características pode estar justificada no tipo de estudo multicêntrico em que participantes de diversos países e diferentes continentes contribuíram com suas características



e opiniões sobre a experiência de utilizar o MDF. Neste estudo realizado por Gribble *et al.* (2008), obteve-se a participação de 14 estudos pilotos que introduziram o MDF com a participação do setor público, Associações Privadas de Planejamento Familiar, Organizações de Base Comunitária em seis países da América Latina, Ásia e África (Benin, Equador, Honduras, El Salvador, Filipinas e Índia). Participaram do estudo 1.646 mulheres usuárias do MDF. A idade média das mulheres que iniciaram o uso do MDF variou de 28 a 32 anos. Quanto à paridade, esta variou por local de estudo: 41% das participantes no estudo de Benin não tinham filhos, em contraste com 69% das usuárias nas Filipinas, que tinham pelo menos três filhos. Analisando o nível educacional das participantes encontrou-se que 51% das mulheres em um estudo na Índia urbana nunca frequentaram a escola, enquanto 65% das mulheres de um Hospital Amigo, localizado em um ambiente urbano nas Filipinas, tinham frequentado curso superior. Observou-se que o uso prévio de métodos modernos era comum na maioria dos estudos (nove estudos relataram 50% ou mais de uso prévio de um método moderno). Entre usuárias de uma clínica de Benin, apenas 13% haviam utilizado um método moderno. Em Honduras, 80% relataram o uso anterior de um método moderno.

Outro estudo realizado por Blair *et al.* (2007) teve objetivos semelhantes aos estudos realizados por Lundgren *et al.* (2012), Bekele e Fantahun (2012) e Gribble *et al.* (2008), cuja finalidade foi descrever a introdução do MDF em Ruanda. Participaram do estudo 121 mulheres que utilizavam o MDF, 51 parceiros das mulheres que utilizavam o MDF, 14 mulheres que haviam interrompido o uso do MDF, 16 mulheres que engravidaram durante o uso do MDF (gravidez planejada ou não) e 53 mulheres que utilizavam o MDF. Estas últimas participaram apenas dos grupos focais e não da entrevista como as demais. Foram entrevistadas 121 mulheres que utilizavam o MDF e estas possuíam idade média de 30,8 anos; 120 (99,2%) eram casadas ou estavam em união, com média de 3,4 filhos. A escolaridade foi relativamente baixa. Enquanto 5,3% das entrevistadas haviam completado o ensino médio, 14,6% não tinham educação formal e 21,2% tinham alguma educação formal, mas não tinham concluído o ensino fundamental. Quase metade das mulheres era católica. Das 53 usuárias do MDF que participaram dos grupos focais, a média de idade foi de 31,2 anos e apresentavam paridade, nível educacional e perfis religiosos semelhantes às mulheres entrevistadas individualmente (BLAIR *et al.*, 2007).

Das 1.225 mulheres das clínicas de Ruanda, 46,3% utilizavam injetável, 27,3% anticoncepcional oral e 278 (22,7%) escolheram o MDF como método. Apenas 4% das usuárias do MDF nunca tinham utilizado qualquer método de PF antes. Este achado sugere que o MDF motiva as mulheres para a prática do PF, embora algumas que tinham usado

contraceptivos modernos escolheram o MDF para evitar os efeitos colaterais que sofreram quando usavam os respectivos métodos. Quase nenhuma mulher estava usando outro método no momento em que optou por utilizar o MDF (BLAIR *et al.*, 2007).

Estudo realizado por Sinai e Arévalo (2006) teve como finalidade examinar a frequência de coito e o momento de relação sexual das usuárias de dois Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade. Este estudo utilizou dados de um estudo de eficácia do MDF e de um ensaio clínico do Método dos Dois Dias (MDD). Estes dois estudos foram realizados com populações variadas em diferentes locais e incorporou metodologia e procedimentos similares. Participaram do estudo 928 mulheres, sendo 478 usuárias do MDF e 450 usuárias do MDD. As participantes da pesquisa eram clientes típicas de programas de saúde pública ou Organização Não Governamental, encontravam-se entre as idades de 18 e 39 anos, em união, residiam em locais urbanos, mistos (uma mistura de urbano e rural) e rurais. Mais de 90% completaram a educação primária e muitas eram alfabetizadas. Quase todas as 928 participantes tinham filhos e cerca de metade tinha uma criança com menos de dois anos de idade, quando foram admitidas no estudo de eficácia.

Outro estudo realizado no continente Asiático por Kalaca *et al.* (2005) teve como finalidade determinar a demanda potencial de satisfação de mulheres turcas com o MDF. Apesar de algumas semelhanças com relação às variáveis idade, escolaridade, número de filhos, com os outros estudos supracitados, foi um diferencial deste estudo a predominância do método contraceptivo comportamental, anteriormente utilizado pelas participantes, o coito interrompido. Participaram deste estudo 132 mulheres usuárias do MDF, estas possuíam idade entre 18 e 39 anos, com média de idade de 29,86 anos. Todas eram casadas ou estavam em união, com média de 2,36 filhos. A maioria tinha completado o ensino fundamental. O CI foi o método mais comumente utilizado pelas mulheres turcas: “sempre uso: 88,6%” e “uso corrente: 76,5%”. Antes de utilizar o MDF, três (2,3%) mulheres não utilizavam nenhum método. A esse respeito, Kulczycki (2004) afirma que as características culturais da Turquia, marcadas pela autoridade masculina, justificam a elevada prevalência do uso do CI, pois o principal motivo para o uso do método no país é a própria preferência masculina.

Lundgren *et al.* (2005) tiveram uma particularidade importante em seu estudo, o homem como foco. Tinha como finalidade analisar um programa pioneiro em El Salvador, denominado Projeto de Interesse Internacional (PII), concebido para aumentar o envolvimento de homens nas ações de PF, por meio de atividades não relacionadas aos programas de saúde. Este programa, com a colaboração do Instituto de Saúde Reprodutiva da Universidade de Georgetown e do Ministério da Saúde de El Salvador, testou a integração do PF e a promoção

do MDF em programas de água e saneamento e o impacto destas intervenções na participação masculina no PF. Participaram do estudo indivíduos em idade reprodutiva. No início do estudo (janeiro de 2001), foram entrevistados 151 homens e 190 mulheres e, no seguimento (setembro de 2002), foram entrevistados 175 homens e 189 mulheres. O estudo não menciona quantas mulheres utilizaram o MDF, por meio da intervenção do programa. Todavia, retrata um perfil das mulheres residentes nas 13 aldeias rurais de El Salvador que participaram do estudo. Segundo uma pesquisa nacional realizada pela Associação Demográfica Salvadorenha (ADS) de El Salvador, cerca de metade de todas as mulheres que vivem em comunidades rurais no país, tinha três anos ou menos de educação. A taxa de fertilidade das mulheres foi de 3,8 filhos, quase o dobro das mulheres que vivem em áreas urbanas (ADS, 2004). A maioria dos homens do estudo pertencentes às aldeias eram trabalhadores agrícolas ou diaristas. A renda familiar era muitas vezes complementada pelas remessas de parentes que trabalhavam nos Estados Unidos (LUNDGREN *et al.*, 2005).

O último estudo desta revisão a caracterizar o perfil das participantes foi realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2002), semelhante ao estudo realizado por Gribble *et al.* (2008). Também multicêntrico, prospectivo, não randomizado, envolveu 478 mulheres residentes na Bolívia, no Peru e nas Filipinas, tendo como objetivo testar a eficácia do MDF em uma população heterogênia. Neste estudo, as participantes possuíam idade média de 29,4 anos. Quase todas (98,9%) tinham filhos, com média de 2,5 filhos. Mais de 90% das mulheres tinham concluído o ensino fundamental. Quase 80% das participantes afirmaram ser católicas, embora apenas uma mulher mencionasse suas crenças religiosas como um fator na escolha do método. As mulheres que viviam em áreas mais urbanas tinham mais experiências em contraceptivos hormonais e DIU, enquanto que os métodos tradicionais foram mais comuns em áreas rurais (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002).

Mediante o exposto, observou-se similaridade entre os achados nos estudos, apesar de alguns estudos terem sido multicêntricos, o que proporciona perfil mais diversificado de participantes pelo maior contingente de sujeitos de diferentes origens.

Quanto à idade das usuárias do MDF, os estudos apresentaram médias de  $29,5 \pm 6,05$  anos, 30,8 anos, 29,86 e 29,4 anos. Outros estudos aduziram idades variando de 29 a 42 anos, 28 a 32 anos e 18 a 39 anos (dois estudos). Portanto, observam-se usuárias do MDF desde os extremos reprodutivos (18 e 42 anos, por exemplo), acentuando-se na fase reprodutiva adulta. Entretanto, faltaram pesquisas envolvendo adolescentes em idades mais precoces, isto é, menores de 18 anos.

As escolaridades das usuárias do método foram: 52,2% das participantes de uma pesquisa e 90,0% de outra tinham o ensino primário (atual ensino fundamental); 51,0% de determinado grupo pesquisado nunca tinha frequentado a escola; em outro grupo foi apresentado que 5,3% concluíram o ensino médio e que 14,6% não tinham nenhum ensino formal; e 50,0% das mulheres rurais em determinado estudo apresentou três anos ou menos de escolaridade. Ressalta-se que apenas um estudo integrou algum tipo de atendimento particular, tendo a quase totalidade sido realizada em serviço público, frequentado pela grande massa populacional, o que explica, em parte, a baixa escolaridade das participantes. Ademais, dois estudos incluíram mulheres de áreas rurais, em que se concentram escolaridades mais baixas, sendo também os países de origem dos estudos que expressaram essas informações, subdesenvolvidos (Etiópia, Índia, Ruanda, Bolívia, Peru e Filipinas). Obtém-se que a baixa escolaridade não parece ser impedimento para a adesão de mulheres ao MDF e estudos com público de escolaridade elevada não foram encontrados.

As participantes das pesquisas eram, em maioria, casadas ou estavam em união, sendo encontradas porcentagens de 93,5 e 99,2% de casadas ou em união estável. Um estudo descreveu “quase todas as mulheres em união”. Esses achados podem estar relacionados, em parte, ao fato de serem as mulheres casadas ou em união as que mais procuram atendimento em planejamento familiar, cenários de realização dos estudos.

Quanto aos aspectos reprodutivos, quatro estudos destacaram percentuais de 96,2, 69,0, 59,0 e 98,9% das mulheres tendo filhos; outros dois estudos descreveram “quase todas as mulheres tinham filhos”. As médias de número de filhos encontradas foram: 3,2 filhos, 3,4 e 2,5 filhos. Ou seja, ter filhos pareceu não desmotivar o uso do MDF.

Ainda no contexto da saúde reprodutiva, ressalta-se que a maior ou menor parte das mulheres pesquisadas havia utilizado algum MAC antes do uso do MDF (13,0, 80, 50,0, 96,0 e 2,3%). Esses achados reforçam a relevância de serem ofertadas opções contraceptivas nos serviços de planejamento, uma vez que a fase reprodutiva é longa, sendo natural que a mulher e/ou casal deseje experimentar novos MAC.

### ***3.2.2 Conhecimento, Atitude e Prática das usuárias do MDF***

O conhecimento, a atitude e a prática das usuárias do MDF foram reportados em 11 (52,3%) artigos analisados na presente revisão.

Lundgren *et al.* (2012) realizaram um estudo de intervenção que foi replicado em três diferentes contextos - Índia, Peru e Ruanda - cujo Ministério da Saúde estava interessado

em introduzir o MDF nos serviços. O objetivo da intervenção era tornar o MDF acessível para casais em áreas de intervenção como uma opção adicional de PF. As atividades de intervenção variaram conforme o ambiente social e político de cada país.

A intervenção consistiu de dois dias de treinamento, baseada em habilidades particulares de cada país, para permitir que provedores ajudassem as clientes a determinar se o MDF seria bom para estas, ensinar as clientes a usar o método, explorar abordagens para gerir eficazmente os dias férteis e incentivar a participação dos parceiros. Os participantes do treinamento receberam um manual e apoio adequado ao nível de alfabetização, bem como um colar de contas. Foram incorporadas visitas de supervisão para reforçar o conhecimento, acompanhar as usuárias do MDF e assegurar a disponibilidade do colar de contas. Quando possível, os supervisores conduziram dramatizações com provedores, utilizando uma lista de verificação simples estruturada para reforçar elementos essenciais da prestação do método. Além disso, os provedores discutiram desafios e soluções relacionados ao MDF durante reuniões regulares. A formação de um dia de reciclagem foi realizada vários meses após os provedores começarem a abordar questões específicas notadas durante supervisão, como exigir a presença de parceiros masculinos durante as sessões de aconselhamento do método. Informações sobre a disponibilidade de uma nova opção contraceção foi compartilhada através de cartazes, folhetos, feiras de saúde e rádio. Na Índia, a informação também foi divulgada por meio de pinturas de paredes e teatros de rua (LUNDGREN *et al.*, 2012).

Evidenciou-se nesse estudo a utilização de sessões educativas e de folhetos. Utilizou-se também o uso de folhetos e cartazes, como estratégias para informar a clientela feminina sobre a disponibilidade de mais uma opção contraceptiva na Unidade Básica de Saúde na qual foi realizada a pesquisa.

Lundgren *et al.* (2012) observaram que quase nenhuma entrevistada nunca tinha ouvido falar sobre o MDF em áreas de intervenção no início do estudo (0,4% na Índia; 0,2% no Peru). Após a intervenção, a porcentagem de mulheres que tinham ouvido falar sobre o MDF em áreas de intervenção na Índia e no Peru foi relativamente alta (59,2% na Índia e 63,2% no Peru), considerando que o método nunca tinha sido promovido nas áreas de intervenção. A proporção de mulheres em Ruanda que tinham ouvido falar do método (90,3%) foi significativamente maior.

Ao avaliar a prática, os autores encontraram que o número de usuárias do método antes da intervenção foi zero em todos os lugares. Três meses após a intervenção, o número de novos usuários do MDF na Índia cresceu continuamente, especialmente nos bairros onde os trabalhadores da comunidade foram treinados no MDF. Peru apresentou um crescimento

contínuo de usuários novos do MDF. Ruanda apresentou alguns picos em seu crescimento. O número de novos usuários diminuiu desde o início até o sexto trimestre na área de controle, mas aumentou na área de intervenção. Este efeito não é necessariamente um resultado da presença do novo método por si só. Outros aspectos da intervenção ou fatores exógenos podem ter influenciado as mudanças observadas. Em Ruanda, o número de novas usuárias de todos os métodos aumentou tanto no controle e em áreas de intervenção. Na Índia, o número de novas usuárias aumentou em ambas as áreas de intervenção e controle. Na Índia, mais de 85% das novas usuárias do MDF nunca tinha usado um método de PF (nem mesmo um método tradicional). Mais de 90% das novas usuárias, em Ruanda; e 57%, no Peru, não tinham sido usuárias de outro método nos dois meses anteriores à decisão de usar o MDF. Estatísticas de atendimento mostram que na Índia e no Peru, o MDF representou 12 e 13% de todas as novas usuárias do método; Ruanda foi responsável por 4% de novas usuárias. Considerando o número de novas usuárias de todos os métodos em áreas de controle e intervenção, no Peru, sugere-se que o número total de usuárias de PF tenha aumentado talvez como resultado da introdução do MDF. Na Índia e em Ruanda, no entanto, a intervenção não teve efeito (positivo ou negativo) sobre o número de usuárias novas de PF ao nível clínico, mas os resultados do inquérito da comunidade na Índia mostram um possível efeito positivo da intervenção sobre a prevalência contraceptiva (LUNDGREN *et al.*, 2012).

Bekele e Fantahun (2012) tiveram também como objetivo descrever a experiência da introdução do MDF em quatro áreas operacionais da Etiópia. O MDF foi introduzido na Etiópia por meio da prestação de serviços na comunidade, em 2004, com o apoio da USAID, e em colaboração com cinco organizações parceiras da Etiópia.

Inicialmente, dezessete profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) foram treinados sobre o MDF, seguidos por uma implantação de treinamento para 129 Agentes de Saúde Reprodutiva de Base Comunitária (ASRBC). Os ASRBC com o apoio das organizações parceiras da Etiópia ofereciam informações e serviços por meio de interações com a comunidade, incluindo visitas domiciliares, aconselhamento em reuniões religiosas, festivais e outros eventos da comunidade e discussões no mercado local. Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Comunicação de Mudança Comportamental (CMC), como educação em saúde, cartazes e distribuição de folhetos, mensagens educativas, foram utilizados para aumentar a consciência do MDF e outros métodos de PF (BEKELE; FANTAHUN, 2012).

Nesse estudo realizado por Bekele e Fantahun (2012), observaram estratégias como sessões educativas com abordagem domiciliar, descritas por Terefe; Larson (1993);

Bolam *et al.* (1998) e Melnic *et al.* (2008); palestras, mencionadas por Péres *et al.* (2005) e Qian *et al.* (2010) e folhetos educativos relatados por Little *et al.* (1998) e Smith e Withfield (1995). Semelhante ao estudo realizado por Lundgren *et al.* (2012) e este em estudo, Bekele e Fantahun (2012) utilizaram-se de folhetos como estratégias para informar a população sobre mais uma opção contraceptiva.

No estudo transversal realizado por Bekele e Fantahun (2012), foram realizadas para coleta dos dados visitas domiciliares pelos ASRBC (provedores do método) e entrevistas. O questionário estruturado abordava as características sociodemográficas, gestão dos dias férteis, conhecimento e uso correto do MDF.

Sobre o conhecimento e a atitude do MDF pelas participantes do estudo (n= 148), quase 91% das mulheres responderam que o método não protegia das DST. No entanto, cinco participantes erroneamente acreditavam que o MDF oferecia proteção contra DST/HIV/aids, enquanto nove afirmaram que não sabiam; 146 (98,7%) e 140 (94,6%) mulheres tinham intenção de continuar a usar o método nos próximos três meses e um ano, respectivamente. A respeito das contas do colar, instrumento necessário para uso do MDF, 122 (82%) relataram corretamente que as contas marrons representavam os dias que são improváveis para uma mulher engravidar (dias inférteis); 131 (89%) relataram que as contas brancas representavam os dias que a mulher pode engravidar (dias férteis). A maioria (135; 91%) das mulheres indicou corretamente que a conta vermelha representava o primeiro dia da menstruação (BEKELE; FANTAHUN, 2012).

O uso correto (prática) do MDF pelas participantes também foi avaliado. A prática correta do método foi medida pela colocação do anel preto sobre a conta vermelha no primeiro dia da menstruação, movendo-se o anel ao longo de um colar a cada dia, e evitando relações sexuais desprotegidas nos dias férteis. Assim, 135 (91%) das mulheres colocaram o anel preto na conta vermelha quando a menstruação começou. No entanto, nove (6,7%) e uma (0,7%) colocaram incorretamente o anel preto nas contas marrons e brancas quando a menstruação começou, respectivamente; três (2%) das mulheres relataram desconhecer que o anel preto deveria ser colocado na conta vermelha quando a menstruação começasse. Quase todas as mulheres não tinham um calendário (fornecido pelo provedor) para marcar o primeiro dia da menstruação; 138 (93%) mulheres relataram que mudavam o anel preto ao longo das contas todos os dias, mesmo nos dias de menstruação e apenas 10 (6,7%) indicaram que não moviam o anel preto todos os dias. Das 138 mulheres que mudavam o anel preto todos os dias, 97% verificaram ser fácil lembrar-se de mover o anel preto todos os dias; 134 (90%) das mulheres nunca tinham praticado relações sexuais desprotegidas quando o anel preto estava

colocado sobre as contas brancas que representavam os dias férteis. No entanto, 10% tinham relações desprotegidas nos dias férteis. Um percentual de 90,5% das mulheres praticavam todos os elementos de uso correto do método (BEKELE; FANTAHUN, 2012).

Outro estudo de natureza exploratória, realizado na Nigéria, por Ujuju *et al.* (2011), teve como objetivo determinar a aceitabilidade do MDF em áreas onde a resistência aos métodos modernos de PF devido às questões religiosas e culturais eram evidentes.

A Nigéria tem taxa de prevalência contraceptiva de 9,7% entre as mulheres casadas. Existe necessidade não satisfeita de PF de 20,2% (UJUJU *et al.*, 2011). Há crescentes evidências para explicar esse alto nível de necessidade não atendida de PF, na Nigéria. Preocupações sobre os efeitos colaterais e as crenças de infertilidade podem desencorajar mulheres a usar métodos hormonais de PF (SEDGH *et al.*, 2006).

Valendo-se disso, foi realizado estudo exploratório utilizando Grupos Focais de Discussões (GFD) e Entrevistas em Profundidade (EP) para extrair informações dos usuários, enfermeiros e provedores comunitários do MDF. Ao todo, foram realizados 12 GFD e 12 EP. Os 12 GFD foram conduzidos com 56 homens e 57 mulheres, oriundos de casamentos monogâmicos e poligâmicos que estavam utilizando o MDF. Cada GFD variou de 8 a 10 participantes do mesmo sexo que, geralmente, durava de 60 a 90 minutos. As EP foram realizadas com 12 provedores treinados em MDF com duração de 45 a 60 minutos (UJUJU *et al.*, 2011).

A respeito do conhecimento e da atitude das participantes sobre o MDF, obtiveram-se as seguintes opiniões: o MDF é apropriado para mulheres que têm muitas crianças; é aconselhado para mulheres que desejam espaçar os nascimentos em curto prazo; é adequado para as mães lactantes na prevenção da gravidez; é oportuno para mulheres que tentaram outros métodos e falharam por causa de sua incapacidade de se lembrar de tomar os comprimidos, ou têm efeitos colaterais persistentes causados por outros métodos hormonais; é conveniente para mulheres em idade reprodutiva com ciclos menstruais regulares. A maioria das participantes que havia utilizado o MDF nos seis meses anteriores ao estudo considerou o método eficaz na prevenção de gravidez não planejada (UJUJU *et al.*, 2011).

Algumas opiniões das participantes do estudo supracitado foram evidenciadas em outros estudos, como o MDF ser um método apropriado para mulheres que possuem ciclos menstruais entre 26 e 32 dias, ou seja, regulares (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 1999). Ser um método eficaz na prevenção de gravidez não planejada, com eficácia comprovada em mais de 95%, isto é, menos de cinco mulheres chegam a engravidar praticando o método ao longo de um ano (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002; HATCHER *et al.*, 2008; GRIBBLE *et*



*al.*, 2008). Não apresenta efeitos colaterais persistentes causados por outros métodos hormonais, como encontrado no estudo de Gribble *et al.* (2008) que avaliou 1.646 mulheres e estas consideraram que a razão mais comum para a escolha do MDF era não provocar efeitos colaterais, isto é, não afetava a saúde das mulheres.

Um fato a ser destacado refere-se à citação das usuárias de que o MDF é apropriado para as mães lactantes na prevenção da gravidez. Em estudo realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2003), com prontuários de 73 mulheres da Austrália, Grã-Bretanha e Canadá que estavam amamentando e que foram acompanhadas durante 42 dias pós-parto, encontrou-se que o MDF não era tão eficaz para as mulheres que amamentavam, como para as que não amamentavam. Isto independe da frequência da amamentação. Esta proporciona variabilidade no dia da ovulação, aumentando, assim, a variabilidade da janela fértil, mesmo se o comprimento do ciclo seja entre 26-32 dias de intervalo. No entanto, o MDF pode ser uma forma eficaz de método de PF para as nutrizes, depois de terem quatro ou mais menstruações pós-parto, pois a eficácia teórica do método aumenta com o tempo pós-parto (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2003).

No que tange à prática das participantes do estudo de Ujuju *et al.* (2011), observou-se que as usuárias achavam o método simples de entender e fácil de usar, desde que o parceiro fosse cooperativo. Esquecer-se de mover o anel de borracha foi um importante tópico de discussão. A maioria das usuárias não percebia o esquecimento como um problema, pois poderiam acompanhar o dia exato de início do fluxo menstrual com a utilização do calendário. Além disso, para evitar o esquecimento da mudança do anel, as participantes afirmaram que colocavam o colar de contas bem visível, onde elas pudessem vê-lo facilmente e lembrarem.

Nos casamentos monogâmicos no Estado de Katsina, os parceiros das mulheres utilizavam preservativo durante o período fértil. Encontrou-se que os homens eram mais propensos a ser desinteressados no uso do preservativo em comparação com as mulheres, especialmente dentro do casamento. Razões variaram de que a noção de percepção de que os preservativos são usados por indivíduos promíscuos, que a satisfação sexual não é alcançada, que o lubrificante reduz a virilidade dos homens, reduzindo assim o seu desempenho sexual. Em todos os participantes homens que introduziram o MDF para suas esposas eram mais propensos a usar preservativo ou se abster durante os dias férteis, pois eles mostram uma atitude mais tolerante à prevenção da gravidez e à necessidade de compreensão mútua para assegurar a eficácia do método.

A maioria dos usuários no Estado de Enugu que participaram do estudo era de casamentos monogâmicos. Curiosamente, a maneira como os dias das contas brancas foram geridos dependia do relacionamento e nível de comunicação entre marido e mulher. Algumas participantes afirmaram que satisfaziam seus cônjuges por se envolver em sexo sem penetração durante os dias férteis. Contudo, muitas entrevistadas que praticavam a abstinência utilizavam a persuasão, fingiam estar cansadas, evitavam dormir no mesmo quarto para evitar relações sexuais durante os dias férteis. Algumas mulheres afirmaram que “subornavam” seus maridos com deliciosas e especiais refeições durante os dias férteis para colocar sua mente fora do sexo. A maioria das participantes do Estado de Enugu preferia abster-se de sexo durante os dias férteis, elas eram contrárias ao uso de preservativos. Gerenciar os dias férteis em casamentos poligâmicos em Katsina foi mais fácil, e a flexibilidade foi aplicada, dependendo da situação. Em casamentos poligâmicos, o número de dias para as esposas estarem com o marido é dividido igualmente entre as mulheres. Em alguns casos, quando uma das esposas está em seu período fértil e é a sua vez de estar com o marido, ela negocia com as coesposas para dar os seus dias de graça ou por um preço simbólico. Esta compensação pode ser do homem ou da coesposa, dependendo da situação. Foi reiterado que tal prática está de acordo com religiosos sobre a poligamia (UJUJU *et al.*, 2011).

No estudo multicêntrico realizado por Gribble *et al.* (2008), com 1.646 mulheres usuárias do MDF, a prática foi descrita através da gestão da janela dos 12 dias férteis. Observou-se que a resposta inicial mais comum em 10 dos estudos foi a abstinência. No entanto, estratégias reais sobre como gerenciar os dias férteis variavam amplamente em diferentes contextos de prestação de serviços. No entanto, durante as entrevistas de seguimento, a maioria das participantes indicou que o uso de preservativos durante os dias férteis foi de cerca de 10% maior do que o inicialmente planejado. Quanto à atitude em relação ao MDF, encontrou-se que as mulheres tendiam a ser mais satisfeitas que os homens e acharam o método mais fácil de usar. Na Índia, por exemplo, 99% das mulheres usuárias e 70% dos homens usuários recomendariam o MDF para outros. Em El Salvador, 96% das mulheres usuárias e 90% dos homens usuários recomendariam o MDF para outros.

Achados semelhantes ao estudo de Ujuju *et al.* (2011) foram observados no estudo realizado por Blair *et al.* (2007), em Ruanda. As técnicas de grupos focais e entrevistas com mulheres usuárias do MDF e seus parceiros também foram realizadas neste estudo. Semelhante aos estudos de Lundgren *et al.* (2012), Bekele e Fantahun (2012) foram distribuídos materiais e divulgadas mensagens-chave, bem como atividades de mídia para divulgação do MDF (BLAIR *et al.*, 2007).

