

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM ATENÇÃO À SAÚDE**

**PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**UBERABA-MG
2009**

BIBIANE DIAS MIRANDA PARREIRA

**PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da Mulher

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

Co-orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi.

*Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil)*

Parreira, Bibiane Dias Miranda, 1978-

P259u Práticas contraceptivas de puérperas atendidas em um hospital
universitário/Bibiane Dias Miranda Parreira. -- 2009.
112f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2009.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

Co-orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi.

1. Anticoncepção. 2. Planejamento familiar. 3. Período pós-parto.
I. Silva, Sueli Riul da. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III.
Título.

CDU 314:613.99

BIBIANE DIAS MIRANDA PARREIRA

**PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS DE PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Riul da Silva.

Co-orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi.

Uberaba, ____ de _____ de 2009.

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientador

Profa. Dra. Maria Angélica Oliveira Mendonça
Universidade Federal de Uberlândia
Membro

Profa. Dra. Ana Carolina D'Arelli de Oliveira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro

Dedico essa dissertação à minha família.

*Aos meus pais, **Maurílio e Neuza**, pelo amor, carinho, apoio e compreensão nas minhas ausências. Obrigada por estarem sempre ao meu lado.*

*Ao meu marido **Pablo**, pelo apoio, companheirismo, paciência e amor incondicional.
Você foi fundamental para essa conquista.*

*Ao meu irmão **Erick** e ao meu sobrinho **Gabriel**, pelo carinho mesmo nos momentos de distância.*

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais esta oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Obrigada por estar sempre presente em minha vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sueli Riul da Silva, pelos ensinamentos, paciência, dedicação, carinho e intenso convívio.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi, pela disponibilidade, atenção e sugestões.

Às Profa. Dra. Ana Carolina, Eliana e Maria Angélica, pela disponibilidade, sugestões e recomendações pertinentes à pesquisa.

Às amigas de mestrado pela convivência e troca de conhecimentos e experiências.

À amiga Marina Aleixo pela amizade, ajuda nos momentos de dificuldades e pelos momentos de descontração.

À amiga Flávia, pela disponibilidade e atenção oferecida.

Às amigas, Ana Rita, Bethania, Marina Pereira e Millena, pela amizade e incentivo.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela oportunidade.

Aos professores do Curso de Graduação em Enfermagem/UFTM, especialmente aos do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, pela liberação e apoio.

À secretária do Curso de Mestrado em Atenção à Saúde, Maria Aparecida, pelo carinho e atenção.

Aos funcionários do Curso de Graduação em Enfermagem/UFTM pela colaboração.

Às puérperas, pela participação, que possibilitaram a realização desse estudo.

A todos que de alguma forma colaboraram para a realização dessa pesquisa.

RESUMO

PARREIRA, B. D. M. **Práticas contraceptivas de puérperas atendidas em um hospital universitário**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal de Uberaba, Uberaba (MG), 2009.

Este estudo teve como objetivo geral descrever as práticas contraceptivas de puérperas atendidas em um hospital universitário e, como objetivos específicos, descrever características sócio-demográficas das puérperas; o perfil das puérperas quanto à história ginecológica e obstétrica e de planejamento da gravidez atual; o perfil das puérperas quanto às características de conhecimento, uso, indicação, orientação recebida, satisfação, local de obtenção e dificuldades sobre os métodos anticoncepcionais (MAC); o perfil das puérperas sobre as intenções de ter filhos, número de filhos, intervalo de espera, uso, local de obtenção e orientação sobre MAC. Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, transversal. O grupo foi composto por 358 puérperas, internadas nas enfermarias de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - MG. A idade das participantes variou de 12 a 44 anos. As puérperas eram, predominantemente, casadas/moravam com companheiro, católicas, tinham de cinco a oito anos de estudo, não possuíam nenhuma renda, nem ocupação remunerada e eram procedentes do próprio município. Entre as participantes, 65,6% não planejaram a gravidez atual e 59,5% usaram algum MAC antes da gestação. Os métodos mais conhecidos pelas puérperas foram o anticoncepcional oral e o preservativo masculino. Entre as mulheres, 97,5% referiram já ter usado algum MAC, sendo os mais usados o preservativo masculino (91,4%) e o anticoncepcional oral (80,8%). As indicações e orientações sobre os MAC tiveram diversas fontes, destacando-se o profissional de saúde e 'ninguém'. O principal local de obtenção dos MAC foi à farmácia. A maioria relatou não ter dificuldades para adquirí-los. As dificuldades apresentadas foram: o método não estar disponível todo mês no serviço de saúde e o preço. As mulheres referiram insatisfação, principalmente, com relação ao uso do preservativo masculino e feminino e injetável trimestral. Não houve dificuldade no uso adequado dos MAC pela maioria das entrevistadas, as apresentadas estiveram relacionadas ao esquecimento da pílula e dificuldade de engolir-la, de colocar o método de barreira e identificar o período fértil. Evidenciou-se que as puérperas não receberam orientações sobre os MAC no pré-natal (67,5%) e no puerpério (94,5%). Grande parte das mulheres referiu não pretender ter mais filhos e desejar usar algum MAC após o parto, o mais citado foi o anticoncepcional oral (31,4%). Elas referiram como principal local de obtenção do MAC, após o parto, a farmácia e como principal profissional procurado para orientá-las, o médico. Conclui-se que as participantes conheciam e já utilizaram algum MAC, não apresentaram dificuldades no acesso e receberam indicações e orientações sobre os métodos de diversas fontes. Pretendiam utilizar algum contraceptivo após o parto, entretanto foram poucas as orientações sobre MAC no pré-natal e puerpério. Salienta-se que o puerpério é um importante momento para ações assistenciais e educativas voltadas à regulação da fecundidade.

Palavras-chave: Anticoncepção. Planejamento familiar. Período pós-parto. Enfermagem.

ABSTRACT

PARREIRA, B. D. M. **Contraceptive practices of puerperal women in a university hospital**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal de Uberaba, Uberaba (MG), 2009.