No estudo de Blair *et al.* (2007), foram realizadas discussões em grupos e entrevistas nos 13 locais-pilotos no final de 2003. Os participantes do estudo foram selecionados por amostragem por conveniência, no qual os entrevistadores seguiram uma lista de todos os usuários de cada local-piloto, e entrevistaram aqueles que foram facilmente encontrados e concordaram em participar do estudo.

Ao avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos participantes, encontrou-se que, ao serem solicitados para explicar quais seriam os dias férteis do MDF, 99% das mulheres e 88% dos homens responderam corretamente que a janela fértil é de 8-19 ou que é quando o anel está sobre as contas brancas. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Bekele e Fantahun (2012). Participantes dos grupos focais discutiram estratégias que utilizaram para se lembrar de passar o anel a cada dia no colar. Elas relataram colocar o colar de contas em cima de sua cama ou em um local visível; escolher um horário específico para mover o anel a cada dia; fazer a prática de mover o anel um hábito diário e lembrar o outro para mover o anel. As participantes também enfatizaram a importância de marcar o primeiro dia da menstruação em um calendário, de modo que elas pudessem verificar a posição do anel no colar de contas quando não tivessem certeza de lembrarem-se para mover o anel, ou quando achavam que poderiam ter mudado o anel duas vezes em um dia (BLAIR *et al.*, 2007).

Práticas semelhantes quanto ao uso de calendário para melhor gestão do ciclo e colocar o colar de contas em um local visível foram observadas no estudo de Ujuju *et al.* (2011) e divergentes do encontrado no estudo de Bekele e Fantahun (2012), no qual quase todas as mulheres não tinham um calendário para marcar o primeiro dia da menstruação.

Sobre a gestão dos dias férteis, poucos casais relataram problemas de evitar relações sexuais desprotegidas durante os 12 dias férteis de cada ciclo. Cerca de 95% das usuárias e 90,2% dos homens relataram que observar esta regra foi fácil. A maioria das usuárias relatou abstinência durante os dias férteis. Cerca de um terço das mulheres e homens relataram o uso do preservativo ou CI durante o período fértil, em alguns ou todos os seus ciclos de uso do método. Apenas uma mulher afirmou ter, ocasionalmente, relações sexuais desprotegidas em seus dias férteis. Quando perguntado o porquê da prática, respondeu: “Eu disse para o meu marido para se abster, mas as vezes ele não consegue” (BLAIR *et al.*, 2007).

Estudo realizado por Sinai *et al.* (2006), com 928 mulheres, teve como objetivo comparar mulheres que tiveram relações sexuais desprotegidas nos dias férteis, com aquelas que utilizaram o método corretamente. Participaram deste estudo 478 mulheres do ensaio de

eficácia do MDF, em cinco locais no Peru, na Bolívia e nas Filipinas, e 450 mulheres em cinco locais em Guatemala, Peru e Filipinas do estudo de eficácia do MDD, dois MBPF.

Avaliando a prática das participantes, observou-se que a maioria dos casais não teve relações sexuais durante os dias que o método identificava como fértil. Em geral, 559 (61,0%) mulheres não relataram relações sexuais nos dias férteis em qualquer dos seus ciclos dos estudos, enquanto as 354 mulheres restantes relataram ter relações sexuais nos dias férteis, em pelo menos um ciclo. Apenas 81 (38,0%) mulheres que relataram ter tido coito desprotegido em um dia fértil, em pelo menos um ciclo, apresentou uma razão. Das mulheres que relataram a sua razão para ter relações sexuais desprotegidas em um dia fértil, uma mulher de 39 anos relatou ter feito isso porque o marido insistiu. A maioria delas não explicava explicitamente como o marido insistia, mas três mulheres afirmaram que os maridos convenceram-nas de que não poderia engravidar se eles tinham relações sexuais apenas uma vez e 11 referiram que os maridos estavam sob efeito de bebida alcoólica; 18 mulheres informaram ter relações sexuais desprotegidas em um dia fértil, pois o período fértil era demasiadamente longo, o que se tornava difícil de cumprir; 15 mulheres relataram dificuldade em seguir a rotina diária envolvida usando o método ou na identificação dos dias férteis. Usuárias do MDF se esqueceram de passar o anel, ou não tinham os colares de contas à mão quando necessário para determinar se elas eram férteis (SINAI *et al.*, 2006).

Observa-se que o uso do álcool pelos parceiros das usuárias pode ser um fator que influencia a prática de relações sexuais desprotegidas no período fértil das mulheres. Todavia, encontraram-se achados divergentes em estudo realizado por Bekele e Fantahun (2012), no qual foi relatado que a maioria dos parceiros das usuárias consumia álcool durante os dias férteis, mas este não teve efeito sobre a gestão dos dias férteis. Em outro estudo realizado por Blair *et al.* (2007), verificou-se que uma usuária do MDF gostaria de ter relações sexuais nos dias férteis, mas o marido se recusou, porque o casal decidiu abster-se de beber álcool durante o período fértil.

Tem-se, portanto, que para garantir o uso correto do MDF, o provedor deve ter habilidades suficientes, conhecimentos, para explorar a capacidade do casal para gerenciar os dias férteis, incluindo os riscos do uso do álcool, DST e violência contra a parceira (GRIBBLE *et al.*, 2008).

Sinai e Arévalo (2006) tiveram como finalidade examinar a frequência de coito e o momento de relação sexual das usuárias de dois Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade, MDF e MDD. Ao avaliar a prática das participantes, observou-se que as usuárias do MDF tinham relações sexuais desprotegidas nos dias considerados férteis, em apenas 3%

dos ciclos. Em um adicional de 4,7% dos ciclos, relataram relações sexuais nos dias férteis com um método de barreira ou CI. No entanto, as relações sexuais nos dias férteis não ocorrem em uma taxa constante. Coito foi relatado no dia oito, o primeiro dia do período fértil, em 1,7% dos ciclos. A incidência das relações nos outros dias férteis foi bem menor. Evidentemente, alguns casais decidiram dar uma chance à margem do período fértil identificado. Por outro lado, o aumento de 37,2% dos ciclos com o coito no dia 20, e 50,9% dos ciclos com relação sexual no dia 21, sugere que muitos casais decidiram ser cautelosos e esperar mais um dia após o término do período fértil antes de retomar a vida sexual. Os autores encontraram que a frequência de coito aumenta nos dias inférteis e diminui nos dias férteis com o tempo de uso do método. Este resultado sugere que os casais ajustam o comportamento para exigência do método, mudem o momento da relação sexual, enquanto aumenta a frequência coital.

Em estudo realizado por Kalaca *et al.* (2005), foi utilizada técnica de entrevista estruturada para avaliar a satisfação do MDF pelas mulheres turcas e 132 mulheres foram entrevistadas inicialmente e com um mês e quatro meses após o uso do MDF.

Avaliando-se o conhecimento e a atitude das participantes, observou-se que as mulheres expressaram felicidade em saber quando eram mais propensas em engravidar; as participantes ficaram muito felizes com o fato de que o método era natural e não tinha efeitos secundários; 12 mulheres relataram que confiavam no método; várias mulheres reclamaram que preferiam usar o CI, uma vez que parecia ser mais limpo, pois o sêmen não permanecia no canal vaginal. Embora a maioria das usuárias estivesse satisfeita com o método, algumas não confiaram nele para evitar a gravidez e interromperam o método. Todavia, todas as participantes que optaram por continuar usando o método ficaram muito satisfeitas com o mesmo. Sobre a prática das usuárias do MDF, cerca de um terço das mulheres relatou ter relações sexuais desprotegidas durante os dias férteis; algumas mulheres afirmaram que 12 dias para evitar relações sexuais desprotegidas eram demais para elas; algumas afirmaram que os maridos não estavam felizes com o uso de preservativos nos dias férteis; algumas decidiram interromper o MDF, relatando que os maridos estavam utilizando o CI continuamente, mesmo durante os períodos inférteis (KALACA *et al.*, 2005). Resultados, como considerar o período fértil demasiadamente longo, foram também observados no estudo de Sinai *et al.* (2006).

Lundgren *et al.* (2005) tiveram como finalidade analisar um programa pioneiro em El Salvador (PII), concebido para aumentar o envolvimento de homens no PF, por meio de atividades não relacionadas aos programas de saúde.

O PII trabalha em estreita colaboração com organizações de desenvolvimento da comunidade e estabelece uma comissão de saúde responsável pelas atividades educativas para esta. Facilitadores do PII visitam semanalmente cada comunidade para fornecer educação em saúde para grupos comunitários, treinar e supervisionar voluntários de saúde. As atividades do projeto incluem orientação de placas de água, formação de voluntários, proporcionando palestras para grupos de facilitadores e promotores do Ministério da Saúde (MS), direcionando voluntários para visitas domiciliares. O grupo oferece informações sobre o gerenciamento de recursos ambientais, como a água e o solo. Esses tópicos são discutidos durante as visitas domiciliares, que se destinam a reforçar mudança comportamental nas práticas de saneamento. Coordenadores da equipe do PII trabalham com a equipe do MS em cada comunidade.

Um elemento importante do PII para expandir o acesso dos homens à informação e aos serviços foi a difusão da sua mensagem, por meio de canais informais. Durante os ensaios clínicos, observou-se que as informações sobre o MDF, às vezes difundidas por toda a comunidade de boca em boca, sem um provedor treinado, serviu como um intermediário, uma vez que o método não requer suprimentos e é simples de entender, alguns usuários sentiram-se confiantes sobre ensinar aos outros como usá-lo. Assim, incluindo o MDF na intervenção, encorajaram-se redes informais para divulgar informações do PF através da comunidade (LUNDGREN *et al.*, 2005).

O PII, com o título “Planejando juntos”, enfatiza a equidade de gênero na tomada de decisões. Reconhecendo que os homens aprendem sobre PF de seus pares e dos meios de comunicação, ao invés dos provedores formais de saúde, PII estabeleceu atingir os homens através da comunidade de redes informais. Sua estratégia concebeu incentivar atitudes positivas em relação ao PF e envolvimento masculino através da difusão de informações mediante líderes da comunidade. O trabalho de PF foi estruturado e organizado de forma similar aos sistemas de água e saneamento. Preservativos e instrução do MDF foram fornecidos por voluntários treinados e supervisionados pelos trabalhadores do PII. Funcionários do sexo masculino, feminino e voluntários que participaram do projeto foram incluídos no desenvolvimento e ensaio de materiais e metodologias de ensino.

O projeto também foi concebido para fortalecer o sistema de encaminhamento entre o PII e clínicas do MS. Entrevistas em profundidade foram conduzidas com 30 prestadores de cuidados de saúde do MS, os quais eram potenciais fornecedores de informações e serviços aos homens. Entrevistas foram distribuídas uniformemente entre profissionais e promotores da saúde (trabalhadores de extensão em sua maioria homens),

médicos, enfermeiros e parteiras tradicionais. Adicionalmente, o PII contratou um consultor para realizar as discussões. O PII foi implementado em 13 aldeias rurais de cinco departamentos de El Salvador: Chalatenango, San Miguel, San Salvador, San Vicente e Usulután. As aldeias foram selecionadas em coordenação com o MS, de acordo com três critérios: presença de um projeto de água e saneamento, existência de uma associação comunitária organizada e evidência da necessidade não atendida de PF. As aldeias rurais selecionadas para o estudo estão entre as menos desenvolvidas no país, e por isso foram escolhidas pelo PII para participar de projetos de água e saneamento (LUNDGREN *et al.*, 2005).

Um dos principais passos para a implementação do programa “Planejando juntos” foi a obtenção da aprovação de líderes comunitários. Conversas de grupo foram realizadas com os membros da comunidade por pessoal do PII e os voluntários da comunidade, que motivaram membros da comunidade a participar. Voluntários de água e saneamento referenciaram casais interessados em obter um método de PF para os voluntários que haviam sido treinados pelo PII para fornecer aconselhamento ou serviços de PF. Tópicos de PF foram integrados em atividades educativas do curso realizadas durante o processo de mobilização da comunidade e a construção de sistemas de água. Os temas-chave nas mensagens de PF incluídos no programa de água e saneamento foram: a relação entre a proteção dos recursos naturais e da saúde das famílias, através do espaçamento dos nascimentos; equidade de gênero na tomada de decisões sobre os recursos familiares e comunitários; e disponibilidade de métodos anticoncepcionais para atender às particularidades de cada casal. Desenhos simples e perguntas-chave foram usados para estimular a discussão e transmitir mensagens-chave. As mensagens foram projetadas para ajudar os membros da comunidade a entender a ligação entre o PF, a proteção da família e os recursos naturais (LUNDGREN *et al.*, 2005).

A intervenção consistiu em duas visitas domiciliares. A primeira visita centrou-se na relação entre a proteção dos recursos naturais e a proteção da saúde da família e nos benefícios das discussões de PF para preparar um casal. A segunda visita ocorreu cerca de uma semana depois e abordou com mais detalhes os MBPF, incluindo o MDF, o ciclo menstrual e como escolher um método de PF. Os voluntários referiram casais interessados em utilizar um método para um provedor. Formação de pessoal do PII e de voluntários da comunidade foi realizada em várias etapas.

No início do projeto, o MS promoveu aos facilitadores do PII dois dias de treinamento de PF (incluindo jogos de papéis e estudos de caso) e mais um dia de treinamento sobre o MDF. Facilitadores do PII treinaram 110 voluntários do programa de água e

saneamento para incorporar os temas do PF em suas atividades, utilizando o manual “Planejando juntos” (PROCOSAL *et al.*, 2000).

Na ocasião das atividades educacionais, o pessoal do PII e do Instituto de Saúde Reprodutiva treinou um grupo menor de 24 voluntários da comunidade para servir como “instrutores”, para fornecer preservativos e MDF, e referenciar potenciais usuários de outros métodos. Visitas bimestrais de supervisão e o treinamento de reciclagem do grupo três meses mais tarde reforçou a formação inicial. Treinamento de funcionários e voluntários abordou princípios do aconselhamento básico, a escolha informada, critérios de elegibilidade e como encaminhar casais para serviços de PF. Os instrutores também foram treinados para aconselhar os casais interessados em utilizar o MDF ou preservativos. Os grupos receberam informações sobre como atingir os homens. Por exemplo, foram avisados da necessidade de realizar reuniões à noite e nos fins de semana, quando os homens estão disponíveis, e foram instruídos sobre como incentivar ambos os parceiros para expressar-se durante as sessões de aconselhamento dos casais. Os funcionários e voluntários também aprenderam a ensinar as mulheres para discutir com os maridos sobre PF e proteção contra as DST (LUNDGREN *et al.*, 2005).

O esforço para atingir os homens necessitou de flexibilidade e inovação institucional. PII forneceu tempo compensatório e remuneração diária para o pessoal para realizar reuniões à noite e nos fins de semana com os homens nas áreas rurais. Voluntários saíram para os campos para falar com os homens enquanto eles estavam trabalhando e, também, em casa, conduzindo visitas. O PII contou com funcionários e voluntários para criar um ambiente favorável para o PF, por meio de visitas formais e fala informal com amigos, vizinhos, parentes. Conselhos de desenvolvimento comunitário, também, discutiram o PF durante as reuniões e atividades regulares.

No estudo realizado por Lundgren *et al.* (2005), observaram-se estratégias que foram relatadas em revisão integrativa anterior, como sessões educativas com abordagem domiciliar, descritas por Terefe e Larson (1993); Bolam *et al.* (1998) e Melnic *et al.* (2008); palestras, mencionadas por Péres *et al.* (2005) e Qian *et al.* (2010); programas educativos (PII) encontrados em 12 estudos de revisão integrativa anterior e redes informais evidenciadas neste estudo.

Estratégias semelhantes para promoção do MDF foram observadas também no estudo de Lundgren *et al.* (2012) que também utilizaram-se das sessões educativas e no estudo de Bekele e Fantahun (2012), em que foram realizadas sessões educativas, visitas



domiciliares, discussões locais, para aumentar a consciência da população a respeito do MDF e de outros métodos de PF.

Sobre o conhecimento, a atitude e a prática do MDF pelos participantes do estudo, que na linha de base (janeiro de 2001) incluiu 151 homens e 190 mulheres e, na linha de fundo (setembro de 2002), 175 homens e 189 mulheres, observou-se que as mulheres que receberam uma parte da intervenção eram bem mais informadas sobre quais dias durante o ciclo menstrual encontravam-se férteis do que aquelas que não participaram da intervenção. Participantes da intervenção também relataram níveis significativamente mais elevados de consciência do MDF (45% quando comparado com 8%) e de como utilizar o método (28% em comparação com 3%). Participantes do sexo masculino eram significativamente mais informados do que os não participantes sobre o MDF (30% e 7%) e conhecimento de como usar o método (23% e 2%), respectivamente. Como resultado desta intervenção, o MDF mostrou-se aceitável pela comunidade, especialmente entre aqueles que praticavam a contracepção pela primeira vez. O conhecimento dos homens sobre assuntos relacionados ao PF, como consciência da fertilidade e DST (temas incluídos na introdução do MDF) aumentou substancialmente, assim como a participação nas discussões de temas relacionados (LUNDGREN *et al.*, 2005).

Outro estudo desta revisão avaliou o ponto de vista de Gribble (2003), no qual apresentou que as usuárias do MDF identificavam duas principais estratégias para lidar com os dias férteis. Muitos casais optavam pelo uso de preservativos durante o período fértil: mais de 85% dos receptores em Nova Deli, na Índia, e 65% dos que estavam afiliados ao Planejamento Familiar Internacional de Honduras indicaram escolher esta estratégia (DOSAJH *et al.*, 2003). Uma estratégia alternativa para casais observada era manter mais relações sexuais durante os dias inférteis (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002). Este achado referente ao aumento da frequência coital nos dias inférteis, também, foi observado no estudo realizado por Sinai e Arévalo (2006).

O último estudo a ser descrito foi do tipo quase-experimental, realizado com 478 mulheres da Bolívia, Peru e Filipinas que treinou 5 a 10 provedores para fornecer o MDF. A provisão do MDF envolveu um aconselhamento, em que a mulher (ou o casal, se o parceiro estava disponível) foi instruída sobre o MDF e orientada sobre a importância de seguir as recomendações do método para evitar a gravidez. Para ajudar as mulheres no acompanhamento do ciclo, foi dado um colar de contas. As mulheres foram orientadas para que se menstruassem antes do dia 27 de cada ciclo ou se a menstruação não tivesse vindo após 32 dias do ciclo que contatassem o provedor para avaliação e aconselhamento. As mulheres

com ciclos fora de 26-32 dias foram aconselhadas a utilizar outro método e foram retiradas do estudo (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002).

Além de utilizar o colar de contas para monitorizar os dias de ciclo, as participantes marcaram o primeiro dia do ciclo da menstruação em um calendário e mantiveram um registro coital que também indicou os dias que usaram outro método (preservativo ou abstinência). As mulheres do estudo foram entrevistadas em cada ciclo, até que fossem completados 13 ciclos ou saíram do estudo por outras razões. As mulheres que não tiveram a menstruação por 42 dias do ciclo foram testadas para a gravidez. Se os resultados fossem negativos, eram seguidas até que o teste fosse positivo ou suas menstruações retornassem. Estas, em seguida, saíram do estudo, em virtude do ciclo extremamente irregular. Perda de seguimento foi minimizada através de entrevistas com as participantes do estudo em suas casas e busca ativa a cada participante, com um mínimo de três tentativas por ciclo (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002).

Um total de 4.035 ciclos foi acompanhado no estudo com as 478 participantes. Uso correto do método (sem relações sexuais em dias 8-19) foi relatado em 92% dos ciclos. Em um adicional de 5% dos ciclos, ocorreram relações sexuais, mas com uso de outro método (preservativo ou abstinência). Relações sexuais desprotegidas ocorreram em apenas 3% dos ciclos, nos respectivos dias (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002).

Diante do exposto, observou-se que as usuárias do MDF obtiveram aumento do conhecimento sobre o método ao serem submetidas a diferentes estratégias educativas, apresentando atitudes predominantemente favoráveis ao método e às práticas predominantemente adequadas do MDF.

As estratégias que mais impactaram positivamente no conhecimento, na atitude e na prática do MDF pelas usuárias foram descritas pelos mesmos autores Lundgren *et al.* (2005, 2012). Dentre as estratégias utilizadas nos estudos, encontraram-se: treinamentos baseados em habilidades com usuárias (ensino do MDF as clientes); visitas de supervisão para reforçar conhecimento, acompanhamento de usuárias do MDF; treinamento de reciclagem com provedores do MDF; utilização de cartazes, folhetos, feiras de saúde, pinturas de parede, teatros de rua, para divulgação do método; palestras com provedores do método; visitas domiciliares às usuárias; redes informais (informação repassada boca a boca) e projetos pioneiros (PII).

### 3.2.3 Fatores que favorecem e que dificultam a prática do MDF

Esses fatores foram identificados em 12 (57,1%) artigos analisados na presente revisão.

Lundgren *et al.* (2012) descreveram em estudo que a maioria das mulheres do estudo realizado por Gribble *et al.* (2008) avaliaram o MDF fácil de aprender, fácil de usar, eficaz e sem efeitos colaterais.

Em estudo realizado por Bekele e Fantahun (2012), as razões mais comuns descritas pelas mulheres para a escolha do MDF foram: 129 (70,1%) dos casos, a ausência de efeitos colaterais; 99 (53,8%), medo de efeitos colaterais, particularmente provocados pelos contraceptivos hormonais; e 9 (4,9%), facilidade de uso. Outras razões foram o fato de que o método não tem custos para a usuária (5; 2,7%); e ser um método natural (5; 2,7%). Embora os MBPF sejam frequentemente associados com as crenças religiosas, apenas uma mulher ressaltou esta razão para a escolha do método.

Destaca-se que na entrevista, 148 (80,4%) mulheres estavam usando o MDF para evitar a gravidez, enquanto 36 (19,6%) tinham interrompido o método. Destas, 36 mulheres que interromperam o método, 10 tiveram que parar o método porque tiveram ciclos menstruais fora da faixa de 26-32 dias (irregulares) e sete mulheres interromperam porque não confiaram no método. Os parceiros das usuárias do MDF descreveram que decidiram usar o MDF por ser um método natural e não ter efeitos colaterais. Alguns também relataram que o MDF é simples de aprender, fácil de usar e não requer cálculo, em comparação com outros métodos, como a tabelinha. Provedores citaram como fatores que dificultam a adesão ao MDF a desconfiança no método por algumas clientes, indisponibilidade de calendário para ser fornecido à usuária pelo provedor, ruptura do anel e falta de cooperação de alguns parceiros do sexo masculino na gestão dos dias férteis.

Outro estudo realizado por Sinai, Lundgren e Gribble (2012) descreveu que uma das principais razões para a suspensão do MDF no primeiro ano de uso foi ter um segundo ciclo fora da faixa de intervalo (26-32 dias). Adicionaram, também, que mulheres que não gostam do método ou têm problemas de usá-lo corretamente, geralmente, interrompem o uso do método no primeiro ano.

No estudo de revisão realizado por Lundgren, Karra e Yam (2012), os autores relataram que as usuárias do MDF dos estudos desenvolvidos por Gribble *et al.* (2008) e Institute for Reproductive Health (2008) citaram repetidamente a satisfação com os custos mínimos, a simplicidade, a naturalidade, a participação de ambos os parceiros, e, em menor

medida, a sua compatibilidade com as crenças religiosas. A interrupção do método por ter um ciclo fora da faixa de intervalo de (26-32 dias) foi uma das razões mais comumente citadas no estudo de Blair *et al.* (2007) e descrito no estudo de Lundgren, Karra e Yam (2012).

Em estudo realizado por Ujuju *et al.* (2011), as razões mais comuns descritas pelas mulheres para a escolha do MDF foram: o método é eficaz na prevenção de gravidez não planejada; simples de entender; fácil de usar; não possui efeitos colaterais; durável; promove paz de espírito, pois deixam de se preocupar com quaisquer efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais ou os riscos de engravidar quando não estavam utilizando nenhum método; transmite confiança; promove melhora da discussão entre o casal; melhora a comunicação do casal e compreensão. Os parceiros das usuárias do método citaram como benefícios do método, ajuda no desenvolvimento da confiança no parceiro; promove autocontrole e ajuda no planejamento da família. Foi relatado como desvantagem do MDF por uma participante, ex-usuária de injetáveis, que para utilizar o método precisa de muito mais autocontrole.

Estudo realizado por Arévalo *et al.* (2010b), único estudo realizado no Brasil, com prontuários de 2.845 mulheres de uma Unidade de Reprodução Humana da Universidade de Campinas, teve como objetivo determinar quando, após a interrupção do AOC, as mulheres poderiam começar a utilizar o MDF. Neste estudo, identificou-se como única razão para uso do método pelas mulheres a falta de efeitos colaterais do MDF.

Gribble *et al.* (2008) observaram que, em geral, a razão mais comum para a escolha do MDF, foi a ausência de efeitos colaterais. Uma razão adicional foi o baixo custo. Embora os MBPF estejam frequentemente associados com as crenças religiosas, relativamente poucas mulheres deram essa resposta como a razão para a seleção do MDF. Dos participantes do estudo, homens e mulheres, cerca de 90% deles relataram que o MDF era simples de usar.

Outro estudo realizado por Blair *et al.* (2007) relatou que as participantes dos grupos focais escolheram o MDF por ser um método eficaz; simples de usar; sem efeitos colaterais ou riscos para a saúde; gratuito; compatível com suas crenças religiosas; não requer visitas frequentes ao centro de saúde; fortalece o relacionamento conjugal, pois promove o diálogo entre os parceiros; transmite confiança; promove respeito mútuo e harmonia familiar. Alguns parceiros de usuárias do método escolheram utilizar o MDF, porque a correta utilização exige a sua cooperação, então estes se sentem envolvidos no processo de planejamento de sua família. Como fatores desfavoráveis ao uso do método, foram citados: ter

indicação para mulheres com ciclos no intervalo de (26-32 dias), ou seja, ciclos regulares; não protege das DST e declararam dificuldade de observar a janela fértil.

Germano e Jennings (2006), analisando a incorporação de dois MBPF, MDF e MDD na prática, descreveram que a maioria das pessoas do estudo realizado por Gribble (2003) escolheu o MDF, por ser este um método natural e sem efeitos colaterais. A religião pareceu ser um fator muito menor na escolha do método. Encontrou, também, descrito por Institute for Reproductive Health (2006) que o MDF é fácil de ser ensinado pelos prestadores e de ser assimilado pelas clientes.

Estudo realizado em Istambul, na Turquia, por Kalaca *et al.* (2005), encontrou que a maioria das usuárias do MDF abandonou o método, pois elas ou seus parceiros não gostaram ou não confiaram no método. Na segunda entrevista de seguimento das participantes do estudo, na qual participaram 93 mulheres, sete (7,5%) mulheres abandonaram o método, pois apresentaram um ciclo fora da faixa de 26-32 dias; 10 (10,7%) manifestaram o desejo de descontinuar o método porque mudaram de preferência, desconfiaram do método ou apresentaram ciclos menstruais irregulares. A maioria das entrevistadas que tinha parado o método ou decidiu descontinuar, estava planejando utilizar um contraceptivo mais eficaz.

Gribble (2003) descreveu que dada a sua facilidade de uso e ausência de efeitos colaterais, o MDF pode estar indicado para casais que não estão usando qualquer método, para aqueles que dependem de um método tradicional e os que estão insatisfeitos com o seu método atual ou passado. Adiciona que o MDF também pode beneficiar algumas mulheres com necessidades não atendidas, como aquelas que usam métodos tradicionais de PF.

O último artigo a descrever os fatores que favorecem e os fatores que dificultam a prática do MDF foi realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2002). Neste estudo, as principais razões desfavoráveis ao MDF foram: ciclos fora da faixa de 26-32 dias (28%); ouviu falar que a gravidez seria de alto risco (0,2%); não gostou do método (0,2%); não confiava no método (1,7%); e parceiro não gostava do método (2,1%).

Nos estudos apresentados, os principais fatores favoráveis à prática do método foram: ausência de efeitos colaterais (8; 66,6%); fácil de usar (6; 50,0%); associa-se com as crenças religiosas (5; 41,6%); fácil de aprender (4; 33,3%); eficaz, baixo custo e natural (3; 25,0%); melhora a comunicação do casal, transmite confiança e não afeta a saúde (2; 16,6%). Os demais fatores descritos foram evidenciados somente em um estudo.

Como principais fatores desfavoráveis à prática do método, somaram-se: ciclos fora da faixa de 26-32 dias (6; 50,0%); não confiavam no método (3; 25,0%); não gostavam do método (3; 25,0%). Os demais fatores relatados foram descritos somente em um estudo.

Percebe-se, portanto, que o principal fator favorável à prática do MDF é a ausência de efeitos colaterais, e o principal fator desfavorável são os ciclos fora da faixa de 26-32 dias, ou seja, ciclos irregulares.

## **4 MATERIAIS E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de estudo quase-experimental, o qual é definido pela aplicação de uma intervenção em um grupo de sujeitos que constituem seu próprio controle no estudo (HULLEY *et al.*, 2008). Tem como principal característica a ausência de randomização (POLIT; BECK, 2011).

Realizou-se estudo com grupo único, avaliado em quatro momentos, ou seja, antes da intervenção, imediatamente após a intervenção e com 30 e 60 dias desta. A intervenção de Enfermagem baseou-se na utilização da técnica de oficina educativa voltada à promoção de Conhecimento, Atitude e Prática favoráveis ao uso do Método dos Dias Fixos.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Maria de Lourdes Jereissati, da Secretaria Executiva Regional (SER) VI, do Sistema Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza-CE. Este é organizado em seis SER, sendo a SER VI a maior, abrangendo 29 bairros, correspondendo a 42% do território de Fortaleza (SMS, 2012).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011), o município de Fortaleza possui população de 2.476.589 habitantes, sendo a população feminina de 1.317.158. Com relação ao quantitativo de Mulheres em Idade Fértil (MIF), Fortaleza possui 880.924 mulheres, sendo a SER VI constituída por 198.646. A UAPS Maria de Lourdes Jereissati, local escolhido para realização do estudo, possui uma população adscrita de 10.118 MIF (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012).

A escolha da UAPS ocorreu de forma intencional, por ser uma unidade que possui vínculo com a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), instituição a qual a pesquisadora atua como docente há pouco mais de três anos, acompanhando estágio acadêmico de formação de enfermeiros neste local. Outro motivo para escolha de uma UAPS para realização do estudo ocorreu por sugestão de Bekele e Fantahun (2012) que relatam em seu estudo a necessidade de introduzir o MDF em um ambiente de unidade de saúde, local onde as mulheres procuram ter acesso aos MAC.

A UAPS escolhida está situada no bairro Tancredo Neves e conta com quatro equipes da ESF que assistem em todas as áreas preconizadas pelo Ministério da Saúde, dentre

as quais se ressalta a assistência ao PF. Sua conjuntura organizacional favoreceu a realização do estudo, pois possui ampla infraestrutura com espaços adjacentes à comunidade, como centros comunitários e igrejas, nos quais são realizadas atividades de parceria. Portanto, as atividades de intervenção de Enfermagem da pesquisa ocorreram em ambiente adequado e de fácil acessibilidade às participantes do estudo.

### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres em idade fértil, acompanhadas pelas equipes da ESF da UAPS Maria de Lourdes Jereissati.

As mulheres participantes foram selecionadas por conveniência e de forma intencional. Conforme Hulley *et al.* (2008), uma amostragem por conveniência é, frequentemente, composta por indivíduos que atendem aos critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador. É intencional ou de seleção racional, pois os elementos da amostra são escolhidos de acordo com uma determinada estratégia e relacionam-se intencionalmente com as características estabelecidas (BARROS; LEHFELD, 2004).

Para estimativa do tamanho amostral, utilizou-se uma fórmula baseada no teste de Qui-quadrado de McNemar. Este é usado para analisar frequências (proporções) de duas amostras relacionadas, isto é, tem como objetivo avaliar a eficiência de situações “antes” e “depois”, em que cada indivíduo é utilizado como seu próprio controle (ARANGO, 2009). A fórmula é assim descrita:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + 2 \cdot Z_{1-\beta}) \cdot \sqrt{P_A \cdot q_A}}{4 \cdot (P_A - 0,5)^2 \cdot P_D}$$

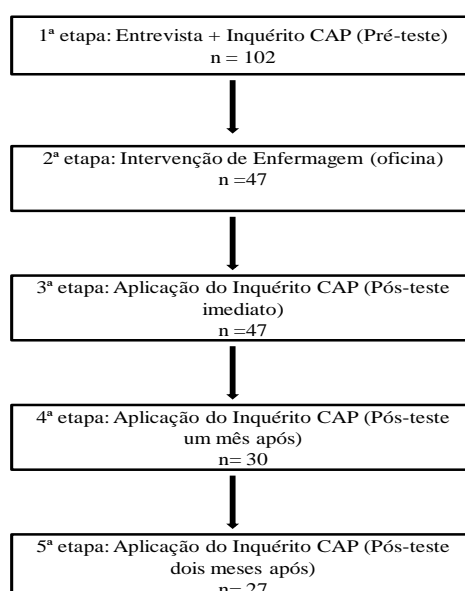
Para o cálculo, foram adotados os seguintes parâmetros: coeficiente de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, proporção de pares que não sofreria alteração com a aplicação da atividade educativa de 50% (adotou-se este valor por se considerar o total desconhecimento deste parâmetro) e uma mudança de proporção de pelo menos 20% entre pares de observações para se rejeitar a hipótese de nulidade (ou seja, não haver diferença entre as proporções antes e após o desenvolvimento da atividade educativa), onde  $Z_{\alpha} = 1,96$ ;  $Z_{\beta} = 80\%$ ;  $P_A = 0,2$ ;  $q_A = 0,8$ ;  $P_D = 0,5$ . Após os cálculos, a amostra foi estimada em 40 indivíduos.



Contudo, para proteger-se das eventuais perdas de participantes, uma vez que se tratava de pesquisa com quatro encontros ou contatos com cada sujeito, da 1ª etapa da pesquisa (pré-teste) participaram 102 mulheres; da 2ª etapa (intervenção de Enfermagem), 47; da 3ª etapa (pós-teste imediato), o mesmo número (47); da 4ª etapa (pós-teste com um mês da intervenção), 30 mulheres; e da 5ª etapa (pós-teste com dois meses da intervenção) participaram 27.

A seguir, a Figura 1 ilustra a distribuição do número de mulheres ao longo das etapas da pesquisa.

Figura 1 - Fluxograma na distribuição das participantes em cada etapa da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora

#### 4.3.1 Critérios de seleção das mulheres

Participaram do estudo mulheres que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: serem usuárias do SUS, especificamente da ESF; estivessem em idade reprodutiva (18-49 anos); tivessem vida sexual ativa; e que não utilizassem nenhum MAC ou que estivessem em uso de MAC reversível. A inclusão de mulheres entre 18-49 anos decorreu do fato de 18 anos representar a maioridade civil e a idade máxima de 49 anos, por representar o extremo reprodutivo feminino. Foram excluídas mulheres laqueadas, histerectomizadas, ooforectomizadas e cujos companheiros fossem vasectomizados, pois reduziria o interesse das

participantes pelo MDF; e as mulheres com ciclo menstrual irregular, uma vez que caracteriza contraindicação ao método, gerando, nas duas situações, vieses de pesquisa.

#### **4.4 Construção do inquérito CAP**

O inquérito que avaliou Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) das participantes, foi elaborado pela autora, com a participação de especialistas (juízes).

O inquérito CAP foi estruturado em quatro domínios: conhecimento sobre o Método dos Dias Fixos (Domínio I); atitude sobre o Método dos Dias Fixos (Domínio II); prática sobre o Método dos Dias Fixos (Domínio III); e fatores favoráveis e desfavoráveis à prática do Método dos Dias Fixos (Domínio IV). A elaboração dos itens que compuseram o inquérito (conteúdo técnico-científico) baseou-se em informações fornecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e pela Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007), bem como no conhecimento e na experiência da autora.

A versão inicial do inquérito foi submetida à apreciação de especialistas (juízes), com experiência na aplicação do inquérito CAP, para que opinassem sobre a aparência e o conteúdo. Tal experiência foi considerada presente pela autoria de pelo menos um trabalho científico publicado em periódico com “Qualis”, no qual se aplicou o referido inquérito. Dois especialistas tinham artigos publicados na Revista de Saúde Pública e um na Revista Latino-Americana de Enfermagem. Suas publicações versaram sobre o CAP de mulheres sobre o exame colpocitológico e um sobre o CAP de adolescentes estudantes universitários quanto à pílula anticoncepcional e ao preservativo.

Os juízes foram identificados via *on-line* pelo site de busca *Google*, utilizando o termo “inquérito CAP”. Estes foram convidados por meio de carta-convite (APÊNDICE-F), encaminhada por correio eletrônico. Na carta-convite, foram explicados os objetivos do estudo e a justificativa do processo de apreciação. Foram convidados cinco especialistas, contudo somente três corresponderam.

Aos três especialistas que aceitaram participar, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE-G) e o instrumento (inquérito CAP) (APÊNDICE-B), com as instruções sobre o processo de apreciação. Estabeleceu-se um prazo de 10 dias para devolução do material e que esta fosse efetuada através de correio eletrônico.

Os três juízes foram do sexo feminino, com idades de 32 (2) e 39 anos (1). Todas eram enfermeiras e atuavam na área do ensino, com tempo de formação de 9, 10 e 13 anos. Estas opinaram sobre a adequação dos itens que compunham o inquérito em relação aos

critérios: extensão do inquérito (1); clareza das perguntas (2); formato das perguntas (3); adequação das opções de respostas (4); adequação da visualização da apresentação (5); sequência lógica da apresentação (6); apropriação do material aos aspectos socioculturais do público alvo (7); e suficiência do conteúdo (8). Os especialistas deveriam atribuir para cada critério notas 1 (se totalmente adequado), 2 (adequado), 3 (parcialmente adequado) ou 4 (inadequado) (APÊNDICE-H).

Uma das juízas avaliou os critérios sem atribuir notas, contudo ofereceu sugestões relevantes ao aperfeiçoamento do inquérito e estas foram consideradas. Para as demais, os critérios 3 e 5 foram considerados totalmente adequados e os critérios 1, 2, 6 e 7 adequados ou totalmente adequados. O critério 4 foi avaliado como parcialmente adequado pelas duas juízas e o critério 8 recebeu avaliação de adequado por uma juíza e inadequado pela outra.

Conforme as sugestões apresentadas, foram realizadas alterações na formulação de três questões quanto à clareza das perguntas (critério 1) e adequação das opções de respostas (critério 4). Três questões foram suprimidas, sendo duas do critério 2 (clareza das perguntas) e uma do critério 3 (formato das perguntas). Sete foram acrescentadas no critério 8 (suficiência de conteúdo). Foi também sugerida a organização do inquérito CAP por domínios, isto é, conhecimento sobre o Método dos Dias Fixos (Domínio I); atitude sobre o Método dos Dias Fixos (Domínio II); prática sobre o Método dos Dias Fixos (Domínio III); e fatores favoráveis e desfavoráveis à prática do Método dos Dias Fixos (Domínio IV).

Com as alterações sugeridas pelos juízes realizadas, construiu-se a versão final do inquérito CAP, aplicada às participantes do estudo (APÊNDICE-B).

#### ***4.4.1 Inquérito CAP***

O inquérito CAP consiste em um conjunto de questões que visa medir o que uma determinada população sabe, pensa e atua frente a um determinado problema e serve para identificar possíveis caminhos para o desenho de uma intervenção (BRASIL, 2002a). Possui as vantagens de identificar conhecimento, lacunas, crenças culturais, ou padrões de comportamento que facilitam ou dificultam a compreensão e ação de indivíduos acerca de sua saúde e tem como finalidades a definição de prioridades para programas de saúde pública, estima recursos necessários para efetivação de ações sanitárias, seleciona meios efetivos de comunicação e mede resultados de intervenções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Os estudos intitulados “CAP” foram introduzidos nas estratégias preventivas frente à aids, com o propósito de investigar as principais características de uma determinada população no que se refere aos conhecimentos, às atitudes e práticas. São largamente aplicados em todo o mundo e foram desenvolvidos estudos deste tipo junto a adolescentes, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, mulheres de diversos setores e outras (BRASIL, 2002a).

Noções básicas sobre o nível de conhecimento, atitude e prática permitem que estratégias educativas sejam desenvolvidas de forma adequada às necessidades de determinada população, levando a um processo mais eficaz de mudança de comportamento (KALYAPERUMAL, 2004).

As definições de conhecimento, atitude e prática adotados na pesquisa foram baseadas em estudo de Marinho *et al.* (2003), que descrevem:

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 (Destques nossos) (MARINHO, 2003, p. 577-578).

Para avaliação do conhecimento, da atitude e prática das participantes sobre o MDF (APÊNDICE-B), utilizaram-se os itens de avaliação de escalas *likert* apresentadas na Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*) (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008), sendo estas três dimensões avaliadas com base na seguinte estrutura:

– Conhecimento: foi avaliado por meio de sete questões de quatro itens cada, sendo um correto, dois incorretos e um item “não sei”. Cada acerto recebeu um ponto na avaliação. Desta forma, o total de escores variou de 0 a 7. O conhecimento foi avaliado na perspectiva dos seguintes itens: finalidade do uso do MDF; critérios de elegibilidade (indicação); efeitos colaterais; complicações ou riscos à saúde; benefícios; dificuldades; e modo de uso. Portanto, o conhecimento foi avaliado como: nenhum (a participante não obteve nenhum acerto); limitado (a participante obteve de 1 a 2 acertos); moderado (a participante obteve 3 acertos); substancial (a participante obteve de 4 a 5 acertos); e extenso (a participante obteve de 6 a 7 acertos). Para realização do teste de McNemar, considerou-se conhecimento inadequado, as

participantes que obtiveram avaliação nenhum, limitado e moderado; e adequado, as que obtiveram avaliação substancial e extenso.

– Atitude: essa dimensão foi avaliada por meio de seis itens tipo *Likert* com cinco níveis ordinais (concordo plenamente, concordo em parte, não tenho opinião, discordo em parte e discordo plenamente). Os itens referentes à atitude corresponderam ao reconhecimento da importância de se fazer o uso do método. Os itens avaliados foram: importância de iniciar o MDF no primeiro dia da menstruação; período das contas que sinalizam o período infértil ou que a mulher tem pouca chance de engravidar; período das contas que sinalizam os dias férteis ou que a mulher tem elevada chance de engravidar; mulheres que usam o MDF precisam confeccionar um novo colar a cada três meses; o MDF é um método seguro para evitar a gravidez; e o uso do MDF para evitar a gravidez após a intervenção educativa. A opção “concordo plenamente” foi demarcada como atitude favorável ao MDF, exceto, no item 2.4 do inquérito CAP, cuja resposta de atitude favorável foi a opção “discordo plenamente”. Logo, a atitude foi assim avaliada: nunca positiva (a participante demonstrou atitude não favorável em todos os itens); raramente positiva (a participante demonstrou atitude favorável em pelo menos um dos itens); às vezes positiva (a participante demonstrou atitude favorável em pelo menos 2-3 itens); muitas vezes positiva (a participante demonstrou atitude favorável em pelo menos 4 itens); e consistentemente positiva (a participante demonstrou atitude favorável em pelo menos 5-6 itens). Para efetuar o teste de McNemar, considerou-se atitude inadequada, as participantes que obtiveram avaliação nunca positiva, raramente positiva e às vezes positiva; e adequada, as que obtiveram avaliação muitas vezes positiva e consistentemente positiva.

– Prática: foi avaliada através de seis questões de dois itens, exceto a questão 3.4, que possuía três itens. Todas as questões admitiam uma resposta correta, exceto a questão 3.4, que admitia como correta duas respostas (“Sim, mas com preservativo” ou “Não”). Cada acerto recebeu um ponto na avaliação. Desta forma, o total de escores variou de 0 a 6. A prática foi avaliada quanto ao uso correto do método conforme as recomendações de uso estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) iniciar o MDF no primeiro dia da menstruação; não haver necessidade de anotar as características do muco cervical; evitar relações sexuais desprotegidas nos dias férteis ou realizar com o uso de um método de barreira (preservativo); pular as contas que ainda faltam, se a menstruação chegar antes que tenha alcançado a conta indicativa do primeiro dia da menstruação; e se o anel atingir a conta vermelha antes de chegar à menstruação, ele deve permanecer sobre a conta vermelha e aguardar a menstruação

chegar. Portanto, a prática foi avaliada como não adequada (quando a participante deixou de seguir 5-6 recomendações da prática correta; levemente adequada (a participante deixou de seguir quatro recomendações da prática correta); moderadamente adequada (a participante deixou de seguir três recomendações da prática correta); substancialmente adequada (a participante seguiu pelo menos quatro recomendações da prática correta); e totalmente adequada (a participante seguiu 5-6 recomendações da prática correta). Para execução do teste de McNemar, considerou-se prática inadequada, as participantes que obtiveram avaliação não adequada, levemente adequada e moderadamente adequada; e adequada, as que obtiveram avaliação substancialmente adequada e totalmente adequada.

#### **4.5 Coleta de dados**

Antes de iniciar a coleta de dados com as participantes foi realizado um teste piloto com 10 mulheres usuárias da UAPS Maria de Lourdes Jereissati, a fim de avaliar a clareza do instrumento (inquérito CAP). A pesquisadora responsável pelo teste recrutou por conveniência, mulheres que se encontravam nas salas de espera na UAPS. Explicou o objetivo do teste e aquelas que aceitaram participar receberam uma cópia do mesmo para proceder às respostas. Na ocasião, foi solicitado para as participantes que informassem o que elas não entendessem e/ou de que forma poderia ser melhor escrita determinada frase ou palavra, o que foi registrado concomitantemente pela responsável do teste. Após o teste piloto, foram procedidas adequações sugeridas pelas participantes, como: acrescentar o significado de muco cervical (secreção que sai pela vagina), benefícios (pontos positivos); substituir o termo “baixa chance” para “pouca chance”, “eficaz” para “seguro”; excluir o termo “borracha” da expressão “anel de borracha”. As participantes do teste piloto não foram incluídas no estudo.

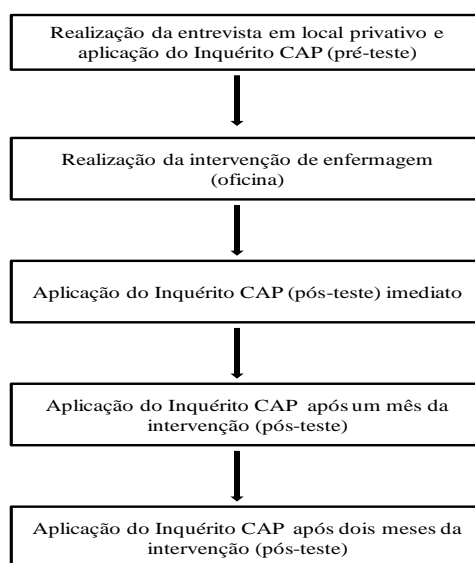
Paralelo ao início da coleta de dados foi divulgado na UAPS que esta estava oferecendo mais uma opção contraceptiva, o MDF. A divulgação do MDF foi realizada pela distribuição de folhetos entre as usuárias e cartazes afixados na unidade, estratégias que foram consideradas como satisfatórias em estudos de Lundgren *et al.* (2012); Bekele e Fantahun (2012); e Blair *et al.* (2007). Vale salientar que os profissionais de saúde desta UAPS não promoviam o MDF e assim se mantiveram ao longo da pesquisa, ou seja, nenhuma intervenção de Enfermagem paralela era oferecida no sentido de promover o uso do MDF, o que causaria viés na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada ao longo de sete meses (junho a dezembro de 2013) pela pesquisadora, com o auxílio de três enfermeiras e uma acadêmica de enfermagem.

Estas colaboradoras foram treinadas pela pesquisadora para que pudessem auxiliar adequadamente na realização das oficinas educativas sobre o MDF (intervenção de Enfermagem).

As cinco etapas da coleta de dados foram esquematizadas no fluxograma a seguir, permitindo melhor visualização.

Figura 2 - Fluxograma ilustrando as etapas que compuseram a coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Na primeira etapa, as mulheres foram abordadas em salas de espera da UAPS, enquanto aguardavam por atendimento. Uma vez atendendo aos critérios de inclusão e aceitando participar da pesquisa, estas eram levadas a um local reservado, climatizado, previamente selecionado para as entrevistas. Na oportunidade, a participante era convidada para participar da segunda etapa da pesquisa (intervenção de Enfermagem – oficina educativa), sendo fornecidas todas as informações pertinentes.

As entrevistas seguiram um formulário contendo perguntas referentes às variáveis: idade, escolaridade, condição de união, renda familiar, número de pessoas na família, número de filhos vivos, prática anticoncepcional prévia e atual, presença de efeitos colaterais com o uso do MAC, tempo de uso do MAC e futuras pretensões de engravidar (APÊNDICE-A). Na sequência, era fornecida a cada participante, uma cópia do inquérito CAP pré-teste para ser respondida (APÊNDICE-B). Em se tratando de participante sem escolaridade, o inquérito era lido e aplicado com o auxílio da pesquisadora.

Concluído o inquérito CAP pré-teste, as mulheres recebiam um cartão-convite (APÊNDICE-I), constando um calendário de 2013 (para orientação da participante sobre o agendamento dos encontros e marcação do primeiro dia da menstruação, quando estivesse utilizando o MDF); informação sobre o número de telefone da pesquisadora para a participante esclarecer eventuais dúvidas; endereços dos locais de realização dos encontros; data e horário do próximo encontro. Nesta ocasião, a pesquisadora registrava endereço, telefone e ponto de referência de cada participante, para contato posterior de convocação para a próxima etapa do estudo (intervenção). As participantes eram informadas de que seriam contactadas mediante ligação telefônica três dias antes da intervenção, sendo ainda lembradas na véspera e no dia da intervenção, através de mensagem no celular. Solicitaram-se as participantes que levassem o cartão-convite para todos os encontros, para a realização dos próximos agendamentos.

A segunda etapa correspondeu à realização da intervenção de Enfermagem, descrita no item 4.6 a seguir, conforme o cronograma agendado previamente com as participantes. A intervenção consistiu em uma oficina, na qual as mulheres recebiam todas as informações necessárias ao uso correto do MDF e tinham a orientação e os materiais para criar o colar de contas, artefato essencial ao uso do método.

A oficina é uma metodologia pedagógica bastante acessível que dinamiza o processo de ensino-aprendizagem e estimula o engajamento criativo de seus integrantes. Proporciona um espaço em que os ideais de transformação e diálogo estão em permanente construção. É uma metodologia de trabalho em grupo, caracterizada pela construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiências, em que o saber não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, como também no processo de construção do conhecimento. Possui a vantagem de acolher indivíduos oriundos dos meios populares, cuja cultura precisa ser valorizada para que se estabeleçam as necessárias articulações entre os saberes populares e os saberes científicos (SANTOS, 2008).

O método de oficina foi escolhido por possibilitar a construção de conhecimento com ênfase na ação, sem perder de vista a base teórica (PAVIANI; FONTANA, 2009). Possibilita aos participantes produzirem e, enquanto produzirem, aprenderem, utilizando os diversos níveis de aprendizado (MAIA, 2008). Possui basicamente duas finalidades: articulação de conceitos, pressupostos e noções com ações concretas, vivenciadas pelo participante ou aprendiz; e vivência e execução de tarefas em equipe, isto é, apropriação ou construção coletiva de saberes (PAVIANI; FONTANA, 2009).



A terceira etapa correspondia ao inquérito CAP pós-teste imediato. Após a realização deste inquérito, era agendado no cartão-convite o próximo encontro. Às participantes que não trouxeram o cartão-convite, foi dado um novo cartão.

A quarta etapa culminava com o acompanhamento das participantes um mês após a intervenção. Este encontro ocorreu de forma presencial e em grupo no mesmo local de realização da intervenção, pois foi uma escolha das participantes mediante votação, uma vez que facilitava o acesso das mesmas pela proximidade do local com seus domicílios. As participantes foram contactadas mediante ligação telefônica três dias antes e, na véspera e no dia da intervenção, foram lembradas, por meio de mensagem no celular. Na ocasião, foi aplicado novamente o inquérito CAP – pós-teste, após um mês de intervenção. Após a realização deste inquérito, foi agendado no cartão-convite o próximo encontro. Às participantes que esqueceram o cartão-convite, foi dado um novo cartão. As participantes do estudo que não compareciam ao encontro eram contactadas novamente, por meio de ligação telefônica para o agendamento de um próximo encontro. E quando se encontravam impossibilitadas de realizá-lo presencialmente, o pós-teste foi realizado por meio de ligação telefônica por uma das auxiliares da pesquisa.

Na quinta etapa, as participantes eram acompanhadas dois meses após a intervenção. Este encontro ocorreu no mesmo local de realização da intervenção. Foram seguidas as mesmas estratégias descritas na quarta etapa do estudo. Na ocasião, foi aplicado novamente o inquérito CAP – pós-teste após dois meses de intervenção.

Decidiu-se pela realização dos inquéritos pós-testes um mês e dois meses após a intervenção de forma presencial, para possibilitar maior troca de experiências sobre o método entre as participantes; avaliar a sua satisfação, modo de uso, facilidades e dificuldades apresentadas; ouvir as opiniões das usuárias sobre o que os seus parceiros achavam sobre o método; bem como possibilitar um maior vínculo entre as participantes e pesquisadora.

Durante a aplicação dos inquéritos CAP pós-teste imediato, um mês e dois meses após a intervenção, as dúvidas apresentadas sobre o preenchimento do inquérito eram esclarecidas pelas auxiliares da pesquisa. Em nenhum momento da aplicação dos inquéritos descritos, a pesquisadora esclareceu dúvidas das participantes, evitando possíveis influências nas respostas das participantes e vieses na pesquisa.

Sobre o acompanhamento das participantes em uso do MDF, o Ministério da Saúde do Brasil determina que o primeiro retorno das usuárias ocorra após três meses e os subsequentes sejam semestrais (BRASIL, 2002b). Todavia, um estudo de revisão realizado por Lundgren, Karra e Yam (2012) descreve que nos casos em que o acompanhamento da

cliente é possível, o retorno pode ser oferecido na forma de uma sessão de aconselhamento após o primeiro ciclo, para verificar a duração do ciclo, confirmar o uso correto e avaliar a satisfação da usuária com o MDF. Outro estudo desenvolvido por Kalaca *et al.* (2005) relata que acompanhar as participantes um mês depois possibilita verificar a sua compreensão e uso correto do MDF.

Portanto, o encontro após um mês tem recomendação em estudos internacionais e representa um período suficiente para que as participantes tenham feito os registros de seus ciclos menstruais e possam iniciar ou não o MDF.

Além dos retornos programados, as participantes foram encorajadas a retornar mediante qualquer necessidade de apoio ou mesmo telefonar para a pesquisadora.