This study had as general goal to describe the contraceptive practices of puerperal women in a university hospital and as specific goals to describe socio-demographic characteristics of puerperal women, their profile regarding gynecological and obstetrical background and planning of current pregnancy; the profile of the puerperal women regarding their knowledge background, the usage, indication, guidance received, satisfaction, place of obtaining contraceptives and difficulties about contraceptive methods (MAC); the profile of puerperal women regarding their wish to have children, number of children, holding interval, usage, place of obtaining and orientation about MAC. This is a descriptive, quantitative and transversal study. The group was formed by 358 puerperal women, hospitalized in the nursing rooms of Gynecology and Obstetrics in Clinic Hospital of Federal University of Triangulo Mineiro – MG. The participants' average age was between 12 and 44 years old. The puerperal women were married or lived with their partners, catholic and they had five to eight years of education, had no income nor paid occupation and they came from this city. Among the participants, 65.6% did not plan their current pregnancy and 59.5% used some MAC before gestation. The most known methods by the puerperal women were oral contraceptive and male condom. Among the women, 97.5% mentioned that they had already used some MAC, whereas the most used one was the male condom (91.4%) and the oral contraceptive (80.8%). MAC orientation and indication had several sources, remarking the health care provider and 'nobody'. The main place where MAC was obtained was the drugstore. The majority reported no difficulty in obtaining them. The difficulties presented were: the method was not available every month at the health service unit and the price. The women reported dissatisfaction when using the male or the female condom and also the tri-monthly injection. There was no difficulty in the adequate usage of MAC by the most interviewed women. The difficulties presented were related to the forgetting of the pill and difficulty to swallow, wearing the barrier method and the identification of fertile period. It was clear that the puerperal women had no orientation about MAC in prenatal care (67.5%) and in the puerperal period (94.5%). A great number of the women do not intend to have children anymore and want to use some MAC after birth; the most mentioned one was the oral contraceptive (31.4%). They mentioned the drugstore as being the main place to obtain MAC after birth and that the physician will be the main professional looked for orientation. It is concluded that the participants know and already use some MAC, they present no difficulty in its access and they had indications and orientations about the methods from several sources. They intend to use some contraceptive method after birth. However there were few orientations about MAC in prenatal care and puerperal period. It is remarked that the puerperal period is an important time for assistance and educational actions turned to regulation of fecundation.

Key-words: Contraception. Family Planning. Puerperal period. Nurse.

RESUMEM

PARREIRA, B. D. M. **Práticas contraceptivas de puérperas atendidas en un hospital universitario**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal de Uberaba, Uberaba (MG), 2009.

Este estudio tuvo como objetivo general describir las prácticas contraceptivas de puérperas atendidas en un hospital universitario y objetivos específicos, describir características socio-demográficas de puérperas; el perfil de las puérperas cuanto características de historia ginecológica y obstétrica y de planeamiento del embarazo actual; de planeamiento del embarazo; el perfil de las puérperas cuanto características de conocimiento, uso, indicación, orientación recibida, satisfacción, local de obtención y dificultades sobre los métodos anticoncepcionales (MAC); el perfil de las puérperas sobre las intenciones cuanto al deseo de tener hijos, cantidad, tiempo de espera, uso, local de obtención y orientación sobre MAC. Se trata de estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. El grupo fue compuesto por 358 puérperas, internadas en las enfermerías de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba - MG. La edad de las participantes varió de 12 a 44 años. Las puérperas eran casadas/vivían con compañero, católicas, tenían de cinco a ocho años de estudio, no poseían ninguna renta, ni ocupación remunerada y era procedente del propio municipio. Entre las participantes 65,6% no planearon el embarazo actual y 59,5% usaron algún MAC antes del embarazo. Los métodos mas conocidos por las puérperas fueron el anticoncepcional oral y el preservativo masculino. Entre las mujeres, 97,5% refirieron ya haber usado algún MAC, siendo los mas usados el preservativo masculino (91,4%) y el anticoncepcional oral (80,8%). Las indicaciones y orientaciones tuvieron diversas fuentes, resaltándose el profesional de salud y 'nadie'. El principal local de obtención de los MAC fue la farmacia. La mayoría relató no tener dificultades para obtenerlos. Las dificultades presentadas fueron: el método no estar disponible todo mes en el servicio de salud y el precio. Las mujeres refirieron insatisfacción en el uso del preservativo masculino y femenino y injertable trimestral. No hubo dificultad en el uso adecuado de los MAC por la mayoría de las entrevistadas, las presentadas estuvieron relacionadas al olvido de la píldora y dificultad de engullir, de colocar el método de barrera y identificar el período fértil. Se evidenció que las puérperas no recibieron orientaciones sobre los MAC en el pré-natal (67,5%) y en el puerperio (94,5%). Grande parte de las mujeres refirió no pretender tener mas hijos y desear usar algún MAC pos el parto, el mas citado fue el anticoncepcional oral (31,4%). Ellas refirieron como principal local de obtención del MAC pos el parto, la farmacia y será el médico, el principal profesional procurado para orientarla. Se concluyó que las participantes conocen y ya utilizaron algún MAC, no presentaron dificultades en el acceso y recibieron indicaciones y orientaciones sobre los métodos de diversas fuentes. Fueron pocas las orientaciones sobre MAC en el pré-natal y puerperio. Se saliente que el puerperio es un importante momento para acciones asistenciales y educativas hacia la regulación de la fecundidad.