## **4.6 Intervenção de Enfermagem**

### ***4.6.1 Oficinas pedagógicas: referencial teórico metodológico***

A oficina pedagógica é um método de trabalho em grupo caracterizado pela “construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiências”, em que o saber não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, como também no processo de construção do conhecimento. Assim, desenvolve-se uma experiência de ensino e aprendizagem, em que educadores e educandos constroem juntos, o conhecimento, em um “[...] tempo-espço para a vivência, a reflexão, a conceitualização: como síntese do pensar, sentir e atuar. Como ‘o’ lugar para a participação, o aprendizado e a sistematização dos conhecimentos” (CANDAU, 1999, p.23).

A experiência vivenciada nas oficinas tem por base o pensamento de Paulo Freire. Estas constituem espaço de interação e troca de saberes, acontecem por meio de dinâmicas, atividades coletivas e individuais que proporciona ao educando expor conhecimentos sobre a temática em questão e assimilar novos conhecimentos acrescidos pelos educadores (MOITA; ANDRADE, 2012).

A proposta metodológica de oficina pedagógica busca apreender o conhecimento a partir do conjunto de acontecimentos vivenciais no dia a dia, cuja relação teoria – prática constitui o fundamento do processo pedagógico. Assim, o conceito de oficinas aplicado à educação refere-se ao lugar onde se aprende fazendo junto com os outros (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2012).

A oficina, como qualquer ação pedagógica, pressupõe planejamento, assumindo, na execução, características diferenciadas das abordagens centradas no educador e no conhecimento racional apenas. O planejamento prévio caracteriza-se por ser flexível, ajustando-se às situações-problema apresentadas pelos participantes, a partir de seus contextos reais de trabalho (PAVIANI; FONTANA, 2009).

As oficinas são realizadas em momentos didáticos, a saber: inicialmente, tem-se uma dinâmica de acolhida e entrosamento, para facilitar o conhecimento mútuo e a interação entre os participantes. Posteriormente, tem-se a reflexão de um tema específico, de interesse do grupo, que busca refletir a realidade e suas inter-relações com os níveis individual, grupal e coletivo. Assim, utilizam-se músicas, poesias, relatos de vida, desenhos, dramatizações, gravuras, contos, cartazes, fotografias, que falem da vida cotidiana das mulheres, que facilitem a aprendizagem, a troca de saberes e que articule conteúdo, embasamento teórico e metodológico. No decorrer da oficina, os participantes compartilham a própria história de vida, em que este cotidiano é inserido no contexto mais amplo, referindo à realidade local, estadual, nacional e mundial. A oficina é concluída, por meio da avaliação e encerramento dos trabalhos do dia. Portanto, as oficinas pedagógicas possibilitam um processo educativo composto de sensibilização, compreensão, reflexão, análise, ação e avaliação (FIGUEIRÊDO *et al.*, 2012).

#### ***4.6.2 Local de realização da intervenção de Enfermagem***

A intervenção de Enfermagem foi realizada em um local próximo à UAPS Maria de Lourdes Jereissati, denominado Projeto do Bem Estar Comunitário (PBEC). Este é um projeto que busca a capacitação de crianças, adolescentes e jovens da comunidade, possibilitando o bem-estar das famílias. O PBEC também funciona como um espaço de apoio aos profissionais que atendem na UAPS. Neste projeto, existem salas onde são desenvolvidas atividades lúdicas, como artes plásticas, apresentação de vídeos, realização de danças e leitura de livros.

É um ambiente adequado para realização da oficina, pois além de ser próximo da comunidade, é conhecido pelas mulheres e possui ambientes preparados para realização da intervenção. O ambiente onde foi realizada a oficina era amplo, climatizado, reservado, sem ruídos, confortável, possibilitava organização das cadeiras em círculo, de forma que todas pudessem participar ativamente da intervenção educativa.

#### 4.6.3 Descrição da intervenção de Enfermagem

Para a realização da oficina e dos outros encontros que seriam aplicados os inquéritos CAP pós-testes, obteve-se um encontro com o coordenador do projeto com 15 dias de antecedência à realização da oficina, no qual foram descritas todas as atividades que seriam realizadas com as participantes do estudo, número de encontros, datas dos encontros e reforçada a necessidade de um espaço reservado, fixo, no qual seriam realizados todos os encontros.

Uma semana antes do início da oficina com as participantes, foram realizados dois encontros com as auxiliares da pesquisa, tendo como finalidade realizar orientações gerais, apresentar o roteiro da oficina (descrevendo todas as fases que comporiam a oficina e como se daria a participação de cada uma) e entregar blusa personalizada e crachá para serem utilizados durante todos os dias de realização das oficinas educativas.

A oficina educativa foi planejada para acontecer com 10 participantes por grupo, conforme orienta Gueller, Silva e Silveira (2012), totalizando quatro oficinas, abrangendo o quantitativo amostral de 40 participantes. Todavia, em virtude das dificuldades apresentadas pelas participantes para o comparecimento à intervenção de Enfermagem, como doença pessoal, dos filhos e outros parentes; resolução de problemas pessoais; não liberação do emprego; viagens e desinteresse demonstrado por algumas participantes foram realizadas 12 oficinas, com média de 3,91 participantes por oficina, totalizando 47 participantes nesta etapa da pesquisa. Várias estratégias foram realizadas para facilitar e/ou incentivar a participação das mulheres na oficina, como lanches, sorteios de brindes e nova data, caso a mulher não pudesse comparecer ao dia agendado. Cada grupo de mulheres participou de uma oficina educativa sobre o MDF.

Cada oficina teve duração máxima de duas horas, tempo que deve ser controlado com a finalidade de se evitar dispersão, cansaço e desinteresse dos participantes (MAIA, 2008). As oficinas seguiram o seguinte plano:

Quadro 5 - Relação das atividades que compuseram a oficina.

Fase	Atividades	Tempo (em minutos)
1ª	Exercício de apresentação: teia da Amizade.	15
2ª	Exercício de integração: quem sou eu?	15
3ª	Exposição dialogada sobre o tema da oficina com apoio visual de cartaz ilustrativo e o artefato (colar): método anticoncepcional do colar ou	30

	método dos dias fixos.	
4 <sup>a</sup>	Construção do colar de contas, como artefato para o uso do MDF.	35
5 <sup>a</sup>	Apresentação do material (colar de contas) construído pelas participantes.	10
6 <sup>a</sup>	Avaliação da oficina: dinâmica do balão na roda.	15

Fonte: Elaborado pela autora.

Na primeira fase, foi realizado um exercício de apresentação, a fim de favorecer o conhecimento mútuo entre as participantes e facilitadoras da oficina.

As participantes foram dispostas em círculo. A facilitadora tomou nas mãos um novelo (rolo, bola) de cordão ou lã. Em seguida, prendeu a ponta do mesmo em um dos dedos de sua mão. Solicitou para as participantes prestarem atenção na apresentação que ela fazia de si, abordando quem era, de onde vinha, o que fazia e jogou o novelo para uma das participantes à sua frente. Esta apanhou o novelo e, após enrolar a linha em um dos dedos, repetiu o que lembrava sobre a pessoa que havia terminado de se apresentar e que lhe jogou o novelo. Após fazê-lo, essa segunda pessoa se apresentou, dizendo quem era, de onde vinha, o que fazia e assim ocorreu sucessivamente, até que todas do grupo se apresentaram e disseram seus dados pessoais e se conheceram. Como cada uma atirou o novelo adiante, no final houve no interior do círculo uma verdadeira teia de fios que os uniu umas as outras. Ao final do exercício, foi solicitado a algumas participantes que expressassem o que observaram, o que sentiram, o que significava a teia e o que aconteceria se uma delas soltasse seu fio.

Na segunda fase, foi realizado um exercício de integração, a fim de favorecer um melhor relacionamento e integração interpessoal.

A facilitadora explicou que seria afixado às costas de cada participante um papel contendo a gravura de um personagem conhecido (novela/ficção) e que não deveriam pronunciar o nome dos personagens que se encontravam na gravura, pois a participante que a tinha nas costas não poderia sabê-lo. A facilitadora então fixou às costas de cada participante um papel contendo a gravura de um personagem conhecido. Tendo terminado de fixar os papéis em todas as participantes, a facilitadora explicou as regras do exercício: cada participante teve por objetivo descobrir quem era o personagem que estava em suas costas. Para esta descoberta, procurou uma colega do grupo e a ela realizou três perguntas quaisquer sobre o seu personagem. A sua colega somente respondeu com as palavras “sim” ou “não” e nenhuma palavra a mais. Em seguida, inverteram-se as funções e a colega quem realizou as três perguntas. Se com base nas respostas da outra colega, uma das duas descobrisse quem era o personagem inserido em suas costas, informariam à facilitadora e diria o personagem que ela representava naquele momento. Quando não descobriam, a dupla se desfazia e havia

procura por outra colega para reiniciar a sessão de três perguntas cada uma. E assim ocorreu sucessivamente. A dinâmica terminou quando uma boa parte do grupo havia conseguido descobrir "quem era"; quando a dinâmica excedeu o prazo estabelecido; ou quando o entusiasmo do grupo pela dinâmica começou a declinar.

Estudo realizado com 16 adolescentes do sexo feminino e masculino da região Sul de Belo Horizonte, Brasil, no qual foi desenvolvida uma oficina sobre sexualidade, observou que o momento inicial de descontração ou aquecimento é fundamental para o entrosamento do grupo e para dar continuidade às fases seguintes da oficina (AMARAL *et al.*, 2005).

Após esse exercício, foi entregue um crachá e caneta para que cada participante se identificasse e foram orientadas para que ficassem dispostas em um semicírculo.

Na terceira fase, foi realizada a exposição dialogada sobre o uso do MDF. O tempo de exposição dialogada foi fundamentado em Institute for Reproductive Health (2010) e Gribble *et al.* (2008). O Instituto de Saúde Reprodutiva da Universidade de Georgetown relata que o aconselhamento do MDF leva em média de 20-30 minutos, em virtude de o método ser fácil para os prestadores ensinarem e as clientes aprenderem. Gribble *et al.* (2008) descrevem que a quantidade de tempo necessário para aconselhar as novas usuárias do MDF, geralmente, não ultrapassa o que é, em geral, atribuído nas normas do programa para consultas novas de planejamento familiar. Estudos de clientes simulados no Equador descobriram que a quantidade média de tempo para o aconselhamento foi de 20 minutos; estudos semelhantes em Honduras indicaram 25 minutos (GRIBBLE *et al.*, 2008).

Nesse momento, foi utilizado um cartaz ilustrativo com as informações sobre o MDF para uso como apoio do facilitador (APÊNDICE-C), informe contendo o mesmo conteúdo do cartaz para cada uma das participantes e um colar de contas para demonstração do método. Foi entregue para cada participante um folheto educativo, pois se encontrou mediante revisão integrativa que o uso de folhetos melhora o conhecimento de mulheres e deve ser utilizado nos serviços que assistem mulheres quanto ao planejamento familiar (SMITH; WHITFIELD, 1995; LITTLE *et al.*, 1998).

Nessa fase, aconteceu uma reflexão sobre o tema da oficina: método anticoncepcional do colar ou método dos dias fixos. Foi realizada uma exposição dialogada com apoio visual do cartaz ilustrativo e do artefato do colar, sobre definição do MDF, características do método, critérios para sua utilização, eficácia para concepção e anticoncepção e modo de uso acompanhado do artefato, o colar. Estes recursos, segundo Figueirêdo *et al.* (2012), facilitam a aprendizagem, a troca de saberes e articulam o conteúdo exposto.

Na quarta fase, foi realizada a construção do colar de contas por cada participante em pequenos grupos.

O colar de contas é um elemento essencial para o ensino e uso do MDF (GRIBBLE, 2003).

Cada participante recebeu um kit contendo contas em forma de gota de diversas cores (marrom, bege, rósea, branca, verde, vermelha, amarela e laranja) para personalizar o seu colar, seguindo o modelo original do colar (BRASIL, 2010); conta de cores variadas em formato diferenciado para finalizar o colar; anel flexível e resistente; fio de nylon; tesoura; presilha e alicata (APÊNDICE-D). Cada mulher recebeu em seu kit três opções de cores para personalizar o seu colar. A composição do kit para construção do colar foi realizada conforme assessoria de uma profissional artesã. Cada colar de contas teve um custo de R\$ 5,40.

Após a exposição, as participantes foram divididas em pequenos grupos. Conforme Gueller, Silva e Silveira (2012), as atividades realizadas em pequenos grupos possibilita que todos os participantes recebam auxílio e facilita o aprendizado.

Para cada participante foi entregue um kit de materiais para construção do colar. Foi informado o tempo que elas possuíam para construção do colar, a facilitadora juntamente com as auxiliares demonstraram-se sempre acessíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida. Durante esta fase, a facilitadora passou em cada grupo para observar como se encontrava o desenvolvimento da atividade proposta e observou se as participantes estavam trabalhando de forma integrada e compreenderam as características da construção do colar.

Na quinta fase, foi apresentado o material (colar de contas) construído pelas participantes.

Foi solicitado às participantes que ficassem dispostas em meio círculo, utilizando o seu colar de contas, ocasião na qual a facilitadora tomou uma foto do grupo e individualmente. Em seguida, cada participante de posse do seu colar apontou quais as contas representavam os dias férteis e inférteis.

Foi informado às participantes que seria entregue no próximo encontro (um mês após), como lembrança da oficina, uma cópia da foto individual retirada na oficina.

Na sexta fase, foi realizada a avaliação da oficina sobre o MDF, utilizando como estratégia o exercício do balão na roda.

Foi distribuído um pedaço pequeno de papel e uma caneta para cada participante, solicitando-as que as mesmas escrevessem o que acharam da oficina e classificasse-a em excelente/ótima/boa/regular/péssima. Quando alguma não quis escrever, recebeu ajuda de uma das enfermeiras que estavam auxiliando a pesquisadora na oficina. Foi dado um balão

colorido para cada participante (deixando que as mesmas escolhessem a cor), pedindo que fosse colocado dentro do balão o pequeno papel dobrado com a avaliação da oficina. Solicitou às participantes que enchessem o balão e que fosse dado um nó na ponta. Após todas encherem, foi pedido que todas jogassem os balões para cima, ao som de música animada, de maneira que todas tocassem, avisando-as de que nenhum balão poderia cair no chão. Após este momento de descontração, foi solicitado a cada participante que pegasse um balão de cor diferente do seu. Foi trocada a música, colocando uma música suave e solicitou ao grupo que ficassem dispostas novamente em círculo. Neste momento, foi pedido às participantes que estourassem o balão e foi solicitado aleatoriamente que realizasse a leitura da avaliação da colega, promovendo uma reflexão no grupo.

As participantes avaliaram as oficinas como excelente, ótima ou boa. Nenhuma participante avaliou como regular ou péssima.

Após este momento, foi encerrada a oficina, agradecendo a presença e o trabalho do grupo e foi oferecido um lanche para as participantes.

Esperava-se que, ao final da intervenção de enfermagem, as participantes fossem capazes de:

- Reconhecer o método do colar ou método dos dias fixos como um método anticoncepcional;
- Explicar em que consiste o MDF;
- Citar características do método e critérios para sua utilização;
- Informar a eficácia do MDF para concepção e anticoncepção;
- Descrever o modo de uso do método acompanhado do artefato do colar.

Esses indicadores de resultado sobre o conhecimento foram avaliados imediatamente após a intervenção, pelo inquérito CAP.

A intervenção de Enfermagem foi descrita em várias fases apenas por uma questão didática, mas esta foi desenvolvida em um único encontro. Optou-se pela oficina, pois segundo Maffaccioli e Lopes (2005) a educação em saúde, conduzida por meio de trabalho com grupos, possibilita um enriquecimento das discussões e uma expansão de conhecimentos, viabilizando sentimentos de inclusão, equidade e valorização, pois as participantes se identificam entre si e desenvolvem um fortalecimento entre as relações humanas que, posteriormente, se transformam em aprendizado.



#### 4.7 Organização dos dados para análise

Os dados referentes às entrevistas e aos inquéritos CAP foram digitados no *Excel* versão 10 e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0.

Os dados das entrevistas receberam análise estatística descritiva. O teste não-paramétrico de Fisher foi utilizado para análise de associação entre variáveis categóricas; testes não-paramétricos de Kuskal Wallis e Mann-Whitney foram aplicados para comparação de variáveis quantitativas.

Para análise da correlação entre duas variáveis quantitativas, foi utilizada a correlação de Spearman ( $r_s$ ). Realizou-se o teste de Cochran para comparar conhecimento, atitude e prática das participantes antes e após a intervenção (imediatamente, um mês e dois meses após). Utilizou-se o teste de McNemar para correção do nível de significância para comparar 2 a 2 com nível de significância corrigido para 0,008 pelo Método de Bonferroni. Foram consideradas estatisticamente significantes as análises inferenciais cujo valor de p foi < 0,05.

#### 4.8 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto obteve parecer favorável sob o protocolo nº 237.127 (ANEXO-B).

Cada participante foi informada quanto aos objetivos, à justificativa e aos procedimentos da pesquisa, desconfortos e benefícios à sua saúde, à liberdade de solicitar qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, ao livre arbítrio de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo a sua consulta. As participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE-E).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram agrupados em quatro tópicos: caracterização das participantes; perfil reprodutivo, prática contraceptiva e pretensão de engravidar; conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre o MDF antes e depois da intervenção de enfermagem (imediatamente, após um e dois meses); e fatores favoráveis e desfavoráveis à prática do Método dos Dias Fixos.

### 5.1 Caracterização das participantes

Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. Fortaleza-CE, jun./dez., 2013.

Variáveis (n= 102)	n	%
<b>Idade (em anos)</b> $\bar{x} = 26,98$ ; DP = $\pm 6,96$		
18 – 19	19	18,7
20 – 39	77	75,4
40 – 47	6	5,9
<b>Renda familiar (em salários mínimos)</b> $\bar{x} = 1073,11$ ; DP = $\pm 721,05$		
Até 1/2	10	9,8
> 1/2 – 1	33	32,3
> 1 – 2	38	37,2
> 2 – 3	14	13,8
> 3 – 4	5	4,9
> 4 < 8	2	2,0
<b>Número de pessoas na família</b> $\bar{x} = 4,12$ ; DP = $\pm 1,98$		
2-4	67	65,7
5-8	31	30,3
9-13	4	4,0
<b>Condição de união</b>		
Com companheiro fixo	79	77,5
Com companheiro eventual	18	17,6
Ambos	3	2,9
Sem companheiro	2	2,0
<b>Escolaridade</b> $\bar{x} = 9,10$ ; DP = $\pm 2,63$		
Ensino Fundamental (Incompleto – n= 25; Completo – n= 9)	34	33,3
Ensino Médio (Incompleto – n= 22; Completo – n= 41)	63	61,8
Superior (Incompleto – n= 3; Completo – n= 2)	5	4,9

Fonte: Elaborado pela autora.

A idade das mulheres entrevistadas variou de 18 a 47 anos, com média de  $26,98 \pm 6,96$  anos. Delineia-se o perfil dominante como sendo de um grupo constituído por jovens e adultas (20-39 anos), correspondendo a 77 (75,4%). Observou-se, também, significativa porcentagem de participantes adolescentes, ou seja, 19 (18,7%).

Bekele e Fantahun (2012), em estudo que teve como objetivo descrever a introdução do MDF em quatro áreas operacionais da Etiópia, afirmaram que as 184 usuárias

do MDF apresentaram média de idade de  $29,47 \pm 6,05$  anos. Outro estudo realizado por Blair *et al.* (2007), tendo como finalidade descrever a introdução do MDF em Ruanda, referiram que as 121 usuárias do MDF entrevistadas tinham idade média de 30,8 anos. Arévalo, Jennings e Sinai (2002), em estudo multicêntrico, prospectivo, não randomizado, envolvendo 478 mulheres residentes na Bolívia, Peru e Filipinas, tendo como objetivo testar a eficácia do MDF em uma população heterogênea, apresentaram que a idade média das participantes foi de 29,4 anos.

No presente estudo, bem como nos estudos citados, as médias de idade das participantes foram semelhantes, correspondendo à faixa etária reprodutiva por excelência. Esse achado pode corresponder às amostras intencionais (como foi a amostra do presente estudo), uma vez que os objetivos foram de introduzir o MDF, de interesse, pois, às mulheres em idade fértil.

Para alguns autores, a idade pode influenciar a prática do MDF, uma vez que as mulheres com menos de 25 anos de idade estão no auge da sua fertilidade e têm relações sexuais com mais frequência do que as mulheres de maior idade (SINAI; ARÉVALO, 2006). Todavia, em estudo realizado com 928 participantes, sendo 478 usuárias do MDF e 450 usuárias do Método dos Dois Dias, encontrou-se que as mulheres mais jovens, apesar de, em geral, terem mais relações sexuais, cumpriram melhor com as instruções do seu método do que mulheres de maior idade. Estas adaptaram rapidamente seu comportamento sexual para atender à exigência do método de não ter relações sexuais desprotegidas nos dias férteis e foram capazes de usar o MDF corretamente, apesar de sua maior frequência de relação sexual e maior fertilidade. Logo, as mulheres no auge de sua fertilidade podem utilizar o MDF de modo correto e eficaz (SINAI; ARÉVALO, 2006).

Ampliando a discussão, em estudo de intervenção realizado na Índia, no Peru e em Ruanda, com 1710, 1300 e 600 mulheres, respectivamente, observaram por meio de análise multivariada que mulheres com maior idade e menor escolaridade tinham menos probabilidade de conhecer ou estar ciente sobre o MDF do que suas colegas mais jovens e com mais escolaridade (LUNDGREN *et al.* (2012).

No presente estudo, a idade das mulheres apresentou associação estatística significativa com a atitude positiva no pré-teste, em seu item “o MDF é um método seguro para evitar a gravidez” ( $p= 0,017$ ), ou seja, a atitude positiva enfocando esse item aumenta na medida em que aumenta a idade das mulheres. Não se observou associação entre idade e conhecimento ou entre idade e prática no pré-teste; também não foi encontrada associação entre idade e CAP em todos os pós-testes sobre o MDF, resultados que enfatizam que a

promoção do método ocorra com a mesma ênfase, independente de se tratar de mulheres jovens ou de mulheres com mais idade.

Com relação à renda familiar, houve variação entre “até ½ salário” a “menos de oito salários mínimos”, sendo a menor renda encontrada de R\$ 100,00 e a maior de R\$ 5.000,00. Obteve-se uma média de R\$ 1.073,11 ± 721,05, preponderando a renda entre “mais de um e menos de dois salários mínimos”. O salário mínimo vigente no período do estudo era de R\$ 678,00. Nesse contexto, o número de pessoas na família variou de dois a 13, com média de 4,12 ± 1,98 pessoas. Observou-se, portanto, uma renda média *per capita* de R\$ 260,46, o que permite inferir tratar-se de um grupo de condição socioeconômica desfavorável.

Esse resultado era esperado, uma vez que o cenário do estudo correspondeu à unidade básica de saúde do SUS, para a qual recorrem usuários de condição socioeconômica menos favorável que, inclusive, é o foco de atenção da ESF. De acordo com o Censo Demográfico (2010), em Fortaleza, a média da renda *per capita* foi de R\$ 701,00 reais, ou seja, bem superior ao encontrado no presente estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Todavia, a renda *per capita* foi semelhante à observada na PNDS - 2006, pesquisa realizada nos domicílios brasileiros, com pelo menos uma mulher de 15 a 49 anos, quando observou que a renda *per capita* na região Nordeste foi de 230,40 ± 19,62 (BRASIL, 2009).

A clientela deste estudo caracterizou-se por possuir um baixo poder aquisitivo. Segundo Sinai *et al.* (2006), o baixo poder aquisitivo pode ser um fator motivador para o uso dos Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade, nos quais se inclui o MDF, porque o custo de criação de uma criança é maior e o acesso aos MAC convencionais é limitado. De acordo com Gribble, Jennings e Nikula (2004), outro fator contribuinte é o baixo custo do MDF, de aproximadamente U\$ 1,50 a fabricação, e sua vida útil esperada é de mais de dois anos, para um custo anual de bem menos de U\$ 0,75. Remetendo para a realidade brasileira, o custo unitário seria de aproximadamente R\$ 3,00. No presente estudo, cada colar de contas teve um custo de R\$ 5,40.

Tem-se, portanto, que o MDF apresenta custo relativamente baixo comparado a outros métodos. Um colar de contas fornece o equivalente a dois anos de proteção em comparação com 240 preservativos, 30 cartelas de AOC ou oito injetáveis exclusivo de progestágeno (GRIBBLE *et al.*, 2008). Como o método não precisa ser reabastecido e não necessita de critérios especiais de armazenamento, contribui para a segurança contraceptiva porque está sempre acessível à usuária, enquanto a promoção de outros métodos anticoncepcionais exige sistemas de logística para tornar o método disponível. Logo, observa-

se que a promoção do MDF parece ser atrativa aos casais que vivem em condições de baixa renda.

Relacionando-se a renda familiar com a prática do MDF, tem-se que o estresse associado à pobreza pode ser um fator de uso incorreto do método, quando esforços e energia precisam ser voltados para problemas de sobrevivência diária (SINAI *et al.*, 2006).

Quanto à condição de união, 79 (77,5%) mulheres se relacionavam com companheiro fixo e 18 (17,6%) tinham parceiros eventuais. Este achado encontra-se consoante ao encontrado na PNDS – 2006, que observou que 64,1% das mulheres brasileiras declararam-se em união (casadas ou em união consensual) (BRASIL, 2009).

Resultados semelhantes também foram observados em estudo realizado por Bekele e Fantahun (2012) com 184 mulheres usuárias do MDF, das quais 172 (93,5%) eram casadas. Blair *et al.* (2007), em estudo realizado em Ruanda, com 121 mulheres, observaram que 120 (99,2%) eram casadas ou estavam em união. Outro estudo realizado no continente Asiático com 132 mulheres turcas usuárias do MDF encontrou que todas as mulheres eram casadas ou estavam em união (KALACA *et al.*, 2005).

A condição de união é um fator relevante a ser considerado no aconselhamento sobre o MDF, sobre o que se destaca as 18 (17,6%) mulheres com parceiros eventuais identificadas no presente estudo. De acordo com o Institute for Reproductive Health (2010), este fato deve ser considerado na promoção do método, pois o MDF não protege as usuárias contra as DST, incluindo o HIV, por isso se destina aos casais monogâmicos. No sentido de se evitar barreiras ao MDF, acrescenta-se a esta assertiva feita pelo Institute for Reproductive Health (2010), que quando usado fora de um relacionamento monogâmico, o MDF deve ser acompanhado do uso de preservativo.

Uma melhor prática do MDF pode ser obtida pelas usuárias quando o parceiro está envolvido no uso do método. Bekele e Fantahun (2012), em estudo com 184 usuárias do MDF, observaram que 76,4% das participantes tinham o envolvimento do parceiro. Das 113 mulheres cujos parceiros estavam envolvidos, 52 (46,0%) lembravam as suas esposas para mover o anel preto do colar de contas, 30 (26,6%) recordavam suas parceiras sobre os dias férteis e 28 (24,8%) foram responsáveis por movimentar o anel preto todos os dias; 10 (8,9%) parceiros colaboraram evitando relações sexuais desprotegidas, enquanto dois (1,8%) registraram a data que a menstruação começou. Logo, a promoção do MDF ao casal parece ser vantajosa para o uso correto do método.

No presente estudo, a condição de união foi uma das variáveis que mais apresentou associação estatística com o CAP das participantes, principalmente no que

concerne à prática. No pré-teste, identificou-se associação estatisticamente significativa entre condição de união e a atitude do MDF, no que diz respeito ao item: “as mulheres que usam o MDF não precisam confeccionar um novo colar a cada três meses” ( $p= 0,005$ ).

No pós-teste dois meses, verificou-se associação estatisticamente significativa entre condição de união e conhecimento do MDF quanto aos itens “o método não causa efeitos colaterais ou queixas de saúde em quem usa” ( $p= 0,002$ ); e “ter dificuldades relacionadas ao uso do MDF” ( $p= 0,015$ ). Também, associação entre condição de união e prática do MDF quanto aos itens “pular as contas que ainda faltam, se a menstruação tiver alcançado a conta indicativa do primeiro dia da menstruação” ( $p= 0,024$ ); e “permanecer com o anel sobre a conta vermelha e aguardar a menstruação chegar, se o anel atingir a conta vermelha antes da menstruação” ( $p= 0,004$ ).

Quanto à escolaridade, esta variou do ensino fundamental incompleto ao ensino superior completo, predominando o ensino médio entre 63 (61,8%) participantes. A média de anos de estudo foi de  $9,10 \pm 2,63$  anos. Resultados semelhantes foram encontrados na PNDS - 2006, quando 50% superaram os oito anos de estudos, indicando terem, no mínimo, o ensino fundamental completo. A média de anos de estudo foi igual a 8,7 anos para mulheres brasileiras que viviam em áreas urbanas (BRASIL, 2009).

Sinai, Lundgren e Grible (2012), utilizando dados de um estudo de eficácia do MDF realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2002) que acompanhou 478 mulheres oriundas de cinco locais diferentes quanto à economia e cultura (Bolívia, Peru e Filipinas) e dados de 14 estudos pilotos de introdução do MDF realizado por Gribble *et al.* (2008), oriundos de (Benin, Equador, Honduras, El Salvador, Filipinas e Índia), no qual participaram 1.646 mulheres, afirmaram que mais de 90% das participantes que vieram do estudo de eficácia completaram o ensino primário (correspondente ao ensino fundamental brasileiro) e a maioria era alfabetizada, mas 51% das participantes em um dos locais indianos nunca havia frequentado a escola. Outro estudo realizado por Sinai e Arévalo (2006) utilizou dados de um estudo de eficácia do MDF e de um ensaio clínico do MDD e obteve a participação de 928 mulheres, sendo 478 usuárias do MDF e 450 usuárias do MDD. Mais de 90% das mulheres completaram a educação primária e muitas eram alfabetizadas.

Essa diversidade de escolaridade nos grupos pesquisados reforça a ideia de que o MDF deve ser promovido independente da escolaridade da clientela. Contudo, as mulheres e/ou casais com maior escolaridade certamente terão maior facilidade para apreender o CAP favorável ao MDF. Como no presente estudo, a escolaridade do grupo pesquisado se sobressai

à escolaridade das mulheres dos demais estudos citados, isto significa que a clientela da unidade básica do SUS Fortaleza certamente se beneficiará melhor da promoção do MDF.

Associando-se a escolaridade ao CAP, estudo realizado por Lundgren *et al.* (2012) encontrou que mulheres alfabetizadas tinham 1,5-3 vezes mais chances de ter ouvido falar do MDF. Outro estudo realizado por Lundgren *et al.* (2005), em El Salvador, observou que a escolaridade teve efeitos significativos sobre o conhecimento contraceptivo. Os entrevistados com maior níveis de escolaridade eram mais propensos a saber quando as mulheres estão férteis ao longo do ciclo menstrual.

No presente estudo, a escolaridade foi a variável que mais influenciou o CAP das participantes. No pré-teste, a escolaridade apresentou associação estatística significativa com o conhecimento sobre as dificuldades relacionadas ao uso do MDF ( $p < 0,001$ ). No pós-teste imediato, a escolaridade apresentou associação com o conhecimento sobre os benefícios do MDF ( $p = 0,035$ ); as dificuldades relacionadas ao uso do MDF ( $p = 0,026$ ); e o modo como se utiliza o MDF ( $p = 0,040$ ). No pós-teste com um mês, a escolaridade apresentou associação estatística com o conhecimento das participantes quanto à finalidade do MDF ( $p = 0,041$ ); e os efeitos colaterais ( $p = 0,035$ ). No pós-teste com dois meses, a escolaridade apresentou associação com o conhecimento no item “o MDF não causa efeitos colaterais nas usuárias” ( $p = 0,020$ ).

A atitude favorável das mulheres ao MDF também foi influenciada pela escolaridade. No pré-teste, a escolaridade apresentou associação estatística com a atitude nos itens “a mulher inicia o MDF no primeiro dia da menstruação” ( $p = 0,019$ ); “eficácia/segurança do método” ( $p = 0,016$ ); e intenção de usar o MDF após a intervenção educativa ( $p = 0,020$ ). No pós-teste imediato, a escolaridade apresentou associação com a atitude no item relativo ao “período das contas que sinalizam os dias férteis” ( $p = 0,023$ ).

A prática após um mês da intervenção foi influenciada pela escolaridade, guardando associação estatística com “não há necessidade de anotar em um formulário as características do muco cervical durante o uso do MDF” ( $p = 0,014$ ).

Uma maior atenção deve ser dirigida às mulheres de menor escolaridade na promoção do MDF, pois a aquisição de conhecimentos para atitude e prática adequadas é influenciada por este fator. Tem-se que quanto maior a escolaridade, maior o conhecimento obtido e, conseqüentemente, atitude mais favorável e prática mais adequada do método. Destaca-se que durante a intervenção e aplicação dos inquéritos, as mulheres de menor escolaridade exigiram maior dedicação e tempo por parte da pesquisadora, tendo-se que repetir as informações mais vezes que entre as participantes de maior escolaridade.

Todavia, é importante ressaltar que o MDF pode ser utilizado por mulheres de menor escolaridade. Instituições renomadas afirmam que mulheres de qualquer escolaridade podem utilizar os MBPF, desde que sejam bem orientadas e acompanhadas por profissional de saúde treinado (ORGANIZAÇÃO MUNDAL DE SAÚDE, 2007).

## 5.2 Perfil reprodutivo, prática contraceptiva e pretensão de engravidar das participantes da pesquisa

Tabela 2 - Distribuição do número de mulheres, de acordo com o perfil reprodutivo, prática contraceptiva e pretensão de engravidar. Fortaleza-CE, jun./dez., 2013.

Variáveis (n= 102)	n	%
<b>N de filhos</b> $\bar{x} = 1,52$ ; DP = $\pm 1,51$		
Nenhum	24	23,5
1	39	38,2
2	22	21,6
3-5	15	14,7
6-9	2	2,0
<b>Uso prévio de MAC</b>		
Sim	100	100
<b>MAC utilizados anteriormente</b>		
Anticoncepcional Oral Combinado	78	76,4
Preservativo	37	36,2
Anticoncepcional Injetável Combinado	28	27,4
Anticoncepcional Injetável Exclusivo de Progestágeno	3	2,9
Método de Ogino-Knaus	3	2,9
DIU de Cobre	2	2,0
Coito Interrompido	2	2,0
Pílula Exclusiva de Progestágeno	1	1,0
Adesivo	1	1,0
<b>Presença de efeitos colaterais com o uso dos MAC</b>		
Sim	63	61,8
Não	39	38,2
<b>Uso de MAC no período da pesquisa</b>		
Sim	75	73,5
Não	27	26,5
<b>MAC em uso</b>		
Anticoncepcional Oral Combinado	23	22,5
Anticoncepcional Injetável Combinado	22	21,5
Preservativo	21	20,5
Coito Interrompido	5	4,9
Anticoncepcional Injetável Exclusivo de Progestágeno	3	2,9
Método de Ogino-Knaus	2	2,0
DIU de Cobre	1	1,0
Adesivo	1	1,0
<b>Tempo de uso</b>		
≤ 6 meses	17	16,6
> 6 meses a 1 ano	7	6,9
> 1 ano a 3 anos	16	15,7
> 3 anos a 5 anos	11	10,8
> cinco anos	24	23,5
<b>Quanto à pretensão de engravidar</b>		
Não tem nenhum desejo	70	68,6
Tem um pequeno desejo	15	14,7



Não sei ou não tenho opinião	1	1,0
Tem grande desejo	10	9,8
Tem enorme desejo	6	5,9

Fonte: Elaborado pela autora.

O número de filhos das participantes variou de nenhum a nove filhos, com média de  $1,52 \pm 1,51$  filhos. Observou-se predomínio do número de mulheres que possuíam um filho, 39 (38,2%), seguidas daquelas sem filho, 24 (23,5%).

O declínio da fecundidade é uma tendência entre as mulheres brasileiras, tendo a média de filhos por mulher decaído de 2,5, em 1996, para 1,8, em 2006, realidade demarcada majoritariamente pelas mulheres com rendas mais favoráveis (BRASIL, 2009). De acordo com a mesma fonte, 12,6% das mulheres pesquisadas não possuíam filhos. O aumento do número de casais sem filhos é um fenômeno mundial cada vez mais frequente e que caminha com o adiamento da primeira gestação (CAIN, 2002; BARROS; ALVES; CAVENAGHI, 2008; ROSERO-BIXBY; MARTIN; GARCIA, 2008).

Bekele e Fantahun (2012), em estudo realizado na Etiópia, com 184 usuárias do MDF, observaram uma média de 3,2 filhos por mulher. Blair *et al.* (2007), em Ruanda, encontraram uma média de 3,4 filhos das mulheres entrevistadas no estudo. Na Turquia, Kalaca *et al.* (2005) encontraram média de 2,36 filhos entre 132 usuárias do MDF.

No presente estudo, o número de filhos apresentou associação com o conhecimento no pré-teste, especificamente sobre os benefícios do MDF ( $p= 0,026$ ), ou seja, as mulheres com maior número de filhos apresentaram conhecimento mais elevado sobre este item quando comparadas àquelas sem filhos ou com menos filhos.

Quanto ao uso de MAC, todas as participantes referiram uso prévio. O AOC (78; 76,4%) e o preservativo masculino (37; 36,2%) foram os mais citados. Efeitos colaterais decorrentes do uso de MAC prévios foram referidos por 63 (61,8%) participantes.

Ao longo da pesquisa, 27 (26,5%) participantes não utilizavam MAC e dentre as que utilizavam, o tempo de uso variou de menos de seis meses até mais de cinco anos, sendo este último o tempo predominante entre as participantes do estudo, representado por 24 (23,5%) mulheres. Os anticoncepcionais hormonais combinados (oral e injetável) eram os mais usados, citados por 23 (22,5%) e 22 (21,5%) mulheres, respectivamente. Três mulheres utilizavam mais de um MAC, como AOC e preservativo; ou injetável e preservativo, realizando a dupla proteção, o que justifica o número de 78 mulheres e não 75 utilizando MAC atualmente.

O amplo uso do AOC, do injetável combinado e do preservativo masculino entre as usuárias deve-se, em parte, à sua maior oferta nos serviços de saúde e, por outro lado, são métodos que não exigem da usuária um conhecimento mais aprofundado da sua anatomia e fisiologia. Baixo percentual de usuárias de métodos comportamentais (7; 6,9%) foi encontrado.

Estudo desenvolvido entre mulheres com 15 a 49 anos, no Brasil, encontrou resultados semelhantes, em que 18,4% dos sujeitos da pesquisa não utilizavam MAC. Todavia, o percentual de mulheres que usavam algum método era elevado, alcançando mais de 80% entre as que se declararam unidas. Um significativo percentual de mulheres regulava a fecundidade utilizando métodos anticoncepcionais, sendo que 27,4% utilizavam a pílula; 25,9% eram esterelizadas; 13,0% utilizavam preservativos; 7,0% utilizavam (DIU, diafragma, injeção e outros); somente 3,1% referiram usar métodos comportamentais, sendo o coito interrompido (2,1%); e abstinência periódica (1,0%). Nenhuma mulher fez referência ao uso do MDF (BRASIL, 2009).

Os AOC são os MAC mais usados em todo o mundo (BENSYL *et al.*, 2005). As mulheres raramente interrompem o uso de AOC, porque querem mudar para um MBPF (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2009). No entanto, efeitos colaterais ou problemas maiores de saúde são frequentemente citados como razão para a interrupção dos contraceptivos hormonais (LEITE; GUPTA, 2007).

Observou-se no presente estudo que antes da intervenção, três mulheres utilizavam AOC; sete eram usuárias de injetáveis; oito não utilizavam nenhum método; e 13 eram usuárias de preservativos, DIU de cobre, adesivo e outros métodos comportamentais (abstinência periódica ou CI) e passaram a utilizar o MDF.

Portanto, esses resultados confirmam a literatura no que concerne à ínfima interrupção do uso do AOC para iniciar o uso de um MBPF, como o MDF. Todavia, observou-se parcela significativa de mulheres que utilizavam outros métodos convencionais e modificaram de forma consciente sua opção de escolha para o MDF. Resultados divergentes foram encontrados em estudo realizado por Blair *et al.* (2007), em Ruanda, com 121 mulheres, quando observaram que praticamente nenhuma mulher estava usando outro método no momento em que optou por utilizar o MDF.

O Ministério da Saúde do Brasil orienta que a assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de MAC aprovados para uso no Brasil, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações, implicações de uso, garantindo à mulher,

ao homem e/ou casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte (BRASIL, 2002b).

A Constituição do Brasil de 1988 assegura que homens e mulheres tenham direito ao uso do MAC e que o Estado tem a obrigação de fornecê-los. Todavia, os achados encontrados no presente estudo demonstram que, na prática, o PF se apoia quase que exclusivamente em três métodos observados, os AOC, injetáveis combinados e preservativos, sendo restrito o acesso aos outros MAC devido a real carência de insumos, como também devido a mitos e barreiras profissionais (BRASIL, 2002b).

Logo, a promoção do MDF pode ser de interesse para os casais que não estão usando qualquer método, aqueles que dependem apenas de métodos tradicionais, aqueles incapazes de tolerar métodos modernos por razões médicas ou aqueles que estão insatisfeitos com o seu método atual (UJUJU *et al.*, 2011).

Estudos concordam e outros divergem dos resultados da presente pesquisa. Resultados divergentes foram observados em estudo realizado por Lundgren *et al.* (2012), com 1.710 mulheres da Índia, 1.300 mulheres do Peru e 600 mulheres de Ruanda. Encontrou-se que em um Estado da Índia, com uma população de 27 milhões, apenas 31% das mulheres casadas em idade reprodutiva utilizavam algum MAC (INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES, 2007). Entre os três países incluídos neste estudo, o Peru tinha a maior taxa de prevalência contraceptiva. Dos 70% de contracepção em mulheres casadas em idade reprodutiva, 48% usavam um método moderno, as demais utilizam métodos tradicionais, principalmente a abstinência periódica (MACRO INTERNATIONAL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA, 2007). Outro estudo realizado em dois Estados da Nigéria (Katsina e Enugu) com 57 usuárias do MDF observou que as usuárias haviam utilizado no passado pílulas, injetáveis, preservativos, entre outros MAC e parte das usuárias do Estado de Enugu, afirmaram que não tinham usado qualquer método no passado (UJUJU *et al.*, 2011).

Kalaca *et al.* (2005), em estudo com 132 mulheres turcas usuárias do MDF, observaram predominância do MAC comportamental anteriormente utilizado pelas participantes, o coito interrompido. Este método é o mais comumente utilizado pelas mulheres turcas: “sempre uso: 88,6%” e “uso corrente: 76,5”. Antes de utilizar o MDF, três (2,3%) mulheres não utilizavam nenhum método.

No presente estudo, encontrou-se associação estatística entre ser usuária de MAC com o CAP das participantes sobre o MDF.

No pós-teste imediato, observou-se associação estatisticamente significativa entre usar MAC e a variável do conhecimento - “qualquer mulher pode usar o MDF” ( $p= 0,0024$ ). No pós-teste dois meses, encontrou-se associação entre usar MAC e a variável do conhecimento - o MDF não causa efeitos colaterais em quem usa ( $p= 0,015$ ).

No domínio atitude, verificou-se associação entre usar MAC e as atitudes no pós-teste dois meses – “as mulheres que usam o MDF não precisam confeccionar um novo colar a cada três meses” ( $p= 0,031$ ); e “o MDF é um método seguro para evitar a gravidez” ( $p= 0,018$ ).

Quanto à pretensão de engravidar, 70 (68,6%) mulheres não tinham esse desejo, enquanto 16 (15,7%) o manifestaram. Neste sentido, destaca-se que o MDF como um MBPF pode ser utilizado tanto para contracepção quanto para concepção. Assim, a promoção do MDF pode ser dirigida também para as mulheres com o desejo de conceber, facilitando a usuária a identificar seu período fértil.

### 5.3 Conhecimento, Atitude e Prática das mulheres sobre o MDF antes e depois da intervenção de Enfermagem

Na primeira etapa da pesquisa, toda a população do estudo compôs a amostra, entretanto, nas etapas subsequentes, houve diminuição do número de participantes, por ocorrência de doença pessoal, dos filhos e outros parentes; resolução de problemas pessoais; não liberação do emprego; viagens e desinteresse demonstrado por algumas participantes ou outros motivos que levaram à descontinuidade.

Deste modo, 102 mulheres participaram da entrevista e do inquérito CAP pré-teste; 47 mulheres participaram da intervenção de Enfermagem; 47 mulheres participaram do inquérito CAP pós-teste imediato; 30 mulheres participaram do inquérito CAP pós-teste um mês; e 27 mulheres participaram do inquérito CAP pós-teste dois meses.

A Tabela 3, a seguir, refere-se aos inquéritos CAP realizados na pesquisa.

Tabela 3 - Distribuição do número de mulheres, segundo o nível de conhecimento, atitude e prática sobre o MDF, antes da intervenção, imediatamente, um mês e dois meses após a intervenção. Fortaleza-CE, jun./dez., 2013.

Variáveis (Respostas adequadas)	Antes da intervenção (n= 102)		Imediatamente após a intervenção (n= 47)		Um mês após a intervenção (n= 30)		Dois meses após a intervenção (n= 27)	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Conhecimento Refere que a finalidade de uso do MDF é para evitar a gravidez.	50	49,0	47	100,0	26	86,6	26	96,2

Sabe que o critério de elegibilidade é ter o ciclo menstrual regular (duração de 26-32 dias).	3	2,9	34	72,3	21	70,0	22	81,4
Sabe que o MDF não causa efeitos colaterais em quem usa.	31	30,3	44	93,6	27	90,0	24	88,8
Relata que o MDF não apresenta riscos à saúde.	30	29,4	47	100,0	27	90,0	27	100,0
Refere que o benefício do MDF é ajudar a mulher a conhecer o seu corpo e identifica os dias que pode engravidar.	43	42,1	43	91,4	29	96,6	27	100,0
Relata como dificuldade exigir um período sem relação sexual para os casais que não querem engravidar.	14	13,7	33	70,2	21	70,0	17	62,9
Sabe que o modo de uso acontece pelo seguimento de um colar de contas em cores diferenciadas para os períodos fértil e infértil.	22	21,5	43	91,4	30	100,0	27	100,0
<b>Atitude</b>								
Concorda plenamente que a mulher comece o MDF no primeiro dia da menstruação.	39	38,2	42	89,3	27	90,0	25	92,5
Concorda plenamente que no período das contas que sinalizam os dias inférteis, a mulher tem pouca chance de engravidar.	27	26,4	39	82,9	23	76,6	24	88,8
Concorda plenamente que no período das contas que sinalizam os dias férteis, a mulher tem elevada chance de engravidar.	57	55,8	37	78,7	27	90,0	24	88,8
Discorda plenamente que as mulheres que usam o MDF precisam confeccionar um novo colar a cada três meses.	7	6,8	32	68,0	19	63,3	16	59,2
Concorda plenamente que o MDF é um método seguro para evitar a gravidez.	32	31,3	36	76,5	16	53,3	18	66,6
Concorda plenamente que após a intervenção educativa usaria o MDF para evitar a gravidez.	36	35,2	38	80,8	22	73,3	23	85,1
<b>Prática</b>								
Utilizou ou utiliza o MDF.	-	-	-	-	25	83,3	23	85,1
Relata iniciar o MDF no primeiro dia da menstruação.	-	-	-	-	25	100,0	23	100,0
Refere não haver necessidade de anotar as características do muco cervical.	-	-	-	-	19	76,0	16	69,5
Relata evitar relações sexuais desprotegidas nos dias férteis ou usar um método de barreira (preservativo).	-	-	-	-	24	96,0	23	100,0
Verbaliza pular as contas que ainda faltam, se a menstruação tiver alcançado a conta indicativa do primeiro dia da menstruação.	-	-	-	-	19	76,0	19	82,6
Refere permanecer com o anel sobre a conta vermelha e aguardar a menstruação chegar, se o anel atingir a conta vermelha antes de chegar à menstruação.	-	-	-	-	22	88,0	21	91,3

Fonte: Elaborado pela autora.

Avaliando a dimensão conhecimento, no inquérito pré-teste, 50 (49,0%) participantes referiram que a finalidade de uso do MDF é para evitar a gravidez, tendo sido o item mais citado. No inquérito pós-teste imediatamente após a intervenção, todas as mulheres que responderam ao CAP contemplaram esse item do eixo conhecimento e nos inquéritos posteriores (um e dois meses após), obteve-se um elevado número de acertos (86,6% e 96,2%, respectivamente), permanecendo o conhecimento mais elevado ao longo do estudo.

Na avaliação do conhecimento pré-teste, o item de menor acerto foi o critério de elegibilidade médica para uso do método, em que três (2,9%) participantes acertaram. Todavia, observa-se um crescimento considerável de acertos entre as participantes, nos pós-testes imediato (34; 72,3%), um mês (21; 70,0%) e dois meses (22; 81,4%) após a intervenção.

No inquérito pós-teste imediato, na dimensão conhecimento, 100% das participantes referiram que “o MDF é para evitar a gravidez” e que “o método não apresenta riscos à saúde”. Um mês após a intervenção, obteve-se 100% de acertos entre as participantes, nos itens referentes ao modo de uso: “utilizar um colar de contas em contas diferenciadas para os períodos fértil e infértil”. Na avaliação do CAP dois meses após a intervenção, dois itens obtiveram 100% de acertos entre as mulheres, o item que refere que “o método não apresenta riscos à saúde” e o item que refere que o método tem como benefício “ajudar a mulher a conhecer o seu corpo e identificar os dias que pode engravidar”.

Logo, tem-se que a intervenção de Enfermagem promoveu melhoria em todos os itens estabelecidos para avaliar o conhecimento das participantes. Achados semelhantes com melhora do conhecimento sobre o MDF pós-intervenção foram também observados em estudos realizados por Lundgren *et al.* (2005; 2012).

Lundgren *et al.* (2012) realizaram um estudo quase-experimental na Índia, no Peru e em Ruanda, no qual participaram 1.710 mulheres da Índia, 1.300 mulheres do Peru e 600 mulheres de Ruanda. Neste estudo, foi implementada uma intervenção que consistiu de dois dias de treinamento baseado em habilidades que foram realizados em cada país, para permitir que provedores ajudassem as clientes a determinar se o MDF seria bom para elas, ensinar as clientes a usar o método, explorar abordagens para gerir eficazmente os dias férteis e incentivar a participação dos parceiros. Os participantes do treinamento receberam um manual e apoio adequado ao seu nível de alfabetização, bem como um colar de contas. Foram incorporadas visitas de supervisão para reforçar o conhecimento, acompanhar as usuárias do MDF e assegurar a disponibilidade do colar de contas. Os autores observaram que um número ínfimo de mulheres tinha ouvido falar sobre o MDF em áreas de intervenção no início do

estudo (0,4% na Índia; 0,2% no Peru). Após a intervenção, a porcentagem de mulheres que tinham ouvido falar sobre o MDF em áreas de intervenção na Índia e no Peru foi relativamente alta (59,2% na Índia e 63,2% no Peru), considerando que o método nunca tinha sido promovido nas áreas de intervenção. A proporção de mulheres em Ruanda que tinham ouvido falar do método (90,3%) foi significativamente maior.

Lundgren *et al.* (2005), ao avaliarem o conhecimento dos participantes do estudo, observaram que as mulheres que receberam uma parte da intervenção eram bem mais informadas sobre quais dias durante o ciclo menstrual encontravam-se férteis do que aquelas que não participaram da intervenção. Participantes da intervenção também relataram níveis significativamente mais elevados de consciência do MDF (45% quando comparado com 8%) e de como utilizar o método (28% em comparação com 3%). Participantes do sexo masculino eram significativamente mais informados do que os não participantes sobre o MDF (30% e 7%) e no conhecimento de como usar o método (23% e 2%), respectivamente.

Semelhante aos itens da dimensão conhecimento, os itens da dimensão atitude foram bastante citados, até mesmo no inquérito pré-teste (antes da intervenção). Em todos os itens dos três últimos inquéritos pós-teste (imediatamente, um mês após e dois meses após a intervenção), houve ascensão na pontuação do eixo atitude, sendo o item que obteve maior pontuação no pré-teste “concorda plenamente que no período das contas que sinalizam os dias férteis a mulher tem elevada chance de engravidar”, relatado por 57 (55,8%) participantes. No pós-teste imediato, o item de maior acerto foi “concorda plenamente que a mulher comece o MDF no primeiro dia da menstruação”, relatado por 42 (89,3%) participantes. No pós-teste um mês após a intervenção, os dois itens de maior pontuação foram: “concorda plenamente que a mulher comece o MDF no primeiro dia da menstruação e concorda plenamente que no período das contas que sinalizam os dias férteis a mulher tem elevada chance de engravidar”, ambos acertados por 27 (90,0%) participantes. E no pós-teste dois meses após a intervenção, o item de maior acerto foi “concorda plenamente que a mulher comece o MDF no primeiro dia da menstruação”, relatado por 25 (92,5%) participantes.

Quanto às mudanças de atitude, estudos concordam com os resultados da presente pesquisa, estes estão descritos a seguir.

No que tange ao critério que a mulher concorde que no período das contas que sinalizam os dias inférteis, ou seja, período que a mulher tem pouca chance de engravidar, observaram-se, no pré-teste, 27 (26,4%) mulheres afirmando e, no pós-teste dois meses, 24 (88,8%) mulheres. Quanto ao período das contas que sinalizam os dias férteis, ou seja, período que a mulher tem elevada chance de engravidar, observaram-se, no pré-teste, 57

(55,8%) mulheres afirmando e, no pós-teste dois meses, 24 (88,8%). Resultados semelhantes foram observados em estudo transversal realizado por Bekele e Fantahun (2012), na Etiópia, com 184 mulheres, no qual 122 (82%) relataram corretamente que as contas marrons representam os dias que são improváveis para uma mulher engravidar (dias inférteis); 131 (89%) relataram que as contas brancas representam os dias que a mulher pode engravidar (dias férteis). Outro estudo realizado por Blair *et al.* (2007), em Ruanda, com 121 mulheres que utilizavam o MDF, encontrou que 99,0% das mulheres responderam que a janela fértil é quando o anel está sobre as contas brancas.

No que concerne ao critério que o MDF é um método seguro para evitar a gravidez, observaram-se, no pré-teste (antes da intervenção), 32 (31,3%) mulheres afirmando e, no pós-teste dois meses, 18 (66,6%) mulheres. Achados semelhantes foram observados no estudo de Arévalo, Jennings e Sinai (2002), com 478 mulheres residentes na Bolívia, no Peru e nas Filipinas, os quais encontraram que somente 1,7% das participantes não confiavam no método. Resultados discordantes foram observados em estudo realizado em Istambul, na Turquia, por Kalaca *et al.* (2005), com 132 mulheres, os quais encontraram que a maioria das usuárias do MDF abandonou o método, pois elas ou seus parceiros não gostavam ou não confiavam no método.

O MDF é um método de eficácia comprovada em mais de 95%, isto é, menos de cinco mulheres chegam a engravidar praticando o método ao longo de um ano (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002; HATCHER *et al.*, 2008; GRIBBLE *et al.*, 2008).