Palabras-clave: Anticoncepción. Planeamiento familiar. Período pos-parto. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a idade. Uberaba (MG) – 2009.....	38
Tabela 2	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a situação conjugal. Uberaba (MG) – 2009.....	39
Tabela 3	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a escolaridade. Uberaba (MG) - 2009.....	39
Tabela 4	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a religião e prática da religião. Uberaba (MG) - 2009.	40
Tabela 5	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a ocupação. Uberaba (MG) - 2009.....	40
Tabela 6	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a renda individual mensal em salários mínimos (SM). Uberaba (MG) - 2009.....	41
Tabela 7	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a idade na primeira relação sexual. Uberaba (MG) - 2009.....	43
Tabela 8	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a idade na primeira gravidez. Uberaba (MG) - 2009.....	43
Tabela 9	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo número de gestações e abortos. Uberaba (MG) - 2009.	45
Tabela 10	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o planejamento da gravidez atual. Uberaba (MG) - 2009.....	46
Tabela 11	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o uso de MAC antes da gestação atual. Uberaba (MG) – 2009.....	46
Tabela 12	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o motivo por ter engravidado usando MAC antes da gestação atual. Uberaba (MG) – 2009.....	47
Tabela 13	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o motivo por não ter usado MAC antes da gestação atual. Uberaba (MG) - 2009.....	49
Tabela 14	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o tipo de MAC usado antes da gestação atual. Uberaba (MG) - 2009.....	50
Tabela 15	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o conhecimento espontâneo sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	52

Tabela 16	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o conhecimento após estímulo sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	53
Tabela 17	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o uso de MAC. Uberaba (MG) – 2009.....	55
Tabela 18	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo os MAC já usados. Uberaba (MG) - 2009.....	56
Tabela 19	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a fonte de indicação de uso dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	59
Tabela 20	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a fonte de orientação sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	62
Tabela 21	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo orientação recebida (suficiente ou não) sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	65
Tabela 22	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo o local de obtenção dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	67
Tabela 23	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo dificuldade de obtenção dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	71
Tabela 24	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo o tipo de dificuldade encontrada na obtenção dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	72
Tabela 25	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo a satisfação em relação ao uso dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	75
Tabela 26	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo as dificuldades relacionadas ao uso adequado dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.....	77
Tabela 27	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo orientação recebida sobre MAC no pré-natal. Uberaba (MG) - 2009.....	79
Tabela 28	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo o tipo de MAC orientado no pré-natal e profissional que orientou. Uberaba (MG) – 2009.....	80
Tabela 29	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo intenção de ter de filhos, número de filhos e o intervalo em anos para a próxima gestação. Uberaba (MG) - 2009.	82

Tabela 30	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo intenção de uso de MAC após o parto e MAC pretendido. Uberaba (MG) - 2009.....	84
Tabela 31	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo local de obtenção do MAC e fonte de orientação. Uberaba (MG) - 2009.	89
Tabela 32	Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo orientação recebida sobre MAC no puerpério, o profissional que orientou e o MAC orientado. Uberaba (MG) - 2009.....	90

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	14
1.2	MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	18
1.3	PUERPÉRIO.....	23
2	OBJETIVOS.....	29
2.1	OBJETIVO GERAL.....	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	30
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	30
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	30
3.3.1	Justificativa para uso de grupos vulneráveis.....	30
3.3.2	Critérios de inclusão.....	31
3.3.3	Critérios de exclusão.....	31
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.4.1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	32
3.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	32
3.5.1	Variáveis do estudo.....	33
3.5.1.1	<i>Sócio-demográficas.....</i>	33
3.5.1.2	<i>História ginecológica e obstétrica.....</i>	34
3.5.1.3	<i>Planejamento da gravidez atual.....</i>	34
3.5.1.4	<i>Conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais.....</i>	35
3.5.1.5	<i>Dados sobre os MAC já usados pelas puérperas.....</i>	35
3.5.1.6	<i>Orientação recebida sobre MAC no pré-natal e puerpério</i>	36
3.5.1.7	<i>Intenção de uso de MAC após o parto.....</i>	36
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1	DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	38
4.2	HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA.....	42
4.3	PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ ATUAL.....	46
4.4	CONHECIMENTO SOBRE OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	51

4.5	CONHECIMENTO ESPONTÂNEO.....	52
4.6	CONHECIMENTO APÓS ESTÍMULO.....	53
4.7	DADOS SOBRE OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS JÁ USADOS PELAS PUÉRPERAS.....	55
4.8	ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PRÉ-NATAL.....	79
4.9	INTENÇÃO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS APÓS O PARTO.....	82
4.10	ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PUERPÉRIO.....	90
5	CONCLUSÃO.....	93
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICES.....	106
	APÊNDICE A - TERMO DE ESCLARECIMENTO 1.....	106
	APÊNDICE B - TERMO DE ESCLARECIMENTO 2.....	107
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	108
	ANEXOS.....	112
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	112

1 INTRODUÇÃO

1.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR

No Brasil, a fecundidade começou a cair nos anos 60 e manteve-se em declínio nas décadas seguintes (ALVES, 2006). Em 1970, a mulher brasileira tinha em média 5,8 filhos; em 1980, 4,4 filhos; em 1991 caiu para 2,9 filhos; em 2000 para 2,3 e em 2006 para 1,8 (IBGE, 2002; BRASIL, 2008a).

De acordo com Alves (2006), no Brasil, não havia uma política pública voltada para a dinâmica demográfica, nem qualquer outra política para atender a demanda da regulação da fecundidade. Devido a essa ausência de políticas públicas, as pessoas passaram a procurar outros serviços, como, por exemplo, farmácias, redes de saúde e outras instituições privadas, a fim de atender a necessidade de métodos contraceptivos.

Em 1966, instala-se a BEMFAM (Sociedade Bem-Estar da Família) no Brasil, a primeira instituição privada voltada a oferecer serviços de regulação da fecundidade. Suas ações expandiram-se através de clínicas, empresas particulares, prefeituras e universidades (ALVES, 2006; UNFPA, 2008).

No final da década de 70, as mulheres passaram a defender a regulação da fecundidade como direito de cidadania (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000). Com o avanço das conquistas feministas e o processo de democratização, o planejamento familiar passou a ser defendido no âmbito da integralidade da saúde da mulher (ALVES, 2006).

Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Esse programa surgiu com propostas e abordagens voltadas para a saúde da mulher, visando sua integralidade e não somente a saúde reprodutiva. Foi a partir do PAISM que houve um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher em todas as fases de seu ciclo vital (BRASIL, 1984; BRASIL, 2005a).

O PAISM preconizava ações que envolvem o pré-natal, parto e puerpério, câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o planejamento familiar com enfoque na concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

Nesse sentido, a atenção à saúde da mulher deveria envolver ações clínico-ginecológicas e educativas, com abordagem em todas as fases de vida, desde a adolescência até a terceira idade (OSIS, 1998).