Ao avaliar a prática, observou-se que o número de usuárias do método antes da intervenção e imediatamente após era zero ou inexistente. Achados semelhantes também foram observados no estudo desenvolvido por Lundgren *et al.* (2012) que encontraram ausência de usuárias do MDF antes da intervenção em todos os lugares. Freundl, Silvin e Batár (2010) relataram que a frequência de utilização dos MBPF é baixa, 1% das mulheres nos Estados Unidos e 3,5% no mundo. Várias razões contribuem para o baixo uso dos MBPF, uma das quais é a desinformação entre médicos, enfermeiros e mesmo das pacientes; o tempo que leva seu ensino e aprendizagem; e eficácia variável entre os métodos, de acordo com o uso correto e o típico (ALTAMIRANO; YÁÑEZ; MEILLÓN, 2012).

Ao questionar as participantes sobre o motivo do não uso do método, obteve-se no pré-teste que 70 (68,6%) referiram não conhecer o método; 20 (19,6%) não deram motivo; 6 (5,9%) nunca ouviram falar; 2 (2,0%) relataram que era um novo método; 1 (1,0%) afirmou ser novidade; 1 (1,0%) relatou que o método não havia sido disponibilizado; 1 (1,0%) referiu nunca sentir vontade; e 1 (1,0%) disse ter medo de engordar. No pós-teste imediatamente após



a intervenção: 36 (76,6%) referiram não conhecer o método; 5 (10,7%) não deram motivo; 4 (8,5%) nunca ouviram falar; 1 (2,1%) referiu que o método existiu agora; e 1 (2,1%) relatou ter medo de engordar.

Observa-se, pelos motivos citados, o desconhecimento do MDF pelas participantes do estudo. Apesar do MDF, bem como outros MBPF, encontrarem-se incluídos na lista de métodos a serem ofertados à população feminina, os profissionais não informam sobre a existência destes métodos comportamentais.

Os MBPF, como o MDF, não são frequentemente oferecidos por causa do viés do provedor e conhecimento insuficiente (PAVON; VELASQUES; LUNDGREN, 2003). Incorporar o MDF ou qualquer outro método de PF neste processo da escolha informada promoverá aumento da consciência do método e permitirá que as mulheres determinem com base em seus próprios valores e desejos, qual método deseja usar (GRIBBLE, 2003).

Achados semelhantes também foram observados no estudo quase-experimental realizado por Lundgren *et al.* (2012), no qual um número ínfimo de mulheres tinham ouvido falar do MDF antes da sua introdução em programas de PF na Índia, no Peru e em Ruanda, em áreas de intervenção do estudo (0,4% na Índia; 0,2% no Peru).

Outros motivos relatados pelas participantes foram o MDF ser um método novo e não ser disponibilizado na rede pública de saúde. O MDF é uma opção contraceptiva que compõe a variedade de MAC adotados em serviços de PF em mais de 30 países ao redor do mundo desde 2002 (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010). Logo, há mais de uma década que o MDF vem sendo promovido em serviços de PF ao redor do mundo, todavia, no Brasil, encontra-se praticamente desconhecido por parte das mulheres, casais e provedores de serviços. Pode-se comprovar a ausência de uso de MDF pelas mulheres brasileiras, quando se analisa a PNDS 2006, e se observa ausência de usuárias do MDF, o que reforça a necessidade de promovê-lo como mais uma opção para as mulheres.

Em um e dois meses após a intervenção, o número de usuárias que utilizava ou havia utilizado o MDF aumentou para 25 (83,3%) e 23 (85,1%), respectivamente. Ao questionar as participantes sobre o motivo do uso do método, obteve-se no pós-teste um mês que: 3 (10,0%) referiram utilizar para não engravidar; 2 (6,6%) ser econômico; e 2 (6,6%) ser saudável. Outros motivos foram citados com menor frequência pelas participantes como: interessante, regula a menstruação, método diferente, sem efeitos colaterais, indolor e proporciona o conhecimento sobre o ciclo menstrual. Como motivos para não uso do método, as cinco participantes que não estavam praticando o método, relataram: 1 (3,3%) não confiava

no método; 1 (3,3%) não relatou o motivo; e 3 (9,9%) apresentaram ciclo menstrual fora da faixa de 26-32 dias (irregular).

No pós-teste dois meses após a intervenção, ao questionar as participantes sobre o motivo do uso do método, obteve-se: 5 (18,5%) referiram estarem satisfeitas com o método; 2 (7,4%) relataram ser seguro; e 2 (7,4%) referiram apresentar contraindicação para os métodos hormonais. Outros motivos foram citados com menor frequência pelas participantes como: regula a menstruação, interessante, método diferente, prático, proporciona conhecimento do corpo, saudável, sem efeitos colaterais, indica o período fértil e fácil de usar. Como motivos para não uso do método, as quatro participantes que não estavam praticando o método, relataram: 1 (3,7%) não confiava no método; 1 (3,7%) engravidou; e 2 (7,4%) não estavam tendo relação sexual (uma por dissolução conjugal e outra em virtude de doença no cônjuge).

O número de novas usuárias do método um e dois meses após a intervenção sugere que existe uma demanda para o MDF, e que essa demanda pode aumentar ao longo do tempo com divulgação, disponibilidade e conhecimento do método pelas mulheres. Logo, é importante sua promoção por meio de estratégias educativas eficazes.

Os principais motivos para o uso do MDF encontrados na presente pesquisa (não engravidar; ser econômico; ser saudável; satisfação com o método; ser seguro e ser utilizado em virtude de contraindicação dos métodos hormonais) também foram observados em outros estudos (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2003; BEKELE; FANTAHUN, 2012; BLAIR *et al.*, 2007; GRIBBLE *et al.*, 2008; UJUJU *et al.*, 2011).

Ujuju *et al.* (2011) encontraram que a maioria das participantes que havia utilizado o MDF nos últimos seis meses considerou o método eficaz na prevenção de gravidez não planejada. O MDF apresenta taxas de eficácia comparáveis aos de preservativos masculinos e melhores que a de outros métodos de barreira, com uma taxa de gravidez de 4,8 (por 100 mulheres) com o uso correto e 12,0 com o típico (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2003). Uma série de 14 estudos-piloto, estrategicamente desenhados em diversos contextos ao redor do mundo, encontrou que a maioria das mulheres considerou o método fácil de aprender, de usar, eficaz e sem efeitos colaterais (GRIBBLE *et al.*, 2008).

Outro estudo realizado por Gribble *et al.* (2008) observou que as usuárias do MDF citaram repetidamente satisfação em termos de seu custo mínimo. Bekele e Fantahun (2012) relataram razões para a escolha do MDF entre as participantes como a ausência de efeitos colaterais em 129 (70,1%) mulheres e facilidade de uso (9; 4,9%). Outra razão é que o MDF está disponível sem custos para o indivíduo (5; 2,7%).

Blair *et al.* (2007) encontraram que as 53 mulheres participantes do grupo focal escolheram o MDF porque é um método eficaz, simples de usar, sem efeitos colaterais ou riscos para a saúde.

Quanto aos principais motivos para o não uso do método, observou-se predominância de falta de confiança no método, ciclo menstrual irregular, gravidez em curso e ausência temporária de atividade sexual. Os dois últimos motivos são fatores que diminuiriam o interesse do uso do método pelas participantes. Destaca-se que a participante que engravidou durante o estudo não estava utilizando nenhum MAC. Resultados semelhantes também foram observados em estudos descritos a seguir.

Bekele e Fantahun (2012) também observaram que a irregularidade do ciclo menstrual é um motivo que promove a descontinuidade do método ou impede o seu uso. Em estudo, encontraram que 36 (19,6%) mulheres interromperam o método e, destas, 10 tiveram que pará-lo porque tiveram ciclos menstruais fora da faixa de 26-32 dias (irregulares) e sete mulheres interromperam porque não confiavam no método.

Kalaca *et al.* (2005), em estudo realizado com 132 mulheres turcas, observaram que um mês após o uso do MDF, quatro mulheres engravidaram, sete mulheres foram perdidas no seguimento e 105 (84,0%) estavam usando o MDF. Das participantes que deixaram o estudo, citaram como motivos a insatisfação ou a ausência de confiança no método. Na segunda entrevista realizada quatro meses após, sete mulheres apresentaram ciclo menstrual irregular e foram excluídas do estudo. Das 79 mulheres entrevistadas na segunda entrevista, 67 estavam usando o método e duas mulheres ficaram grávidas. Dez mulheres manifestaram o desejo de descontinuar o método, porque mudaram de opção contraceptiva, desconfiaram do método ou apresentaram ciclos menstruais irregulares. Duas outras mulheres foram afastadas do estudo, pois tiveram dois ciclos fora da faixa de 26-32 dias.

Outro estudo de caráter multicêntrico realizado com 478 mulheres encontrou que ao longo de 13 ciclos de uso do método, poucas mulheres (4,0%) deixaram o estudo pelos motivos de não gostarem ou não confiarem no método (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002).

Quanto aos critérios de avaliação da prática das participantes, observaram-se estudos, apresentados a seguir, com achados semelhantes e também divergentes.

Todas as participantes referiram um mês e dois meses após a intervenção iniciar o MDF no primeiro dia da menstruação. Bekele e Fantahun (2012), avaliando o uso correto (prática) do MDF pelas 184 usuárias, encontraram resultados semelhantes quando observou que 135 (91%) das mulheres colocavam o anel preto na conta vermelha quando sua

menstruação começava. No entanto, 9 (6,7%) e 1 (0,7%) colocavam incorretamente o anel preto nas contas marrons e brancas quando sua menstruação começava, respectivamente; 3 (2,0%) mulheres relataram desconhecer que o anel preto deveria ser colocado na conta vermelha quando sua menstruação começasse.

No pós-teste realizado com um mês após a intervenção, 24 (96,0%) mulheres referiram evitar relações sexuais desprotegidas nos dias férteis ou ter utilizado um método de barreira (preservativo) nesses dias. No pós-teste realizado com dois meses após a intervenção, 100,0% das mulheres estavam evitando relações sexuais desprotegidas nos dias férteis ou utilizando um método de barreira (preservativo) neste período. No pós-teste realizado após um mês da intervenção, 20 (83,3%) mulheres tiveram relações sexuais no período fértil utilizando preservativo e quatro (16,7%) ficaram em abstinência neste período. No pós-teste realizado após dois meses da intervenção, 17 (73,9%) tiveram relações sexuais no período fértil utilizando preservativo e seis (26,1%) ficaram em abstinência.

Observa-se, portanto, que a incidência de relações sexuais nos dias férteis, incluindo a relação sexual desprotegida, diminuiu com o aumento do tempo de uso do método. Este resultado sugere que, com o uso do método, os casais ajustam seu comportamento sexual para atender às exigências do método.

Achados semelhantes foram observados em estudo de Sinai e Arévalo (2006) que teve como finalidade examinar a frequência de coito e o momento de relação sexual das usuárias de dois Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade. Este estudo utilizou dados de um estudo de eficácia do MDF e dados de um ensaio clínico do Método dos Dois Dias. Participaram do estudo 928 mulheres, sendo 478 usuárias do MDF e 450 usuárias do MDD. Observou-se neste estudo que as usuárias do MDF relataram relações sexuais desprotegidas nos dias que o método considera férteis em apenas 3,0% dos ciclos. Em um adicional de 4,7% dos ciclos as usuárias relataram relações sexuais nos dias férteis com um método de barreira ou coito interrompido. Em ambos os estudos, os casais que tiveram relações sexuais durante os dias férteis não faziam habitualmente; 3,4% dos ciclos (de ambos os estudos), com relações sexuais desprotegidas durante os dias férteis foram contribuídos por 23,2% das participantes. Das mulheres que contribuíram com pelo menos seis ciclos para os estudos, 65,7% relataram que não tiveram nenhuma relação sexual em todos os dias férteis em qualquer um dos seus ciclos de estudo, e apenas cinco (0,8%) tiveram relação sexual desprotegida durante os seus dias férteis identificados em um quarto ou mais dos seus ciclos (SINAI; ARÉVALO, 2006).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Bekele e Fantahun (2012), no qual 134 (90,0%) mulheres nunca tinham praticado relações sexuais

desprotegidas quando o anel preto estava colocado sobre as contas brancas que representavam os dias férteis. No entanto, 10,0% tiveram relações desprotegidas nos dias férteis.

Estudo realizado por Sinai *et al.* (2006), com 928 mulheres, teve como objetivo comparar mulheres que tiveram relações sexuais desprotegidas nos dias férteis, com aquelas que utilizaram o método corretamente. Participaram deste estudo 478 mulheres do ensaio de eficácia do MDF em cinco locais no Peru, na Bolívia e nas Filipinas e 450 mulheres em cinco locais na Guatemala, no Peru e nas Filipinas do estudo de eficácia do Método dos Dois Dias, dois MBPF.

Avaliando a prática das participantes, observou-se que a maioria dos casais não teve relações sexuais durante os dias que o método identificava como fértil. Em geral, 559 (61,0%) mulheres não relataram relações sexuais nos dias férteis em qualquer dos seus ciclos dos estudos, enquanto as 354 mulheres restantes relataram ter relações sexuais nos dias férteis em pelo menos um ciclo. Apenas 81 (38,0%) mulheres que relataram ter tido coito desprotegido em um dia fértil em pelo menos um ciclo apresentaram a razão – insistência do parceiro. Três mulheres afirmaram que seus maridos convenceram-nas de que não poderiam engravidá-las, com o argumento: tinham relações sexuais apenas uma vez; seus maridos estavam sob efeito de bebida alcoólica (11); o período fértil era demasiadamente longo, o que se torna difícil de cumprir (18); dificuldade em seguir a rotina da vida diária, usando o método ou na identificação dos dias férteis (SINAI *et al.*, 2006).

Resultados similares também foram observados em estudo realizado por Blair *et al.* (2007) sobre a gestão dos dias férteis. Cerca de 95,0% das usuárias e 90,2% dos homens relataram que observar esta regra foi fácil. A maioria das usuárias relatou abstinência durante os dias férteis. Cerca de um terço das mulheres e homens relataram o uso do preservativo ou do CI durante o período fértil, em alguns ou todos os seus ciclos de uso do método. Apenas uma mulher afirmou ter, ocasionalmente, relações sexuais desprotegidas em seus dias férteis.

Achados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido por Dosajh, Sood e Lundgren (2003), no qual se verificou que 85% das usuárias do MDF em Nova Deli, na Índia, utilizavam preservativo nos dias férteis.

Arévalo, Jennings e Sinai (2002), em estudo quase-experimental realizado com 478 mulheres da Bolívia, do Peru e das Filipinas, avaliaram 4.035 ciclos das participantes. Uso correto do método (sem relações sexuais do 8º. ao 19º. dia do ciclo) foi relatado em 92% dos ciclos. Em 5% dos ciclos ocorreram relações sexuais, mas com o uso de outro método (preservativo ou coito interrompido). Relações sexuais desprotegidas ocorreram em apenas 3% dos ciclos, nos respectivos dias férteis (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002).

Os casais que se percebiam não vulneráveis ao risco de contrair uma DST/HIV/aids, uma vez que convivem em monogamia mútua e em uma relação de confiança e fidelidade poderão optar pelo uso do MDF, simplesmente. Outro aspecto é quando o coito ocorrer nos dias férteis, caberá ao casal optar pela abstinência sexual (mais seguro) ou adotar métodos não hormonais.

Portanto, tem-se que a intervenção de Enfermagem baseada na oficina propiciou às participantes a ampliação do conhecimento sobre o MDF e atitudes e práticas adequadas. É importante enfatizar que esta melhora nos três eixos avaliados após a intervenção deve-se ao fato de a autora explicar detalhadamente as características necessárias ao uso do MDF, utilizando-se de estratégias eficazes. Primeiro, a oficina é uma metodologia pedagógica bastante acessível que dinamiza o processo de ensino-aprendizagem e estimula o engajamento criativo de seus integrantes. É uma metodologia de trabalho em grupo, caracterizada pela construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiências, em que o saber não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, como também no processo de construção do conhecimento (SANTOS, 2008). Durante a oficina, foram utilizados cartazes, folhetos, o colar para demonstração do método, estratégias que facilitaram o aprendizado das participantes e que devem ser utilizadas nos serviços que assistem mulheres quanto ao planejamento familiar.

Logo, a oficina educativa testada no presente estudo pode ser utilizada para melhorar o conhecimento das participantes sobre o MDF, o que favorece a atitudes e práticas adequadas, pois trazem resultados positivos, conforme evidenciado neste estudo.

Tabela 4 - Distribuição do número de mulheres, segundo o nível de conhecimento, atitude e prática sobre o MDF, antes da intervenção, imediatamente, um mês e dois meses após a intervenção. Fortaleza-CE, jun./dez., 2013.

Variáveis	Antes da intervenção (n= 102)		Imediatamente após a intervenção (n= 47)		Um mês após a intervenção (n= 30)		Dois meses após a intervenção (n= 27)		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Conhecimento</b>									<0,001**
Inadequado	85	83,3	1	2,2	1	3,4	0	0,0	
Adequado	17	16,7	46	97,8	29	96,6	27	100,0	
<b>Atitude</b>									<0,001**
Inadequada	84	82,3	9	19,2	7	23,4	3	11,2	
Adequada	18	17,7	38	80,8	23	76,6	24	88,8	
<b>Prática</b>									<0,001*
Inadequada	-	-	-	-	1	4,0	2	8,7	
Adequada	-	-	-	-	24	96,0	21	91,3	

Fonte: Elaborado pela autora.

\*Teste de McNemar; \*\*Teste de Cochran\*\*

No inquérito aplicado antes da intervenção, 85 (83,3%) participantes apresentavam conhecimento inadequado sobre o MDF. É importante ressaltar, que imediatamente após a intervenção, um mês após e dois meses após a intervenção, o número de participantes com conhecimento inadequado diminuiu acentuadamente para 1(2,2%), 1(3,4%) e (0,0%), respectivamente. Comparando-se o conhecimento antes da intervenção com o conhecimento imediatamente, um mês e dois meses após a intervenção, verificou-se melhora estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) nos três inquéritos pós-intervenção. Todavia, entre os conhecimentos pós-intervenção não foi verificada associação ( $p = 1,000$ ).

Na dimensão atitude, 84 (82,3%) participantes apresentaram atitude inadequada antes da intervenção. Após a intervenção de Enfermagem (imediatamente após, um mês após e dois meses após), houve mudança na atitude das participantes, predominando a atitude adequada do grupo em todos os inquéritos pós- intervenção. Comparando-se a atitude antes da intervenção com a atitude imediatamente, um mês e dois meses após a intervenção, verificou-se melhora estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Todavia, entre as atitudes pós-intervenção, não foi observada associação ( $p = 0,375$ ;  $p = 0,500$ ;  $p = 0,625$ ). Observou-se que a atitude tornou-se mais adequada com a intervenção ( $p < 0,001$ ).

A terceira dimensão avaliada foi a prática e encontrou-se que, antes da intervenção e imediatamente após a intervenção, as mulheres não tinham prática do MDF, considerando-se, portanto, inexistente. Todavia, após a realização da intervenção de Enfermagem, um mês após e dois meses após, um novo perfil foi estabelecido. Obteve-se prática adequada por 24 (96,0%) mulheres, um mês após a intervenção; e por 21 (91,3%) mulheres, dois meses após a intervenção. Comparando-se a prática antes da intervenção com a prática um mês e dois meses após a intervenção, verificou-se melhora estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), em ambos os inquéritos. Todavia, entre as práticas um mês e dois meses após a intervenção não foi observado associação ( $p = 0,625$ ).

Após a realização da intervenção educativa, observou-se melhora de conhecimento, atitude e prática das participantes ( $p < 0,001$ ) em relação ao pré-teste (antes da intervenção). Todavia, através do teste de McNemar com correção de Bonferroni, evidenciou-se que entre os momentos subsequentes (imediatamente após a intervenção, um mês após a intervenção e dois meses após a intervenção) não houve mudança estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

Tem-se, portanto, que a intervenção de Enfermagem baseada na técnica de oficina melhorou o conhecimento, a atitude e a prática das participantes com relação ao MDF e que estas mudanças permaneceram ao longo do tempo (dois meses).

Estudos utilizando o inquérito CAP como forma de avaliação da intervenção desenvolvida tem sido uma realidade crescente na comunidade científica. Estudo realizado com o objetivo de avaliar o CAP de mulheres com relação ao preservativo feminino, antes e depois de uma intervenção educativa, obteve melhoria nos escores dos mesmos, após a intervenção (FERNANDES *et al.*, 2012). Outro estudo de caráter observacional, descritivo, utilizou o inquérito CAP para avaliar o Autoexame das Mamas (AEM) entre usuárias de 13 centros de saúde municipais. Participaram 663 usuárias e os resultados mostraram que o conhecimento e a prática quanto ao AEM foram adequados, em 7,4% e 16,7% das entrevistadas, respectivamente, embora a atitude frente a este procedimento tenha sido adequada em 95,9% das entrevistas. O estudo também mostrou que o esquecimento foi a principal barreira à realização do AEM, sendo referido por 58,1% das mulheres. As mulheres que utilizaram os centros de saúde tiveram conhecimento e prática inadequados para autoexame das mamas, apesar de apresentarem atitude adequada e favorável à realização desse procedimento.

Estudo duplo-cego, randomizado, realizado na Alemanha com 132 mulheres, comparou o efeito de dois tipos de aconselhamento utilizando folhetos informativos sobre conhecimento, atitude e intenções em relação aos AOC. As participantes foram distribuídas aleatoriamente para receber um dos dois folhetos sobre o AOC, seus benefícios, riscos e métodos contraceptivos alternativos. O primeiro folheto foi baseado em recomendações padrões para Informações do Paciente com Base em Evidências (IPBE). Este foi reestruturado e adaptado de acordo com a Abordagem de Modelos Mentais (AMM) para o segundo folheto. O ponto final primário foi a mudança no número de respostas corretas em um questionário de conhecimento administrado diretamente após a intervenção e três meses depois. O impacto sobre as atitudes e intenção foram desfechos secundários. Antes da intervenção, as mulheres responderam, corretamente,  $18,9 \pm 4,2$  de 39 itens de conhecimento. Após a intervenção, o grupo IPBE ( $n= 66$ ; valor de  $p$  não significativo) melhorou de  $7,6 \pm 5,4$  respostas corretas em relação a  $8,3 \pm 5,8$  no grupo AMM ( $n= 60$ ), mantendo uma melhoria de  $5,0 \pm 4,8$  respostas corretas versus medidas pré-intervenção. Depois de três meses, o grupo AMM ( $n= 60$ ) manteve uma melhoria de  $5,0 \pm 4,8$  respostas corretas versus medição pré-intervenção. No grupo IPBE ( $n= 64$ ), este valor foi de  $3,9 \pm 5,6$ . A mudança de respostas corretas foi positivamente correlacionada com a mudança de atitude ( $r= 0,284$ ;  $p= 0,001$ ) e intenção ( $r= 0,212$ ;  $p= 0,015$ ). O uso de folhetos detalhados de informações baseadas em evidências - independentemente da abordagem de comunicação é recomendado (VOGT; SCHAEFER, 2012).



#### 5.4 Fatores favoráveis e desfavoráveis à prática do Método dos Dias Fixos

Tabela 5 - Distribuição do número de mulheres, de acordo com os fatores favoráveis à prática do Método dos Dias Fixos. Fortaleza-CE, jun./dez., 2013.

Fatores favoráveis à prática do MDF	Um mês após a intervenção (n= 25)		Dois meses após a intervenção (n= 23)	
	No.	%	No.	%
Ausência de efeitos colaterais	13	52,0	11	47,9
Segurança	7	28,0	6	26,0
Opção não hormonal	3	24,0	4	17,4
Satisfação com o método	2	8,0	2	8,7

Fonte: Elaborado pela autora.

Nos dois períodos de aplicação do inquérito CAP, os fatores favoráveis à prática do MDF por ordem decrescente de maior prevalência corresponderam à ausência de efeitos colaterais, segurança, opção não hormonal e satisfação com o método.

Quanto aos fatores desfavoráveis à prática do MDF, apenas duas participantes realizaram comentário durante o inquérito após um mês da intervenção, ressaltando, inclusive que foi o motivo para a descontinuidade da prática: “é um método pouco conhecido” e desconfiança na eficácia do método. No inquérito CAP após dois meses da intervenção, duas mulheres que também descontinuaram a prática do MDF apresentaram como dificuldade o surgimento de ciclo menstrual fora do padrão recomendado (26 a 32 dias) e a variação do colar de contas. Uma terceira participante comentou que descontinuou a prática do MDF, mas que não tinha motivo para tal.

Esses achados encontram-se concordantes com outros estudos. Bekele e Fantahun (2012), por exemplo, em pesquisa realizada com 184 usuárias do MDF, na Etiópia, encontraram que as razões mais comuns descritas pelas mulheres para a escolha do MDF foram: 129 (70,1%), a ausência de efeitos colaterais; 99 (53,8%), medo de efeitos colaterais associados a outros métodos, particularmente os contraceptivos hormonais; e 9 (4,9%), a facilidade de uso. Outras razões foram: não tem custos para a usuária (5; 2,7%) e ser um método natural (5; 2,7%).

Outro estudo de natureza exploratória realizado em dois estados da Nigéria por Ujuju *et al.* (2011), com 56 homens e 57 mulheres de casamentos monogâmicos e poligâmicos que estavam utilizando o MDF, observaram que as razões mais comuns descritas pelas mulheres para a escolha do MDF foram: o método é eficaz na prevenção de gravidez não planejada; simples de entender; fácil de usar; não possui efeitos colaterais; durável;

promove paz de espírito, pois deixam de se preocupar com quaisquer efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais ou os riscos de engravidar quando não estavam utilizando nenhum método; transmite confiança; promove melhora da discussão entre o casal; melhora a comunicação do casal e compreensão.

Resultados semelhantes foram verificados por Arévalo *et al.* (2010b), único estudo sobre o MDF realizado no Brasil, em que foram revisados prontuários de 2.845 mulheres de uma Unidade de Reprodução Humana da Universidade de Campinas. A única razão para uso do método citada pelas mulheres foi a ausência de efeitos colaterais do MDF.

Gribble *et al.* (2008), em estudo realizado com 1.646 usuárias do MDF, observaram que, em geral, a razão mais comum para a escolha do MDF, foi a ausência de efeitos colaterais. Uma razão adicional foi seu baixo custo.

Blair *et al.* (2007), em estudo desenvolvido em Ruanda, com 121 mulheres que utilizavam o MDF, 51 parceiros das mulheres que utilizavam o MDF, 14 mulheres que haviam interrompido o uso do MDF, 16 mulheres que engravidaram durante o uso do MDF (gravidez planejada ou não) e 53 usuárias do MDF, encontraram que as participantes dos grupos focais, escolheram o MDF por ser um método eficaz; simples de usar; sem efeitos colaterais ou riscos para a saúde; gratuito; compatível com suas crenças religiosas; não requer visitas frequentes ao centro de saúde; fortalece o relacionamento conjugal, pois promove o diálogo entre os parceiros; transmite confiança; promove respeito mútuo e harmonia familiar.

Os fatores desfavoráveis evidenciados no presente estudo também foram relatados por Bekele e Fantahun (2012), os quais descreveram que das 36 (19,6%) mulheres que haviam interrompido o método, 10 tiveram que parar o método, porque tiveram ciclos menstruais fora da faixa de 26 a 32 dias (irregulares) e sete mulheres interromperam porque não confiavam no método.

Outro estudo realizado por Sinai, Lundgren e Gribble (2012) que utilizou dados de um estudo de eficácia do MDF realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2002) que acompanhou 478 mulheres oriundas de cinco locais diferentes quanto à economia e cultura (Bolívia, Peru e Filipinas) e dados de 14 estudos piloto de introdução do MDF realizado por Gribble *et al.* (2008) oriundos de (Benin, Equador, Honduras, El Salvador, Filipinas e Índia), no qual participaram 1.646 mulheres, encontraram que uma das principais razões para a suspensão do MDF no primeiro ano de uso foi ter um segundo ciclo menstrual fora dos 26 aos 32 dias. Adicionou também que mulheres que não gostam do método ou têm problemas de usá-lo corretamente, geralmente, interrompem sua prática no primeiro ano.

Ujuju *et al.* (2011) registraram de uma ex-usuária de injetáveis que o fator desfavorável a prática do MDF é que se trata de um método que precisa de muito autocontrole. Blair *et al.* (2007) citaram como fatores desfavoráveis ao uso do método: ter indicação para mulheres com ciclos no intervalo de (26-32 dias), ou seja, ciclos regulares; não protege das DST; e declararam dificuldade para observar o período fértil.

Kalaca *et al.* (2005), em estudo realizado em Istambul, na Turquia, com 132 mulheres usuárias do MDF, encontraram que a maioria das usuárias do MDF abandonou o método, pois estas ou seus parceiros não gostavam ou não confiavam no método. Na segunda entrevista de seguimento das participantes do estudo, na qual participaram 93 mulheres, sete mulheres abandonaram o método, pois apresentaram um ciclo fora da faixa de 26-32 dias; 10 manifestaram o desejo de descontinuar o método porque mudaram de preferência, desconfiavam do método ou apresentaram ciclos menstruais irregulares. A maioria das entrevistadas que tinha parado o método ou decidiu descontinuí-lo estava planejando utilizar um MAC mais eficaz.

Em estudo multicêntrico, prospectivo, não randomizado, realizado com 478 mulheres residentes na Bolívia, Peru e Filipinas identificou que as principais razões desfavoráveis à prática do MDF foram: ciclos menstruais fora da faixa de 26-32 dias (28%); ouviu falar que a gravidez seria de alto risco (0,2%); não gostou do método (0,2%); não confiava no método (1,7%); e parceiro não gostava do método (2,1%) (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002).

Tem-se, portanto, diversidade de outros fatores descritos nos estudos ora apresentados, mas que não foram identificados no presente estudo como: medo de efeitos colaterais, facilidade de uso, baixo custo, ser um método natural, eficaz na prevenção de gravidez não planejada, simples de entender, durável, promove paz de espírito, transmite confiança, promove melhora da discussão entre o casal, melhora a comunicação do casal e compreensão, compatível com crenças religiosas, não requer visitas frequentes ao centro de saúde, fortalece o relacionamento conjugal, promove respeito mútuo e harmonia familiar. E como fatores desfavoráveis: falta de confiança no método, autocontrole, não protege das DST, dificuldade de observar a janela fértil, usuárias ou parceiros não gostaram ou não confiaram no método, mudança de preferência para outro método e promoveria gravidez de alto risco.

Todavia, observa-se, conforme encontrado no presente estudo e evidenciado em revisão integrativa realizada como parte desta tese, que o principal fator favorável à prática do MDF é a ausência de efeitos colaterais e o principal fator desfavorável são os ciclos menstruais fora da faixa de 26-32 dias, caracterizando-se como ciclos irregulares.

## 6 CONCLUSÃO

A pesquisa revela que o MDF é aceito por grupos populacionais nas diferentes idades da fase reprodutiva e por mulheres de renda, condição de união e escolaridade as mais variadas. Por se caracterizar como um método praticamente sem custo, o MDF poderá se tornar atrativo aos grupos de baixa renda. Quanto maior a escolaridade das usuárias em potencial, melhor a apreensão das informações para a prática correta do método. Não propriamente a união estável, mas o envolvimento positivo do parceiro na prática do MDF pareceu ser favorável ao alcance de melhores resultados com o uso do método. Ainda, nesse contexto, não a condição de união, mas o tipo de relacionamento, monogâmico ou não, deve ser considerado na promoção e prática do MDF, uma vez que este não protege contra as DST.

Com relação aos aspectos reprodutivos e a prática anticoncepcional prévia, houve predomínio de mulheres que possuíam um filho e que tinham utilizado MAC previamente, sendo o AOC o método mais utilizado. Percentual significativo de mulheres não estava utilizando MAC. O MDF pode ser uma opção adicional para as mulheres que não utilizam MAC em virtude dos efeitos colaterais produzidos pelos métodos convencionais, contraindicação aos métodos hormonais ou para as mulheres que apresentam desejo de engravidar, uma vez que pode ser utilizado tanto para contracepção quanto para concepção. Pode-se promovê-lo como um método adicional às mulheres que são usuárias de métodos comportamentais, bem como usuárias dos métodos convencionais, uma vez que estas podem modificar de forma consciente sua opção de escolha para o MDF.

A intervenção de Enfermagem promoveu melhoria em todos os itens de avaliação do conhecimento das participantes quanto ao MDF. Semelhante aos itens da dimensão conhecimento, os itens da dimensão atitude foram bastante citados, até mesmo no inquérito pré-teste (antes da intervenção). Em todos os itens dos inquéritos pós-intervenção (imediatamente, um mês após e dois meses após a intervenção), houve melhoria na dimensão atitude. A dimensão prática antes da intervenção e imediatamente após era inexistente e com um e dois meses após a intervenção passou para 25 (83,3%) e 23 (85,1%), respectivamente.

No inquérito pré-intervenção, 85 (83,3%) participantes apresentaram conhecimento inadequado sobre o MDF e imediatamente após a intervenção, um mês após a intervenção e dois meses após a intervenção, o número de participantes com conhecimento inadequado diminuiu acentuadamente para 2,2, 3,4 e 0,0%, respectivamente, sendo estatisticamente significativa com a intervenção ( $p < 0,001$ ).

No domínio atitude, 84 (82,3%) participantes apresentaram atitude inadequada, antes da intervenção. Após a intervenção de Enfermagem (imediatamente após, um mês após e dois meses após), houve predomínio da atitude adequada do grupo em todos os inquéritos com associação estatística significativa entre atitude adequada ao MDF e a intervenção ( $p < 0,001$ ).

A prática do MDF antes da intervenção e imediatamente após a intervenção era inexistente. Todavia, um mês após a intervenção, 24 (96,0%) mulheres apresentaram prática adequada do MDF e dois meses após a intervenção, 21 (91,3%) mulheres, com associação estatística entre prática adequada e a intervenção ( $p < 0,001$ ).

Os inquéritos pós-intervenção apresentaram melhora estatisticamente significativa do conhecimento, atitude e prática das participantes ( $p < 0,001$ ) em relação ao inquérito pré-teste (antes da intervenção). Todavia, entre os momentos subsequentes (imediatamente após a intervenção, um mês após a intervenção e dois meses após a intervenção), não houve mudanças estatisticamente significante ( $p > 0,05$ ), demonstrando que a intervenção de Enfermagem baseada na técnica de oficina melhorou o conhecimento, a atitude e a prática, das participantes em relação ao MDF e que estas mudanças foram mantidas ao longo dos dois meses.

Mediante o exposto, confirma-se a tese de que a intervenção de Enfermagem baseada na técnica de oficina educativa é eficaz na promoção do MDF, melhorando o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres com relação ao método.

Identificou-se como principais fatores favoráveis à prática do MDF a ausência de efeitos colaterais, segurança, opção não hormonal e satisfação com o método; e como fatores desfavoráveis: ser um método pouco conhecido, desconfiança na eficácia do método e ciclo menstrual irregular. Esses resultados poderão orientar profissionais que lidam com o PF (principalmente do local do estudo), no sentido de focarem as informações dadas à clientela para as lacunas ora identificadas.

A presente pesquisa vem contribuir com a prática clínica e, em particular, com a assistência de Enfermagem, pois demonstra que existe uma demanda com atitude favorável ao MDF e que esta poderá aumentar com a promoção adequada do método, que para tanto se torna disponível a intervenção de Enfermagem, construída e aqui testada positivamente.

Dentre as limitações do estudo, identificaram-se a não inclusão das variáveis ocupação e religião, aspectos que provavelmente poderão influenciar o CAP sobre o MDF; a não validação da intervenção educativa; ter trabalhado com um único grupo; ter várias etapas

de coleta, o que aumenta as perdas; e a não inserção do item “mover o anel sobre as contas todos os dias” como elemento de avaliação da prática do MDF.

Sugere-se que estudos futuros sobre o MDF incluam a participação masculina, pois estudos internacionais têm mostrado que o PF e os programas de saúde reprodutiva são suscetíveis de ter mais sucesso, quando o aconselhamento do método é fornecido ao casal, homens e mulheres. Recomendam-se, também, estudos com profissionais de saúde para avaliar a aceitabilidade do MDF e, também, maior tempo de seguimento das participantes (superior a dois meses), com o intuito de avaliar a prática do método pelas usuárias e suas repercussões no campo da concepção e anticoncepção.

## REFERÊNCIAS

ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA (ADS). Centers for Disease Control and Prevention, and United States Agency for International Development. **Encuesta Nacional de Salud Familiar**, San Salvador, FESAL 2002/03., 2004.

ALTAMIRANO, F. J. H.; YAÑEZ, R. A.; MEILLÓN, H. H. Métodos de planificación familiar basados em El conocimiento de La fertilidad. **Ginecol Obstet Mex.**, v. 80, n.4, p.276-284, 2012.

AMARAL, M. A. *et al.* Oficinas de sexualidade: uma abordagem ampliada para se trabalhar com adolescentes. In: Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG, 3-8, 2005, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: UFMG, 2005. Disponível em: <[http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude\\_39.pdf](http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_39.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

ANDRADE, H. H. S. M. *et al.* Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1168-1173, May. 2009.

ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 460 p.

ARÉVALO, M.; JENNINGS, V.; SINAI, I. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. **Contraception.**, v.60, n.6, p.357-360, Dec. 1999.

ARÉVALO, M.; JENNINGS, V.; SINAI, I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. **Contraception.**, v.65, n.5, p.333-338, May. 2002.

\_\_\_\_\_. Application of simple fertility awareness-based methods of family planning to breastfeeding women. **Fertil Steril.**, v.80, n.5, p.1241-1248, Nov. 2003.

ARÉVALO, M. *et al.* Adding the Standard Days Method to the contraceptive method mix in a high-prevalence setting in Peru. **Rev Panam Salud Pública.**, v.28, n.2, p.80-85, Aug. 2010a.

ARÉVALO, M. *et al.* Implications of cycle length immediately after discontinuation of combined oral contraceptives one use of the Standard Days Method. **Int J Gynaecol Obstet.**, v.111, n.1, p.78-81, Oct. 2010b.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. 2. ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2000. 132p.

BARROS, L. F. W.; ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Novos arranjos domiciliares: condicoes socioeconômicas dos casais de dupla renda e sem filhos (DINC). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2008. Disponível em: <[http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno\\_id=504&nivel=1](http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=504&nivel=1)>. Acesso em: 10 jan. 2014.

BEKELE, B.; FANTAHUN, M. The Standard Days Method: an addition to the arsenal of family planning method choice in Ethiopia. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v. 38, n.3, p.157-166, Jul. 2012.

BENSYL, D. M. *et al.* Contraceptive use - United States and territories, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002. **MMWR Surveill Summ.**, v.54, n.6, p.1-72, Nov. 2005.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Bireme y el sistema latino americano y Del caribe de información en ciências de La salud:** hacia La biblioteca virtual em Salud. 1998. Disponível em: < <http://regional.bvsalud.org/bvs/P/pdoc.htm>>. Acesso em: 03 set. 2012.

BLAIR, C. *et al.* Introducing the Standard Days Method: expanding family planning options in Rwanda. **Afr J Reprod Health.**, v.11, n.2, p.60-68, Aug. 2007.

BOLAM, A. *et al.* The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. **BMJ.**, v.316, n.7134, p. 805-811, Mar.1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do aplicador do estudo CAP.** Brasília, DF: [s.n.], 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Assistência em Planejamento Familiar:** Manual Técnico. 4. ed. Brasília: Editora MS, 2002b. 152 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: [s.n.], 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva.** Brasília, DF: [s.n.], 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2014.

CAIN, M. Childless revolution: more and more women are finding life without kids fulfilling. **Utne Reader.**, [S.l.], ago. 2002. Disponível em: <<http://www.utne.com/2002-07-01/the-childless-revolution.aspx>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

CANDAU, V. M. Educação em Direitos Humanos: uma proposta de trabalho. In: CANDAU, V. M., ZENAIDE, M. N. T. **Oficinas Aprendendo e Ensinando Direitos Humanos**, João Pessoa: Programa Nacional de Direitos Humanos; Secretaria da Segurança Pública do estado da Paraíba; Conselho Estadual da Defesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1999.

CLELAND, J.; ALI, M. M. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. **Obstetrics and Gynecology.**, v.104, n.2, p.314-320, Aug. 2004.

CREININ, M.; KEVERLIN, S.; MEYN, L. How regular is regular? An analysis of menstrual cycle regularity. **Contraception.**, v.70, n.4, p.289-292, Oct. 2004.



DÍAZ, M. *et al.* 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, Mar/Apr. 2005.

DOSAJH, U. *et al.* **Introducing the Standard Days Method of family planning into existing multi-method and natural method family planning programs in Honduras, final report.** Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA, 2003.

DOSAJH, U.; SOOD, B.; LUNDGREN, R. **Incorporating the Standard Days Method into CASP reproductive health and sustainability project final report.** New Delhi, India: TNS MODE, 2003.

EGGLESTON, E. *et al.* Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica. **Rev Panam Salud Pública.**, v.7, n.2, p.102-112, Feb. 2000.

FERNANDES, R. L. V. *et al.* Conhecimento, atitude e prática relacionados ao preservativo feminino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, p.755-765, 2012.

FIGUEIRÊDO, M. A.C. *et al.* **Metodologia de oficina pedagógica:** uma experiência de extensão com crianças e adolescentes. Disponível em: <[www.prac.ufpb.br/anais/sempe/vsempeanais/Anais/Educacao/oficina.rtf](http://www.prac.ufpb.br/anais/sempe/vsempeanais/Anais/Educacao/oficina.rtf)>. Acesso em: 23 jul. 2012.

FREUNDL, G.; SILVIN, I.; BATÁR, I. State of the art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. **Eur J Contracept Reprod Health Care.**, v.15, n.2, p.113-123, Apr. 2010.

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

GERMANO, E.; JENNINGS, V. New New Approaches to Fertility Awareness-Based Methods: Incorporating the Standard Days and TwoDay Methods into Practice. **J Midwifery Womens Health.**, v. 51, n.6, p.471-477, Nov/Dec. 2006.

GIL, R. J. R. C.; CEREZO, M. N. L.; ESTRADA, R. C. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. **Aten Primaria.**, v.27, n.1, p.12-17, 2001.

GRIBBLE, J. N. The Standard Days Method of Family Planning: A Response to Cairo. **International Family Planning Perspectives.**, v. 29, n.4, p.188-191, Dec. 2003.

GRIBBLE, J. N.; JENNINGS, V.; NIKULA, M. Mind the gap: responding to the global funding crisis in family planning. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v.30, n.3, p.155-157, Jul. 2004.

GRIBBLE, J. N. *et al.* Being strategic about contraceptive introduction: the experience of the Standard Days Method. **Contraception.**, v.77, n.3, p.147-154, Mar. 2008.

GUELLER, G.; SILVA, C. A.; SILVEIRA, R. M. da. **Oficinas**: uma metodologia prática para o ensino no Programa de Educação Ambiental “Coleta seletiva”- Incentivando a extensão. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/coleta/PDF/Oficinas.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

HATCHER, R. A. *et al.* **Contraceptive Technology**. 19. ed. New York: Ardent Media, 2008.

HERNANDEZ, F. A. *et al.* Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. **AMC.**, v. 14, n. 3, 2010. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552010000300012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000300012&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 02 jul. 2012.

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, 2002. Disponible em: <<http://www.update-software.com>>. Acesso em: 04 ago. 2012.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IKECHEBELU, J. I.; JOE IKECHEBELU, N. N.; OBIJULU, F. N. Knowledge, attitude and practise of FP among Igbo women of south eastern Nigeria. **Journal of Obstetrics and Gynaecology.**, v.25, n.8, p.792-795, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: [s.n.], 2011.

INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH. **Meet womens needs by integrating SDM**. 2006. Disponível em: <[http://www.irh.org/SDM\\_Implementation/Counseling.htm](http://www.irh.org/SDM_Implementation/Counseling.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Assessing the impact of scaling up the Standard Days Method in India, Peru, and Rwanda**. Georgetown University. Washington, DC: [s.n.], 2008.

\_\_\_\_\_. **The Standard Days Method (SDM): A Modern Family Planning Method**. 2010. Georgetown University. Disponível em: <<http://www.hivandsrh.org/toolkits/sdm/standard-days-method%C3%82%C2%AE-sdm-modern-family-planning-method-0>>. Acesso em: 20 set. 2012.

INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES (IIPS) AND MACRO INTERNATIONAL. **National Family Health Survey (NFHS-3) 2005–06**. Índia: Key Findings, 2007.

JENNINGS, V.; LUNDGREN, R. **Standard days method**: a simple, effective natural method. Usaid Global Health Technical Brief. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2004.

KALACA, S. *et al.* Expanding family planning options: offering the Standard Days Method to women in Istanbul. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v.31, n.2, p.123-127, Apr. 2005.

KALYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) study. **AECS Illumination.**, v.4, n.1, p.7-9, jan/mar. 2004.

KIRBY, D. *et al.* School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. **Public Health Rep.**, v.109, n.3, p.339-360, May/Jun.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, n.3, p.206-217, Mar. 2007.

KIRBY, D. *et al.* 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, Dec. 2010.

KULCZYCKI, A. The determinants of withdrawal use in Turkey: A husband's imposition or a woman's choice? **Social Science and Medicine.**, v.59, n.5, p.1019-1033, Sept. 2004.

LAMEIRAS, M. L. *et al.* 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, n.4, p.277-281, Aug. 2000.

LEITE, I. C.; GUPTA, N. Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil. **Reprod Health.**, v.4, n.6, p.1-10, Jul. 2007.

LEÓN, F. R. *et al.* Quality of delivery of the Standard Days Method as compared with contraceptive pills in Rwanda. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v.32, n.4, p.231-233, Oct. 2006.

\_\_\_\_\_. Four criteria to evaluate provider's service-delivery response to new contraceptive introduction. **Eval Rev.**, v.31, n.4, p.364-390, Aug. 2007.

LITTLE, P. *et al.* Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. **BMG.**, v.316, n. 7149, p.1948-1952, Jun. 1998.

LUNDGREN, R. *et al.* Cultivating Men's Interest in Family Planning in Rural El Salvador. **Stud Fam Plann.**, v.36, n.3, p.173-188, Sept. 2005

LUNDGREN, R. I.; KARRA, M. V.; YAM, E. A. The role of the Standard Days Method in modern family planning services in developing countries. **Eur J Contracept Reprod Health Care.**, v.17, n.4, p.254-259, Aug. 2012.

LUNDGREN, R. *et al.* Assessing the effect of introducing a new method into family planning programs in India, Peru, and Rwanda. **Reprod Health.**, v.9, n.17, p.9-17, Sept. 2012

MACRO INTERNATIONAL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. **Encuesta Demografica y de Salud Familiar, 2004–2006**. Calverton, Maryland: [s.n.], 2007.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.4, p.439-445, Oct/Dec. 2005.

MAIA, N. **Como elaborar uma oficina?** 2008. Disponível em: <<http://educadoresdesucesso.blogspot.com.br/2008/09/como-elaborar-uma-oficina.html>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

MARINHO, L. A. B. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Pública.**, v.37, n.5, p.576-582, Oct. 2003.

MELNICK, A. L. *et al.* 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, Nov/Dec. 2008.

METSON, D. *et al.* Effect of information leaf- lets on long term recall - useful or useless? **Br J Fam Plann.**, v.17, n.1, p.21-23, Apr. 1991.

MOITA, F. M. G. S. C.; ANDRADE, F. C. B. **O saber de mão em mão:** a oficina pedagógica como dispositivo para formação docente e a construção do conhecimento em escola pública. Disponível em: <<http://www.filomenamoita.pro.br/pdf/GT06-1671.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 880 p.

NAIK, S.; SUCHI, T.; LUNDGREN, R. Options for maintaining quality family planning counseling: strategies for refresher training. **International Journal for Quality in Health Care.**, v.22, n.2, p.145-150, Jan. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escola Bloomberg de Saúde Públic. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID). **Planejamento Familiar:** um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore: [s.n.], 2007.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura.**, v.14, n.2, p.77-88, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.uces.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/16/15>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

PAVON, S.; VELASQUES, C.; LUNDGREN, R. **Informed choice in natural methods in family planning programs, final report, Tegucigalpa**. Honduras: ASHONPLAFA; Secretaria de Salud, 2003.

PÉREZ, S. C *et al.* 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.**, Madrid, v.79, n.5, p.581-589, Sept/Oct. 2005.

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

PROJECT CONCERN INTERNATIONAL (PROCOSAL). Instituto de Salud Reproductiva, and Georgetown University. **Planificando Juntos**: Guía de Educación para la Visita Familiar. El Salvador: [s.n.], 2000.

QIAN, X. *et al.* 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, May. 2007.

RAS, E. *et al.* La educación sexual en los adolescentes desde la atención primaria. **Salud Rural.**, v.21, n.3, p.89-96, 2004.

ROSETO-BIXBY, L.; MARTIN, T. C.; GARCIA, T. M. Is Latin America starting to retreat from childbearing? In: POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA (PAA). ANNUAL MEETING PROGRAM, 2008, New Orleans. **Proceedings...** [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: <<http://paa2008.princeton.edu/sessionViewer.aspx?sessionId=152>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

RWANDA. Ministry of Finance and Economic Planning. **Rwanda Vision 2020**. Kigali, Rwanda: [s.n.], 2000.

SANTOS, A. C. B. **O que é uma oficina pedagógica?** 2008. Disponível em: <<http://cesarbrito-jha.blogspot.com.br/2008/08/o-que-oficina-pedaggica.html>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, 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, July/Sept. 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, May. 1971.

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. 794-799, Jun. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Regional VI**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-VI>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

SEDGH, G. *et al.* Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. **International Family Planning Perspective.**, v.32, n.4, p.175-184, Dec. 2006.

SINAI, I.; JENNINGS, V.; ARÉVALO, M. The importance of screening and monitoring: the Standard Days Method and cycle regularity. **Contraception.**, v.69, n.3, p. 201-206, Mar. 2004.

SINAI, I.; ARÉVALO, M. It's all in the timing: coital frequency and fertility awareness-based methods of family planning. **J Biosoc Sci.**, v.38, n.6, p.763-777, Nov. 2006.

SINAI, I. *et al.* Fertility awareness-based methods of family planning: predictors of correct use. **Int Fam Plan Perspect.**, v. 32, n.2, p.94-100, Jun. 2006.

SINAI, I.; LUNDGREN, R. I.; GRIBBLE, J. N. Continued use of the Standard Days Method. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v.38, n.3, p.150-156, Jul. 2012.

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, n.397, p.409-414, Aug. 1995.

STEPHENSON, J. *et al.* 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, Nov. 2008.

STILLWELL, S. *et al.* Asking the clinical question: a key step in evidence-based practice. **American Journal of Nursing.**, v.110, n.3, p.58-61, Mar. 2010.

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.1567-1571, Nov. 1993.

UJUJU, C. *et al.* Religion, culture and male involvement in the use of the Standard Days Method: evidence from Enugu and Katsina states of Nigeria. **Int Nurs Rev.**, v.58, n.4, p.484-490, Dec. 2011.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório:** revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2005. 130 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VOGT, C.; SCHAEFER, M. Knowledge matters – Impact of two types of information brochure on contraceptive knowledge, attitudes and intentions. **The European of Contraception and Reproductive Health Care.**, v.17, n. 2, p.135-143, Apr. 2012.

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.

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

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

### APÊNDICE A – ENTREVISTA

1. \_\_\_\_ 2. \_\_\_\_ 3. \_\_\_\_ 4. \_\_\_\_ 5. \_\_\_\_ 6. \_\_\_\_ 7. \_\_\_\_ 8. \_\_\_\_ 9. \_\_\_\_ 10. \_\_\_\_ 11. \_\_\_\_ 12. \_\_\_\_ 13. \_\_\_\_

- 1 Idade (em anos completos): \_\_\_\_\_
- 2 Escolaridade (anos de estudos): \_\_\_\_\_
- 3 Condição de união:
  - 1 ( ) Com companheiro fixo
  - 2 ( ) Com companheiro eventual
  - 3 ( ) Ambos
  - 4 ( ) Sem companheiro
- 4 Renda familiar \_\_\_\_\_ (reais)
- 5 Número de pessoas na família \_\_\_\_\_
- 6 Número de filhos vivos \_\_\_\_\_
- 7 Já utilizou algum método anticoncepcional? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não
- 8 Se sim, qual?
 

1 ( ) Preservativo masculino	11 ( ) Coito interrompido
2 ( ) Preservativo feminino	12 ( ) Método da lactação com amenorreia
3 ( ) DIU hormonal	13 ( ) Temperatura basal
4 ( ) DIU de cobre	14 ( ) Muco cervical
5 ( ) Diafragma	15 ( ) Sintotérmico
6 ( ) Espermaticida	16 ( ) Tabela
7 ( ) Anticoncepcional oral combinado	17 ( ) Outro: _____
8 ( ) Pílula exclusiva de progestágeno	18 ( ) não se aplica
9 ( ) Anticoncepcional injetável combinado	
10 ( ) Anticoncepcional injetável exclusivo de progestágeno	
- 9 Você apresentava efeitos colaterais com o uso do método anticoncepcional?
  - 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 3 ( ) não se aplica
- 10 Atualmente, você utiliza algum método anticoncepcional? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não
- 11 Se sim, qual?
 

1 ( ) Preservativo masculino	11 ( ) Coito interrompido
2 ( ) Preservativo feminino	12 ( ) Método da lactação com amenorreia
3 ( ) DIU hormonal	13 ( ) Temperatura basal
4 ( ) DIU de cobre	14 ( ) Muco cervical

- 5 ( ) Diafragma  
6 ( ) Espermaticida  
7 ( ) Anticoncepcional oral combinado  
8 ( ) Pílula exclusiva de progestágeno  
9 ( ) Anticoncepcional injetável combinado  
10 ( ) Anticoncepcional injetável exclusivo de progestágeno  
15 ( ) Sintotérmico  
16 ( ) Tabela  
17 ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
18 ( ) não se aplica

12 Há quanto tempo você utiliza este método anticoncepcional?

- 1 ( ) até 6 meses 2 ( ) mais de 6 meses a 1 ano 3 ( ) mais de 1 ano a 3 anos  
4 ( ) mais de 3 anos a 5 anos 5 ( ) mais de cinco anos 6 ( ) não se aplica

13 Quanto à pretensão de engravidar:

- 1 ( ) Não tem nenhum desejo  
2 ( ) Tem um pequeno desejo  
3 ( ) Não sei ou não tenho opinião  
4 ( ) Tem grande desejo  
5 ( ) Tem um enorme desejo



**APÊNDICE B – INQUÉRITO CAP**

Nº do formulário: \_\_\_\_\_

1. Data de preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Nome da participante: \_\_\_\_\_
3. Endereço: \_\_\_\_\_
4. Agente Comunitário de Saúde responsável: \_\_\_\_\_
5. Telefone para contato: \_\_\_\_\_
6. Inquérito

- 1 ( ) Pré-teste (antes da intervenção)
- 2 ( ) Pós-teste (logo após a intervenção)
- 3 ( ) Pós-teste (um mês após a intervenção)
- 4 ( ) Pós-teste (dois meses após a intervenção)

**PARTE I- Inquérito CAP – Conhecimento sobre o Método dos Dias Fixos (MDF) ou Método do colar**

Assinale com um X a resposta que você considerar correta para a pergunta:

1.1 Para que serve o Método Anticoncepcional dos Dias Fixos, também conhecido como Método do colar?

- 1. Evita as doenças sexualmente transmissíveis.
- 2. Evita a gravidez.
- 3. Evita má formação do feto.
- 4. Não sei.