Dentre as diversas ações do PAISM, está o planejamento familiar, com o objetivo de “desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade” (BRASIL, 1984 p. 17). A concepção e a anticoncepção foram incluídas de maneira distanciada dos objetivos demográficos relacionados à fecundidade (UNFPA, 2008).

O planejamento familiar é descrito como:

[...] um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2006, p. 6).

Complementa-se que “o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos” (BRASIL, 2006, p. 6).

Em consequência do enfoque nos princípios de integralidade propostos pelo PAISM, as ações de regulação da fecundidade passaram a fazer parte de uma atenção completa à saúde das mulheres e não mais como ações isoladas (OSIS, 1998). Espera-se que a assistência ao planejamento familiar seja parte dessa atenção integral e que as mulheres, que procuram os serviços, a fim de utilizarem um método anticoncepcional, sejam acompanhadas em outras questões relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva (LOPES; ARCE, 2006).

Para Alves (2006), o PAISM representou o compromisso do poder público com as questões reprodutivas. Porém, segundo o autor, a responsabilidade masculina na questão da regulação da fecundidade, foi pouco destacada.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, foi um marco que determinou as políticas voltadas para o planejamento familiar, hoje amplamente implementado (COSTA, 2005). A Conferência do Cairo estabeleceu a questão dos direitos sexuais e reprodutivos,

superando os objetivos demográficos, com enfoque no desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2005a).

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, reforçou as propostas de Cairo e avançou no que diz respeito ao conceito dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (BRASIL, 2005a).

No Brasil, o direito ao planejamento familiar foi previsto pela Constituição Federal de 1988, no parágrafo 7 do art. 226, disposto no Capítulo da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988, p. 148).

Em 1996, foi aprovada a Lei nº 9.263, que regulamenta o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar (ALVES, 2006). A lei foi sancionada com veto presidencial no que se refere à esterilização. Somente em 1997 a lei passou a vigor com as condições para as esterilizações cirúrgicas voluntárias (ALVES; CORRÊA, 2003).

Para Osis et al. (2004), essa lei democratiza o acesso aos meios de regulação da fecundidade nos serviços públicos de saúde e regulamenta essa prática nos serviços privados sob controle do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, através dos seus princípios doutrinários voltados à universalidade, equidade e integralidade das ações, exerce o papel de propiciar recursos que possibilitem a informação, acesso e uso de meios contraceptivos, além de garantir, dessa forma, o direito de cidadania do indivíduo e do casal sobre a decisão da regulação de sua fecundidade.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), as ações voltadas para o planejamento familiar são de responsabilidade do município e por ele devem ser implementadas, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2001a).

Atualmente, a assistência ao planejamento familiar é realizada, principalmente, pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) (RAMOS, 2008; SILVA et al., 2008), proporcionando a possibilidade de considerar o planejamento

familiar na unidade familiar e não somente em relação à mulher (SANTOS; FREITAS, 2008).

O Ministério da Saúde, em 2004, criou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM) que reitera as propostas do PAISM, apontando ações no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, enfocando a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual, além da prevenção e tratamento de mulheres que vivem com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. O PNAISM também amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas (BRASIL, 2004a).

O II Plano Nacional de Política para as Mulheres, publicado em 2008, amplia a atuação do governo federal nas políticas públicas às mulheres, incluindo novas áreas estratégicas; apresenta um capítulo específico à saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008b).

Segundo a Lei nº 9.263, art. 2º, “entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996). Para Ventura (2004), essa definição considera o homem, a mulher e o casal, separadamente, fugindo à legitimação apenas na família tradicional.

O público-alvo do Plano de Ação do Cairo é constituído por casais, mulheres solteiras, homens, adolescentes e idosos, que deverão ter a garantia dos direitos reprodutivos através de programas e políticas públicas (VENTURA, 2004). Os Programas e Plataformas de Ação, propostas nas conferências, enfatizam que a igualdade entre homens e mulheres é essencial tanto para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida, quanto para o efetivo envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005a).

Contudo, estudos mostram que a responsabilidade do planejamento familiar ainda é da mulher (SANTOS; FREITAS, 2008; SILVA et al., 2008), uma vez que é ela quem participa das reuniões, escolhe o método contraceptivo e assume a responsabilidade pela decisão da quantidade de filhos (SANTOS; FREITAS, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, os homens devem ter o dever e o direito à participação no planejamento familiar, na decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, assim como no acompanhamento da gravidez, parto, pós-parto e educação da criança (BRASIL, 2009a).

A ampliação da participação masculina no uso de métodos anticoncepcionais pode ser identificada por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), que, através da comparação dos resultados da pesquisa realizada em 1996 com os obtidos em 2006, evidenciaram o crescimento da esterilização masculina e do uso do preservativo masculino (BRASIL, 2009b).

Percebe-se que a questão do planejamento familiar, especificamente a anticoncepção, vem sendo debatida há várias décadas. As conquistas nessa área foram alcançadas devido a diversos fatores, como, por exemplo, o reflexo das conquistas feministas e da nova visão e abordagem dada à saúde da mulher com o surgimento do PAISM. A lei que trata do planejamento familiar contribuiu para a garantia dos direitos reprodutivos em relação ao indivíduo e à família, e o SUS, a garantia de informações e acesso aos métodos necessários para a regulação da fecundidade. Portanto, efetivar esse direito de cidadania proporciona à mulher, ao homem e/ou ao casal o seu planejamento de vida de acordo com suas necessidades, expectativas e realidade.

1.2 MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

O capítulo I, art. 4º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, declara em seu texto que: “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (BRASIL, 1996).

As ações de planejamento familiar, portanto, devem incluir, além do direito de acesso aos métodos, a educação em saúde, a fim de garantir informações adequadas, proporcionando decisões responsáveis por parte do casal ou do indivíduo.

De acordo com Osis et al. (2004), para que as mulheres possam decidir de forma livre e informada, elas precisam conhecer e ter acesso aos métodos anticoncepcionais cientificamente aprovados e disponíveis, optando por aquele que atenda as suas características e condições de vida.

Dias e Spindola (2007), inferem em seu estudo que muitas mulheres optam por um determinado método por desconhecer os demais, já que a informação sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis não está ao seu alcance, não existindo, assim, a livre escolha. Para Silva et al. (2008), é necessário haver compatibilidade entre informação e disponibilidade. Ou seja, para que ocorra a livre escolha do método, o indivíduo precisa ter acesso a qualquer um dos métodos que foram orientados.

Os profissionais de saúde adquirem, aqui, um papel fundamental, sendo responsáveis pelas práticas educacionais e assistenciais voltadas para os direitos reprodutivos.

Segundo o Ministério da Saúde, a atuação do profissional de saúde no planejamento familiar deve envolver as atividades educativas, com o objetivo de oferecer conhecimentos relacionados aos métodos anticoncepcionais; atividades de aconselhamento, caracterizadas pelo diálogo e pela relação de confiança e as atividades clínicas, através da consulta, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo (BRASIL, 2002).

Os profissionais da área da saúde devem oferecer informações sobre os métodos considerando suas características, tais como: eficácia, efeito secundário, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção contra DST/HIV. É importante considerar os fatores individuais também, como: condições sócio-econômicas, estado de saúde, característica da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas e outros fatores, como medo, a dúvida e a vergonha (BRASIL, 2002).

Métodos anticoncepcionais são descritos como diversas técnicas naturais, mecânicas ou químicas, usadas por homens e mulheres no planejamento familiar (ZAMPIERI et al., 2007).

Os métodos anticoncepcionais (MAC) indicados e orientados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) são métodos comportamentais: Ogino Knaus (ritmo, calendário ou tabelinha), método da temperatura basal corporal, método de Billings (muco cervical), método sinto-térmico, método do colar, método da amenorréia da

lactação (LAM); métodos de barreira: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, espermaticida; métodos hormonais: anticoncepcionais hormonais orais combinados, anticoncepcionais hormonais apenas de progestogênio (minipílula), anticoncepcionais hormonais injetáveis com progestogênio isolado (trimestrais), anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados (mensais), anticoncepção de emergência; dispositivo intra-uterino (DIU); e a esterilização: laqueadura tubária e vasectomia.

Entretanto, existem outros métodos anticoncepcionais disponíveis para uso como, por exemplo, o anel vaginal, o adesivo semanal, implantes contraceptivos subdérmicos e os anticoncepcionais vaginais (KUNDE et al., 2006; ZAMPIERI et al., 2007).

Além dos métodos descritos, a relação sexual interrompida antes da ejaculação (coito interrompido) e a relação sexual sem penetração podem ser consideradas métodos comportamentais (BRASIL, 2002).

É importante ressaltar que a importância dos métodos contraceptivos vai além do enfoque no planejamento familiar. Atualmente, alguns métodos, como os preservativos, são essenciais para o controle das DST/AIDS. Os preservativos masculinos e femininos são método que devem ser indicados e orientados para o controle dessas doenças, pois apresentam a vantagem da dupla proteção: contraceptiva e de redução do risco de transmissão do HIV e DST (BRASIL, 2002).

A distribuição de preservativo masculino é uma prioridade para o governo. Entretanto, o aumento do acesso ao preservativo feminino ainda é um desafio em todo mundo (UNFPA, 2008). A disponibilidade do preservativo feminino tem o objetivo de ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres frente à dificuldade na utilização, pelo parceiro, do preservativo masculino (BRASIL, 2005b).

Entre 1960 e 2000, em todo o mundo, o número de mulheres em idade reprodutiva utilizando métodos contraceptivos passou de menos de 10% para 60%. Estima-se, porém, que pelo menos 200 milhões de mulheres não contam com serviços acessíveis e ações eficazes de planejamento familiar (UNFPA, 2008).

A anticoncepção assume um papel fundamental na saúde reprodutiva da mulher, uma vez que seu uso, de forma inadequada, acarreta diversas consequências, como gravidez indesejada, gravidez na adolescência, abortos ilegais e aumento da mortalidade materna (SOUZA et al., 2006).

O aborto constitui um grave problema de saúde pública no Brasil. Em 2006, foram realizadas, no SUS 222.840, curetagens pós-aborto, sendo que 37 resultaram em óbitos maternos (BRASIL, 2008b).

Para Tavares (2006), mulheres com necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais possuem maior risco de gravidez indesejada e uma de suas consequências é o aborto.

O acesso ao planejamento familiar reduz em um terço as mortes maternas e em até 20% as mortes infantis. Cerca de 90% das mortes e sequelas, decorrentes de aborto, poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a métodos de anticoncepção (UNFPA, 2008).

Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2009), que permitiu traçar um perfil das mulheres que abortaram nos últimos 20 anos, identificou-se que as mesmas, predominantemente, possuíam entre 20 e 29 anos, viviam em união estável, tinham até oito anos de estudo. Além disso, eram católicas, tinham pelo menos um filho, eram usuárias de métodos contraceptivos e abortaram com misoprostol (BRASIL, 2009c).

Sobre as mulheres que abortaram nos últimos 20 anos, esse mesmo estudo identificou que mais da metade das mulheres jovens adultas, residentes nas regiões Sul e Sudeste, declararam uso de métodos contraceptivos, em particular, a pílula anticoncepcional. A gravidez ocorreu, provavelmente, devido à falha ou uso inadequado do método. Já nos estudos da região Nordeste, a ausência do uso desses métodos no momento da gravidez foi alta (BRASIL, 2009c).

Estudos evidenciam que a preferência, em relação ao uso dos métodos contraceptivos reversíveis, concentra-se no anticoncepcional oral (DIAS-DA-COSTA, et al., 2002; PELLOSO; CARVALHO, 2004; PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004; PANIZ; FASSA; SILVA, 2005; CARVALHO; BRITO, 2005; SOUZA et al., 2006; BRASIL, 2008a; CARLOTTO et al., 2008; ANDRADE; SILVA, 2009), entretanto, verifica-se também o crescimento do uso do preservativo quando comparado com anos anteriores, fato esse confirmado por Dias-da-Costa et al. (2002); Carlotto et al. (2008) e Brasil (2009b).