1.2 Qualquer mulher pode usar o Método dos Dias Fixos ou Método do colar?

- 1. Sim, pois independe do ciclo menstrual ser regular ou irregular.
- 2. Não, somente se seu ciclo menstrual for regular independente de sua duração.
- 3. Não. Somente se seu ciclo menstrual for regular e tiver duração de 26 a 32 dias.
- 4. Não sei.

1.3 O Método dos Dias Fixos ou Método do colar causa efeitos colaterais ou queixas de saúde em quem usa?

- 1. Não, pois é um método de planejamento familiar baseado apenas na observação do ciclo menstrual.
- 2. Sim, seus efeitos colaterais ou queixas de saúde são severos, sendo motivo importante do abandono do método.
- 3. Sim, seus efeitos colaterais ou queixas de saúde são muitos, porém leves.
- 4. Não sei.

1.4 O Método dos Dias Fixos ou Método do colar apresenta complicações ou riscos à saúde?

- 1. Pouco risco.
- 2. Muito risco.
- 3. Nenhum risco.
- 4. Não sei.

1.5 São benefícios ou pontos positivos do Método dos Dias Fixos ou Método do colar:

- 1. Ajuda a mulher a aprender sobre seu corpo e identificar os dias que pode engravidar.
- 2. Protege das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- 3. Ajuda na prevenção do câncer de colo uterino.
- 4. Não sei.

1.6 São dificuldades relacionadas ao uso do Método dos Dias Fixos ou Método do colar:

- 1. Exige um período sem relação sexual para os casais que não querem engravidar.
- 2. É um método caro.
- 3. É um método que exige a orientação de um profissional especializado.
- 4. Não sei.

1.7 Como se utiliza o Método dos Dias Fixos ou Método do colar?

- 1. Realizando a observação do muco cervical ou secreção que sai pela vagina.
- 2. Verificando a temperatura do corpo em repouso.
- 3. Seguindo um colar de contas em cores diferenciadas para os períodos fértil e infértil.
- 4. Não sei.

## **PARTE II- Inquérito CAP – Atitude sobre o Método dos Dias Fixos (MDF) ou Método do colar**

Leia cada frase a seguir e assinale com um X no quadrado de acordo com o grau de concordância que você acha que a frase deve ter:

2.1 É importante que a mulher comece o Método dos Dias Fixos ou Método do colar no primeiro dia da menstruação.

- 0. Concordo plenamente
- 1. Concordo em parte
- 2. Não tenho opinião
- 3. Discordo em parte
- 4. Discordo plenamente

2.2 No período das contas que sinalizam os dias inférteis, a mulher tem pouca chance de engravidar.

- 0. Concordo plenamente

- 1. Concordo em parte
- 2. Não tenho opinião
- 3. Discordo em parte
- 4. Discordo plenamente

2.3 No período das contas que sinalizam os dias férteis, a mulher tem elevada chance de engravidar.

- 0. Concordo plenamente
- 1. Concordo em parte
- 2. Não tenho opinião
- 3. Discordo em parte
- 4. Discordo plenamente

2.4 As mulheres que usam o Método dos Dias Fixos ou Método do colar precisam confeccionar um novo colar a cada três meses.

- 0. Concordo plenamente
- 1. Concordo em parte
- 2. Não tenho opinião
- 3. Discordo em parte
- 4. Discordo plenamente

2.5 O Método dos Dias Fixos ou Método do colar é um método seguro para evitar a gravidez.

- 0. Concordo plenamente
- 1. Concordo em parte
- 2. Não tenho opinião
- 3. Discordo em parte
- 4. Discordo plenamente

2.6 Após a intervenção educativa, você usaria o Método dos Dias Fixos ou Método do colar para evitar a gravidez.

- 0. Concordo plenamente
- 1. Concordo em parte
- 2. Não tenho opinião
- 3. Discordo em parte
- 4. Discordo plenamente

### **PARTE III- Inquérito CAP – Prática sobre o Método dos Dias Fixos (MDF) ou Método do colar**

Leia cada frase e marque sua resposta.

3.1 Você já usou ou usa o Método dos Dias Fixos ou Método do colar?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Caso sua resposta seja “não”, é desnecessário seguir respondendo as próximas perguntas.

3.2 Quanto ao uso do Método dos Dias Fixos ou Método do colar, você inicia no primeiro dia da menstruação? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

3.3 Quanto ao uso do Método dos Dias Fixos ou Método do colar, você anota em um formulário as características do seu muco cervical? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não

3.4 Quanto ao uso do Método dos Dias Fixos ou Método do colar para evitar a gravidez, você tem relações sexuais vaginais quando o anel encontra-se sobre as contas que indicam o período fértil?

1 ( ) Sim 2 ( ) Sim, mas com preservativo 3 ( ) Não

3.5 Quanto ao uso do Método dos Dias Fixos ou Método do colar, se a menstruação chegar antes que tenha alcançado a conta que indica o primeiro dia da menstruação, você pula as contas que ainda faltam até a conta indicativa do primeiro dia da menstruação?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

3.6 Quanto ao uso do Método dos Dias Fixos ou Método do colar, se o anel atingir a conta que indica o primeiro dia da menstruação antes da chegada desta, você permanece com o anel sobre a conta e aguarda chegar a menstruação?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não

3.7 Há quanto tempo você usa/usou o Método dos Dias Fixos ou Método do colar? \_\_\_\_ meses

3.8 Você usa/usou o Método dos Dias Fixos ou Método do colar associado a outro método?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

#### **PARTE IV - Inquérito CAP – Fatores favoráveis e desfavoráveis à prática do Método dos Dias Fixos (MDF) ou Método do colar**

Leia cada frase e marque sua resposta.

4.1 Qual o principal motivo de estar usando ou ter utilizado o Método dos Dias Fixos ou Método do colar?

1 ( ) Acha um método seguro 2 ( ) Não possui efeitos colaterais ou queixas de saúde  
3 ( ) Não gosta de usar métodos hormonais 4 ( ) Possui contraindicação para os métodos hormonais

5 ( ) Está gostando do método 6 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

4.2 Se usou o Método dos Dias Fixos ou Método do colar, porque parou?

1 ( ) Ficou com medo de ficar grávida 2 ( ) Prefere usar um método mais conhecido

3 ( ) Não protege das Doenças Sexualmente Transmissíveis 4 ( ) Parceiro não aceita

5 ( ) É um método difícil de usar 6 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – CARTAZ USADO NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

### MÉTODO DOS DIAS FIXOS OU MÉTODO DO COLAR

#### O que é o método do colar?

✓É um método que ajuda a identificar o **período fértil**.

**Período fértil** são os dias do mês que o corpo da mulher está preparado para engravidar.

✓É muito seguro. De cada 100 mulheres que usam esse método, em um ano, menos de 5 engravidam.

#### Quando o método pode ser usado?

✓Quando o ciclo menstrual é **regular**, ou seja, o número de dias entre uma menstruação e outra varia entre 26 e 32 dias.



✓O método não causa efeito colateral ou risco à saúde;  
 ✓É fácil de usar ;  
 ✓É de baixo custo;  
 ✓Ajuda as mulheres a conhecerem o corpo.

#### Como montar o colar?

✓Começa com uma conta de cor vermelha - representa o primeiro dia da menstruação.

✓Segue-se com 6 contas que indicam o período infértil – todas da mesma cor.

✓As contas de 8 a 19 representam os dias férteis. Escolha outra cor para todas essas contas.

✓Da 20ª a 32ª, as contas são novamente da cor das seis primeiras e indicam a volta do período infértil.

✓Após a 32ª conta, chega-se à conta vermelha - indica o primeiro dia da nova menstruação.

✓O colar tem um anel de borracha que deve estar sobre a conta vermelha no primeiro dia da menstruação e ser passado diariamente à conta seguinte.



✓As contas são ovais, com um extremo fino dirigido à conta vermelha, para facilitar a passagem do anel de borracha, e o outro extremo redondo, para dificultar a passagem do anel na direção oposta.

## APÊNDICE C- CARTAZ USADO NA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

**COMO USAR O MÉTODO DO COLAR?**

Cada conta do colar representa um dia do ciclo menstrual.)

- 1 No dia 1—o primeiro dia da menstruação—mova o anel de borracha para a conta vermelha.
- 2 No dia seguinte, mova o anel para a próxima conta. Faça isso todos os dias, mesmo nos dias de menstruação.
- 3 Os dias com contas brancas são dias em que a mulher pode engravidar. Ela deve evitar o sexo desprotegido.
- 4 Os dias de contas marrons são dias em que a gravidez é improvável e ela poderá fazer sexo desprotegido.
- 5 Se a menstruação recomeçar antes de chegar na conta marrom escura, o ciclo menstrual dela dura menos do que 26 dias.
- 6 Se a menstruação não recomeçar antes de chegar na última conta marrom, o ciclo menstrual dela dura mais do que 32 dias.

✓ O casal deve anotar no calendário o primeiro dia da menstruação, para verificar se há erro na passagem do anel preto sobre as contas.

✓ Enquanto o anel preto estiver sobre as contas marrons, o casal pode ter relações sexuais vaginais, com risco mínimo de engravidar. A partir do dia em que o anel chega às contas brancas, o casal deve evitar relações sexuais vaginais, até atingir novamente as contas marrons.

✓ Se a menstruação chegar antes que o anel de borracha tenha alcançado a conta vermelha, pular as contas marrons que ainda faltarem e passar o anel até a conta vermelha indicativa do primeiro dia da menstruação.

✓ Se o anel atingir a conta vermelha antes de chegar a menstruação, ele deve ficar nesse lugar esperando a menstruação chegar.

Bibliografia consultada:  
Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Brasília, DF, 2010.



## APÊNDICE D – MATERIAL PARA CONSTRUÇÃO DO COLAR DE CONTAS

### MATERIAL PARA CONSTRUÇÃO DO COLAR:

- Contas em formato de gota de diversas cores (marrom, bege, rósea, branca, verde, vermelha, amarela e laranja) para cada mulher personalizar o seu colar, seguindo o modelo original do colar Brasil (2010);
- Contas de cores variadas, em formato diferenciado, para finalizar o colar;
- Anel flexível e resistente para ser perpassado entre as contas;
- Fio de nylon;
- Tesoura;
- Presilha;
- Alicate.



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

Você está sendo convidada por mim, Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente, para participar como voluntária de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia, atentamente, as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo testar uma forma de ensinar o uso do Método dos Dias Fixos (Método do Colar) e, assim, verificar se a referida forma de ensinar melhora o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres que participam. A pesquisa não oferecerá risco à sua saúde. A coleta dos dados será realizada por meio do preenchimento de um instrumento ou inquérito. Este inquérito será preenchido uma primeira vez, que será hoje, nessa oportunidade. Você irá participar de um encontro, no qual iremos aprender sobre o uso do método do colar, inclusive confeccionando o seu colar. Após esse encontro, o inquérito será novamente aplicado, repetindo essa aplicação após três meses e seis meses. Todos esses encontros serão organizados e marcados por nós com a sua participação, não sendo motivo de preocupação. Como benefícios, você receberá informações sobre um método anticoncepcional que lhe ajudará a conhecer o seu corpo, que não tem efeitos colaterais, fácil de usar e de baixo custo. Garantimos total sigilo quanto a sua identidade e às informações, as quais somente serão utilizadas com os fins de pesquisa. Você também poderá deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo, também não receberá nenhuma compensação financeira por sua participação.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

**Nome:** Mayenne Myrcea Quintino P. Valente **Instituição:** Universidade Federal do Ceará  
**Endereço:** Rua João Paulo I, 196. Sapiranga. Fortaleza-CE. **Telefones para contato:** 85. 99141649/91431733 **E-mail:** [mayennep@hotmail.com](mailto:mayennep@hotmail.com)  
**Nome:** Escolástica Rejane Ferreira Moura **Instituição:** Universidade Federal do Ceará  
**Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE.  
**Telefones para contato:** 85.88555803 **E-mail:** [escolpaz@yahoo.com.br](mailto:escolpaz@yahoo.com.br)

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, localizado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da voluntária	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se a voluntária não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura



## APÊNDICE F – CARTA-CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS (JUÍZES)

Sr(a). profissional, meus cumprimentos.

Apresento-me como Enfa. Me Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente e estou realizando uma pesquisa voltada à promoção do uso do Método Anticoncepcional dos Dias Fixos ou Método do colar. Para tanto, utilizarei o Inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), como instrumento de coleta de dados das participantes. Assim, utilizando o termo “inquérito CAP” no Google, identifiquei seu artigo publicado, no qual também usou o mesmo método. Portanto, venho convidá-lo a participar como avaliador deste inquérito, a observar os seguintes aspectos: extensão do inquérito, clareza, formato e adequação das perguntas e das opções de respostas. Solicito que as contribuições gerais sejam enviadas na forma textual e havendo contribuições específicas para perguntas/respostas, que seja indicada o número da pergunta.

Caso, aceite o convite, estarei encaminhando via e-mail dois anexos: o inquérito CAP e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicito que este último seja impresso, assinado, escaneado e devolvido. Por gentileza, queira enviar suas contribuições em até no máximo 10 dias após o recebimento deste e-mail.

Espero contar com suas valiosas contribuições e, nesta oportunidade, antecipo os meus sinceros agradecimentos.

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente

Doutoranda em Enfermagem - Universidade Federal do Ceará.

## APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr(a) está sendo convidado(a) por mim, Enfa. Ms Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente, para participar como juiz(a), no processo de construção e validação de um “Questionário” a ser aplicado em Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática), voltado ao Método Anticoncepcional dos Dias Fixos ou Método do Colar. Essa atividade constitui parte do desenvolvimento da Tese intitulada “Estratégia educativa voltada à promoção do Método dos Dias Fixos” junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A pesquisa tem como objetivo testar uma intervenção de Enfermagem para ensinar o uso do referido Método Anticoncepcional e assim verificar se a referida forma de ensinar melhora o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres participantes.

Sua identificação como juiz(a) foi realizada via internet, utilizando o termo “inquérito CAP”, no Google, no qual identifiquei seu artigo publicado, o qual também utilizou o mesmo método.

A pesquisa não lhe trará nenhum risco, pois sua participação se refere à avaliação de um questionário de inquérito CAP quanto aos seguintes aspectos: extensão do inquérito, clareza, formato e adequação das perguntas e opções de respostas. A participação é voluntária, livre e não prevê pagamento ou outra forma de compensação financeira, bem como não terá ônus. Garantimos o sigilo sobre a sua identidade e as contribuições enviadas, sendo estas utilizadas apenas para efeito da pesquisa. Também informamos que o Sr(a) poderá deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Como benefícios, o Sr(a) estará contribuindo para o aperfeiçoamento de um inquérito que tem como finalidade avaliar Conhecimento, Atitude e Prática das participantes quanto ao Método dos Dias Fixos.

**Nome:** Mayenne Myrcea Quintino P. Valente **Instituição:** Universidade Federal do Ceará  
**Endereço:** Rua João Paulo I, 196. Sapiroanga. Fortaleza-CE. **Telefones para contato:** 85. 99141649/91431733 **E-mail:** [mayennep@hotmail.com](mailto:mayennep@hotmail.com)  
**Nome:** Escolástica Rejane Ferreira Moura **Instituição:** Universidade Federal do Ceará  
**Endereço:** Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE.  
**Telefones para contato:** 85.88555803 **E-mail:** [escolpaz@yahoo.com.br](mailto:escolpaz@yahoo.com.br)

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, localizado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da voluntária	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se a voluntária não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

## APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO DE APRECIÇÃO (JUÍZES)

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

Nº: \_\_\_\_\_

### PARTE 1. IDENTIFICAÇÃO DOS JUÍZES

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Área de trabalho: \_\_\_\_\_

Função/ Cargo na instituição: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na área: \_\_\_\_\_

Titulação: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

( ) Sim ( ) Não, especificar: \_\_\_\_\_

### PARTE 2. INSTRUÇÕES

Após conhecer e utilizar o material em validação, aplique e analise o instrumento que segue marcando um “X” em um dos números que estão à frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

#### Valoração:

1 – Totalmente adequado

3 – Parcialmente adequado

2 – Adequado

4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou este item no espaço abaixo da tabela.

**OBS.:** Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

**1. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO:** Refere-se à forma de apresentar as informações e conteúdos. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação, extensão do inquérito, clareza e formato das perguntas e adequação das opções de respostas.

1.1 Extensão do inquérito	1	2	3	4
1.2 Clareza das perguntas	1	2	3	4
1.3 Formato das perguntas	1	2	3	4
1.4 Adequação das opções de respostas	1	2	3	4
1.5 A visualização da apresentação é adequada	1	2	3	4
1.6 A apresentação é atrativa, com sequência lógica	1	2	3	4
1.7 O material está apropriado aos aspectos socioculturais do público-alvo	1	2	3	4
1.8 O conteúdo é suficiente	1	2	3	4

## APÊNDICE I – CALENDÁRIO DE ENCONTRO COM AS PARTICIPANTES

### APÊNDICE I – CALENDÁRIO DE ENCONTROS

Nome da participante: \_\_\_\_\_

ENCONTROS PRÉ-ESTABELECIDOS	DATA	HORÁRIO
1º Encontro		
2º Encontro		
3º Encontro		
4º Encontro		
5º Encontro		
6º Encontro		

ENCONTROS EXTRAS	DATA	HORÁRIO
1º Encontro Extra		
2º Encontro Extra		
3º Encontro Extra		
4º Encontro Extra		
5º Encontro Extra		
6º Encontro Extra		

LOCAL: PROJETO DO BEM ESTAR COMUNITÁRIO  
Endereço: Rua Frei Caneca, Nº 299 – Bairro: Tancredo Neves

LOCAL: CSF MARIA DE LOURDES JEREISSATI

Endereço: Rua Reino Unido, Nº 115 – Bairro: Tancredo Neves

Qualquer dúvida entrar em contato com a Enfermeira Mayenne Myrcea através do telefone: (085) 89562499]

<b>Janeiro 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 <small>01 Condição Universal</small>	<b>Fevereiro 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 <small>12 Carnaval / 13 Círcos</small>
<b>Maio 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 <small>01 Dia do Trabalho / 30 Corpus Christi</small>	<b>Junho 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 <small>23/30</small>
<b>Setembro 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 <small>07 Independência do Brasil</small>	<b>Outubro 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 <small>12 Nossa Sra. Aparecida</small>
<b>Março 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 <small>25 Páscua de Cristo / 31 Páscua</small>	<b>Abril 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 <small>21 Tiradentes</small>
<b>Julho 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	<b>Agosto 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
<b>Novembro 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 <small>02 Finados / 15 Procl. da República</small>	<b>Dezembro 2013</b> <small>DOM SEG TER QUA QUI SEX SAB</small> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 <small>25 Natal</small>

## APÊNDICE J – CARTAZ/PANFLETO DE DIVULGAÇÃO DO MÉTODO DOS DIAS FIXOS

**VOCÊ DESEJA CONHECER MAIS UM MÉTODO  
DE PLANEJAMENTO FAMILIAR?**

**Venha conhecer o Método do Colar**



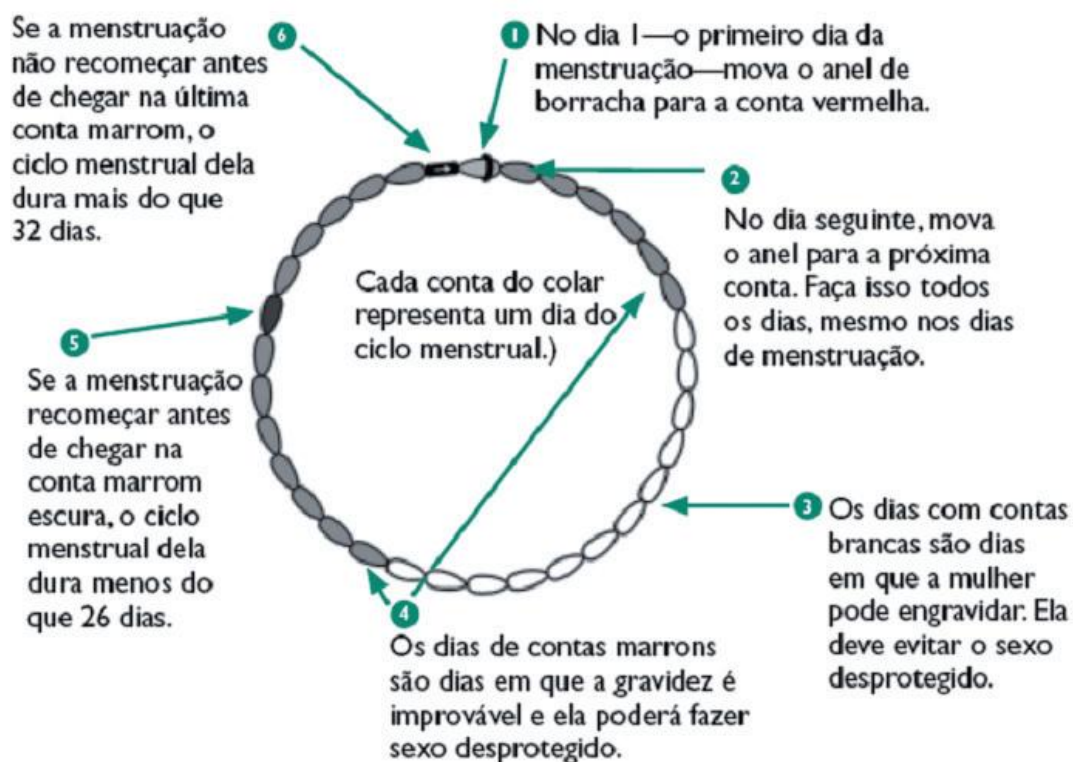
- ✓ É um método que não causa queixas, oferece boa segurança e ajuda a conhecer como o corpo funciona.

**Para participar é só  
procurar uma das  
enfermeiras:**

- Mayenne Myrcea: 8956 2499
- Aline Áfio: 8840 0053
- Carla Suellen: 8808 7016
- Nahana Santiago (Acadêmica de Enfermagem): 8892 3214



## ANEXO A – MÉTODO DOS DIAS FIXOS



(BRASIL, 2010)

## ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMEPE/UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estratégia educativa voltada à promoção do Método dos Dias Fixos

**Pesquisador:** Mayenne Myrcosa Quintino Pereira Valente

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09413713.9.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 237.127

**Data da Relatoria:** 04/04/2013

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de tese baseado na hipótese de que estratégia educativa fundamentada na técnica de oficina é eficaz na promoção do método dos dias fixos (MDF) melhorando o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres com relação ao método. Estudo quase-experimental que será desenvolvido no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria de Lourdes Jerelssati da Secretaria Executiva Regional (SER) VI do Município de Fortaleza-CE. O grupo de participante será constituído por 60 mulheres em idade fértil acompanhadas pelas equipes da ESF. As mulheres participantes serão selecionadas por conveniência e de forma intencional. Serão incluídas usuárias do SUS, especificamente da ESF, em idade reprodutiva (18-49 anos) e que tenham vida sexual ativa. Serão excluídas mulheres laqueadas, hysterectomizadas, ooforectomizadas, gestantes, lactantes, mulheres cujos companheiros sejam vasectomizados, mulheres com ciclo menstrual irregular, mulheres que façam uso de métodos hormonais e Dispositivo Intra-Uterino (DIU). A coleta de dados será realizada pela pesquisadora com o auxílio de duas enfermeiras. As mulheres serão abordadas em salas de espera do CSF enquanto aguardam atendimento e levadas até um local privativo previamente selecionado para realização da entrevista. A entrevista seguirá um formulário contendo perguntas referentes às variáveis: idade, escolaridade, renda familiar, ocupação, condição de união, número de filhos vivos e futuras pretensões de engravidar, bem como a respeito de suas práticas anticoncepcionais prévias. Na sequência, será fornecido um questionário para avaliar o Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) das participantes quanto ao

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2003

**E-mail:** comepe@ufc.br

MDF. O questionário será lido em voz alta para as participantes sem escolaridade. O questionário para o Inquérito CAP será testado junto a pelo menos cinco profissionais com experiência na aplicação do referido método, com trabalho científico publicado em periódico qualis. Estes serão identificados via on-line através do site de busca Google utilizando o termo inquérito CAP. O material será enviado via e-mail, sendo dado o prazo de 10 dias úteis para envio da avaliação e contribuições. Também será realizado um teste piloto com 10 mulheres do CSF Maria de Lourdes Jerelssati, a fim de avaliar a adequabilidade do instrumento (Inquérito CAP). Concluído o Inquérito CAP, as mulheres receberão um cartão convite com informações de data, local e horário para sua participação na etapa de intervenção da pesquisa. A oficina será realizada com 12 participantes por grupo. Cada grupo participará de uma única intervenção educativa (único encontro). Assim, considerando que esta intervenção será feita com 60 mulheres, ocorrerão cinco oficinas entre pesquisador e diferentes grupos de participantes. Cada oficina terá duração máxima de duas horas. A intervenção de enfermagem será realizada em um local próximo ao (CSF) Maria de Lourdes Jerelssati, que funciona como um espaço de apoio aos profissionais que atendem no CSF. Nessa ocasião, a pesquisadora tomará nota de endereço, telefone e ponto de referência de cada participante. As mulheres serão lembradas por agentes comunitárias de saúde, em média três dias antes da intervenção. Na véspera da intervenção, as participantes serão contactadas pela pesquisadora por meio de ligação telefônica. A intervenção consistirá em uma oficina, na qual as mulheres receberão todas as informações necessárias ao uso correto do MDF e terão a oportunidade de criar o seu colar de contas, artefato essencial ao uso do método. Após a intervenção de enfermagem, cada participante responderá ao Inquérito CAP pós-teste imediato. Novos acompanhamentos serão agendados três e seis meses após a intervenção. Será realizada análise estatística.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Testar a estratégia de oficina educativa voltada à promoção de Conhecimento, Atitude e Prática favoráveis ao uso do Método dos Dias Fixos.

**Específicos:** Descrever características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas do grupo pesquisado; Comparar o conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o Método dos Dias Fixos antes e depois de intervenção de enfermagem (imediatamente, após 3 e 6 meses).

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** O estudo possui um risco mínimo (constrangimento) que será minimizado durante a realização da entrevista e aplicação dos Inquéritos CAP.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-370

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-6344

Fax: (85)3223-3003

E-mail: [comape@ufc.br](mailto:comape@ufc.br)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



**Benefícios:** Os principais benefícios deste estudo será a promoção de um método no leque de variedades de métodos anticoncepcionais ofertados no Sistema Único de Saúde, de modo acessível a cada mulher em idade fértil, que busque assistência em Planejamento Familiar na atenção básica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área de planejamento familiar. Há descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto e congruência entre estes e os métodos adotados. Princípios éticos foram respeitados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador apresentou: carta de anuência do Sistema Municipal de Saúde Escola; cronograma com realização do programa educacional começando em abril de 2013; currículo do pesquisador principal; folha de rosto assinada pelo chefe do DENF / UC; orçamento; carta de encaminhamento ao CEP; declaração de concordância; TCLE para as mulheres e TCLE para profissionais.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 04 de Abril de 2013

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-3903

E-mail: [conep@ufc.br](mailto:conep@ufc.br)