A frequência da realização da laqueadura tubária entre mulheres também é evidenciada em diversos estudos (DIAS-DA-COSTA et al., 2002; FERNANDES, 2003; SOUZA et al., 2006; CARLOTTO et al., 2008; BRASIL, 2008a; D'ANTONA et al., 2009).

Através da PNDS-2006 foi constatado que praticamente todas as mulheres brasileiras em idade fértil (99,9%) referiram ter conhecimento de métodos anticoncepcionais e que 67,8% de todas as mulheres entrevistadas usavam algum método contraceptivo (BRASIL, 2008a).

Comparando os dados da PNDS de 1996 e 2006, observou-se que, 22,1% das mulheres utilizavam pílula anticoncepcional, número esse superior ao constatado em 1996, que foi de 15,8%. A porcentagem de mulheres esterilizadas diminuiu de 27,3% para 21,8% no período de 1996 a 2006 e a esterilização masculina dobrou em dez anos, passando de 1,6 para 3,3%. O uso do preservativo também aumentou de 4,3% para 12,9% em dez anos (BRASIL, 2009b).

O Ministério da Saúde, através do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, propõe, entre as suas diversas metas voltadas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher: “garantir a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 100% da população feminina usuária do SUS” e “disponibilizar métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços de saúde” (BRASIL, 2008b, p. 78).

Em 2008, o Ministério da Saúde adquiriu e distribuiu cerca de 1,2 bilhões de preservativos, além de 50 milhões de cartelas de anticoncepcionais orais combinados, 4,3 milhões de contraceptivos injetáveis, 300 mil DIU e seis mil diafragmas (UNFPA, 2008).

Outra medida desenvolvida para facilitar a oferta de métodos anticoncepcionais foi o credenciamento de farmácias e drogarias no Programa Farmácia Popular, que oferece medicamentos a baixo custo (UNFPA, 2008; BRASIL, 2008b). A Farmácia Popular é um programa do Governo Federal que busca ampliar o acesso à diversos medicamentos (SANTOS-PINTO; CASTRO; COSTA, 2008; BRASIL, 2009d), inclusive métodos reversíveis voltados para a anticoncepção, como o anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável e o preservativo masculino. O Programa atua por meio de Unidades Próprias (parcerias com Municípios e Estados) e o Sistema de Co-Pagamento (parcerias com farmácias e drogarias privadas). A exigência para a aquisição do medicamento é a apresentação da receita médica ou odontológica. De acordo com o Ministério da Saúde, essa é uma forma de combater a automedicação e promover educação em saúde (BRASIL, 2009d).

Entende-se que as políticas públicas voltadas para o planejamento familiar devem proporcionar a garantia dos direitos reprodutivos, através da informação e acesso aos métodos de contracepção. A qualidade dessa assistência deve ser fundamentada na orientação e escolha livre e consciente do método, acompanhada de uma oferta individualizada, adequada e de fácil acesso, ou seja, num processo que deve envolver a participação e co-responsabilidade entre profissional de saúde/indivíduo/Estado.

1.3 PUERPÉRIO

O puerpério ou pós-parto “é o período que tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, ou seja, aproximadamente seis semanas depois” (ZIEGEL; CRANLEY, 1985, p.428).

O período puerperal é dividido em três fases: imediato, do 1º ao 10º dia pós-parto; tardio, do 10º ao 45º dia e remoto a partir do 45º dia (REZENDE; MONTENEGRO, 2008).

No puerpério imediato e tardio, ocorrem alterações anatômicas e fisiológicas, para as quais a mulher necessita de assistência e orientações específicas, como: higiene corporal, alimentação, atividades, atividade sexual, cuidados com a incisão da episiotomia e/ou lacerações ou incisão da cesariana, deambulação, sono e repouso, exercícios, relaxamento e anticoncepção, sendo que esta deve ocorrer o mais precocemente possível (ZAMPIERI et al., 2007).

Durante o período de internação ou na alta hospitalar, a puérpera deve ser orientada sobre os cuidados no puerpério tardio e remoto, entre eles, o planejamento familiar (SANTOS, 2007).

Após o parto, a mulher, além da responsabilidade de cuidar de seu bebê, preocupa-se com uma nova gravidez. Ela deve ter conhecimento de que cerca de 40 dias após o parto, a atividade sexual será retomada, sendo necessário conhecer e optar por um método anticoncepcional (ZAMBRANO; GOMES; ALMEIDA, 2002). Para Petta, Díaz e Faúndes (1996), no pós-parto, as mulheres têm interesse em usar anticoncepcionais, pois desejam evitar uma nova gravidez, no entanto,

preocupam-se mais com o seu bebê do que com suas próprias necessidades e anseios.

No puerpério, as mulheres encontram-se num momento em que a questão do planejamento familiar torna-se presente. Assim, a orientação e escolha de um método para efetivar esse planejamento, a fim de espaçar uma nova gravidez ou não ter mais filhos, são necessárias. Deve-se valorizar esse período, para que a temática relacionada à contracepção seja pensada, orientada e garantida.

Deve-se considerar nesse momento, não apenas a garantia dos direitos reprodutivos, mas também a questão da própria saúde materna e de uma futura gestação segura, sem as possíveis complicações relacionadas a um intervalo inadequado entre gestações.

Considera-se como adequado o intervalo mínimo de 24 meses entre os partos (WHO, 2006; OMS, 2007).

A introdução do método contraceptivo nesse período, portanto, deve ser pensada e indicada, considerando a importância do intervalo interpartal e do planejamento reprodutivo.

O intervalo curto entre as gestações é descrito, por alguns autores, como de risco para a saúde da mãe e do recém-nascido. Conde-Agudelo e Belizán (2000) mostraram em seu estudo que mulheres com curtos intervalos entre as gestações, tinham as taxas mais elevadas de sangramento no terceiro trimestre da gravidez, partos prematuros, ruptura de membranas, endometriose puerperal, anemia e morte materna. Cecatti et al. (2008) observaram que curtos intervalos entre as gestações estão associados com um maior risco de nascimento de crianças com baixo peso e parto pré-termo.

Proporcionar orientações sobre o intervalo adequado entre as gestações deve fazer parte das ações educativas desenvolvidas no período pós-parto, contribuindo assim, para a saúde materno-infantil.

O uso dos métodos contraceptivos no puerpério deve ser bem indicado e orientado para esse período específico, levando-se em consideração as repercussões fisiológicas e anatômicas presentes nesse momento, além da questão da amamentação. Para Petta, Díaz e Faúndes (1996), nesse período é importante avaliar os possíveis efeitos da anticoncepção sobre a amamentação, quantidade e qualidade do leite, saúde do recém-nascido e da própria saúde da mulher. Sendo

assim, torna-se necessário analisar os vários métodos disponíveis e escolher aquele que não traga prejuízos nos aspectos mencionados.

Os métodos anticoncepcionais indicados no período do pós-parto são:

- Método da amenorréia da lactação: oferece proteção contraceptiva durante os primeiros seis meses após o parto, em uso correto e consistente. A eficácia é incerta após esse período (FEBRASGO, 2004). A mulher deve estar nos primeiros seis meses pós-parto, com amamentação exclusiva, com intervalo das mamadas entre três e quatro horas, inclusive à noite e com amenorréia (ZAMPIERI et al., 2007).
- Métodos comportamentais: são indicados somente após o restabelecimento de ciclos menstruais (BRASIL, 2002);
- Métodos de barreira: o preservativo masculino é indicado e seu uso pode ser iniciado a qualquer momento após o parto, estando a mulher amamentando ou não (FEBRASGO, 2004; OMS, 2007). O preservativo feminino também é indicado nesse período (OMS, 2007). Os espermaticidas são contraceptivos indicados no pós-parto, inclusive na lactação (FEBRASGO, 2004; YAZLLE et al., 2006; WHO, 2006; OMS, 2007). O diafragma é indicado seis semanas após o parto (OMS, 2007), podendo ser necessário reajuste do tipo e tamanho (FEBRASGO, 2004; VIEIRA; BRITO; YAZLLE, 2008);
- Dispositivo intra-uterino: no pós-parto, o momento indicado para sua inserção é 10 minutos após a remoção da placenta, ou dentro de 48 horas após o parto. Se não for inserido logo após o parto, pelo menos quatro semanas após (FEBRASGO, 2004; WHO, 2006; OMS, 2007);
- Laqueadura tubária: embora exista técnica de reversão, ela é considerada um método definitivo, sendo importante essa informação para a mulher (YAZLLE et al., 2006). No Brasil, a laqueadura tubária segue algumas condições legais para sua realização de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996);
- Vasectomia: é um procedimento cirúrgico, oferece anticoncepção permanente ao homem (FEBRASGO, 2004). Segue as mesmas condições legais da laqueadura tubária (BRASIL, 1996);
- Anticoncepcionais hormonais orais apenas de progestogênio: se a mulher estiver amamentando, são indicados a partir de seis semanas após o parto

(BRASIL, 2002; FEBRASGO, 2004; WHO, 2006; OMS, 2007). Se a mulher não estiver amamentando, podem ser iniciados imediatamente após o parto (BRASIL, 2002; WHO, 2006; OMS, 2007);

- Anticoncepcionais hormonais injetáveis com progestogênio isolado: são indicados na amamentação, a partir de seis semanas após o parto (BRASIL, 2002; FEBRASGO, 2004; WHO, 2006; OMS, 2007). Se não houver amamentação, podem ser usados imediatamente após o parto (BRASIL, 2002; WHO, 2006; OMS, 2007);
- Anticoncepcionais hormonais orais combinados: são indicados somente após a parada da amamentação ou seis meses após o parto. Se a mulher não estiver amamentando, são indicados a partir de três semanas após o parto (BRASIL, 2002; WHO, 2006; OMS, 2007) ou de três a seis semanas após o parto. Após seis semanas, desde que tenha certeza de que a mulher não esteja grávida (FEBRASGO, 2004);
- Anticoncepcionais hormonais injetáveis combinados: se a mulher estiver amamentando, são indicados somente após parar a amamentação ou seis meses após o parto. Se não estiver amamentando, 21 dias após o parto (BRASIL, 2002; WHO, 2006; OMS, 2007) ou de três a seis semanas após o parto. Após seis semanas, desde que a mulher não esteja grávida (FEBRASGO, 2004).

Os anticoncepcionais hormonais combinados não são indicados para mulheres que amamentam, pois o componente estrogênico tem efeito negativo sobre a produção do leite materno. Mesmo após seis meses do parto, não devem ser usados como primeira opção (PETTA; DÍAZ; FAÚNDES, 1996).

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, é importante considerar: o tempo do pós-parto, o padrão de amamentação, o retorno ou não da menstruação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactante e o oferecimento do preservativo masculino ou feminino referente à prevenção das DST/HIV (BRASIL, 2002).

Petta, Díaz e Faúndes (1996), apontam que a discussão sobre os métodos de planejamento familiar deve se iniciar na gestação, sendo essa a primeira e mais importante oportunidade. A segunda seria durante o período de internação para o

parto e principalmente no pós-parto. A mulher também pode decidir-se na terceira oportunidade, momento da revisão puerperal.

Observa-se que, no período do puerpério, as orientações frequentemente estão ligadas ao aleitamento materno e cuidados de puericultura e, como referem Petta, Díaz e Faúndes (1996), as mulheres acabam saindo do hospital sem qualquer informação sobre como planejar e espaçar o número de filhos.

Perde-se, nesse momento, a oportunidade de favorecer o alcance dos seus direitos reprodutivos e de regulação da fecundidade. Prorrogar as orientações e decisões sobre o método anticoncepcional usado após o parto proporciona maior risco de acontecer uma próxima gravidez não planejada e em curtos intervalos.

Zambrano, Gomes e Almeida (2002), concluíram em seu estudo que se tem dado pouca importância para a questão da saúde reprodutiva no período puerperal e muitas vezes, as mulheres expõem-se ao risco de uma nova gravidez em intervalos curtos, devido à falta de informação, acesso e qualidade dos serviços de saúde.

O planejamento familiar no puerpério oferece ao casal ou à mulher a oportunidade de decidir sobre o número de filhos e intervalo entre eles. A gravidez não planejada pode ser reflexo, algumas vezes, da falta de planejamento de vida e de família, ligada à falta de acesso, orientação e utilização dos métodos contraceptivos.

Conhecer a realidade da vida reprodutiva das puérperas proporciona aos profissionais de saúde a possibilidade de colaboração na efetivação do planejamento em relação ao número de filhos e o seu espaçamento. Esses profissionais tem o papel fundamental de propiciar condições de garantia de direitos contraceptivos, além de estimular o empoderamento e a atuação reflexiva sobre essas questões.

As mulheres, os homens e/ou os casais devem ter o direito de optar pelos métodos anticoncepcionais, de acordo com a indicação, preferência, compreensão da forma adequada de uso e acesso facilitado e garantido, respeitando, dessa forma, seu direito de autonomia para decidir sobre o número de filhos e o momento de tê-los, além de favorecer a diminuição das possíveis complicações relacionadas a um intervalo entre gestações inadequado.

Conhecer a realidade e dificuldades vivenciadas por puérperas, em relação ao conhecimento, uso, intenção de uso e acesso a métodos anticoncepcionais contribuirá com subsídios para o planejamento de ações e melhoria da qualidade da

assistência prestada no âmbito do planejamento familiar com enfoque na contracepção.

Nesse estudo, optou-se por incluir puérperas de um hospital público, pois retratam uma realidade vivida por grande parte de mulheres que possuem baixa escolaridade, menor nível sócio-econômico e usuárias do SUS. Mulheres essas, propícias a enfrentarem dificuldades de conhecimento, acesso e uso dos métodos anticoncepcionais e, nesse sentido, se defrontarem com gravidez não planejada e/ou indesejada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as práticas contraceptivas de puérperas atendidas em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever características sócio-demográficas das puérperas;
- ✓ Descrever o perfil das puérperas quanto à história ginecológica e obstétrica e de planejamento da gravidez atual;
- ✓ Descrever o perfil das puérperas quanto às características de conhecimento, uso, indicação, orientação recebida, satisfação, local de obtenção e dificuldades sobre os métodos anticoncepcionais;
- ✓ Descrever o perfil das puérperas sobre as intenções de ter filhos, número de filhos, intervalo de espera, uso, local de obtenção e orientação sobre métodos anticoncepcionais.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, transversal e quantitativo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas Enfermarias de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, no município de Uberaba-MG.

Trata-se de um hospital universitário público, com 242 leitos e que realiza atendimentos de alta complexidade, sendo referência para outras regiões.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Puérperas internadas nas Enfermarias de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (EGO/HC/UFTM).

3.3.1 Justificativa para uso de grupos vulneráveis

Considerando-se que o presente estudo tem como objetivo analisar a totalidade das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM e o fato de que, frequentemente, adolescentes tem filhos em nosso meio, e sendo o HC/UFTM um hospital de referência para risco obstétrico, atendendo parturientes e puérperas

adolescentes, optou-se por incluí-las no estudo, entendendo que mulheres de todos os grupos etários sujeitam-se à problemática relacionada às práticas contraceptivas, inclusive no puerpério.

Embora não seja escopo desse estudo refletir sobre a questão relacionada a grupos etários específicos, incluir puérperas adolescentes no contexto é relevante, visto que, conhecer o repertório de adolescentes sobre essa questão, contribuirá oportunamente para a elaboração de propostas específicas para esse grupo, tendo em vista a possibilidade de se propor ações assistenciais e educativas voltadas para essa clientela.

Sendo assim, o consentimento de participação da pesquisa, nesses casos, também foi solicitado ao responsável legal pela puérpera.

3.3.2 Critérios de inclusão

- ✓ puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM;
- ✓ puérperas que concordaram em participar, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3.3 Critérios de exclusão

- ✓ puérperas que deram a luz a natimorto;
- ✓ puérperas que tiveram o óbito do recém-nascido antes da realização da pesquisa;
- ✓ puérperas que se recusaram em participar da pesquisa.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A presente investigação teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) através do protocolo nº1322/09 (Anexo A).

3.4.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi criado em conformidade com as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (Apêndice A) e obtido pela pesquisadora antes da realização do estudo, imediatamente após os esclarecimentos necessários. No caso de puérperas adolescentes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado, explicado e solicitado o aceite à adolescente e ao responsável legal (Apêndice B).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi elaborado um formulário estruturado com perguntas abertas e fechadas (Apêndice C), desenvolvidas pela pesquisadora e fundamentadas na literatura e pesquisas realizadas na área. Algumas questões foram baseadas nos estudos de D'oro (1992) e na PNDS-2006 (BRASIL, 2008a).

O instrumento foi composto por variáveis: sócio-demográficas, história ginecológica e obstétrica, planejamento da gravidez atual, conhecimento sobre os MAC, dados sobre os MAC já usados pelas puérperas, orientação recebida sobre MAC no pré-natal e puerpério e intenção de uso de MAC após o parto.

Foi realizado pré-teste, a fim de observar a aplicabilidade e adequação do instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora durante um período de três meses - 19 de março a 19 de junho de 2009.

As mulheres foram entrevistadas individualmente durante o período de hospitalização, a partir de seis horas após o parto, e em condições clínicas adequadas. É importante ressaltar ainda que frente ao interesse das puérperas em participar da pesquisa, foi oferecida a elas a opção de responder o questionário em outro momento, que essas considerassem mais adequado durante o seu período de hospitalização. Considerando o período de internação de 48 a 72 horas e as visitas diárias realizadas pela pesquisadora, as puérperas puderam participar da pesquisa no momento que elas julgaram oportuno.

As entrevistas duraram, aproximadamente, entre 15 e 20 minutos, sendo realizadas também, algumas orientações sobre os métodos anticoncepcionais, quando solicitado.

Participaram do estudo 358 puérperas. Houve recusa e impossibilidade de participação de seis puérperas. Dessas, duas se recusaram a participar, duas não tiveram condições de responder ao questionário por déficit cognitivo e complicação pós-parto e duas puérperas, menores de 18 anos, que estavam sem o responsável legal para autorização e assinatura do termo de consentimento.

3.5.1 Variáveis do estudo

3.5.1.1 Sócio-demográficas

- ✓ Idade: anos completos. A idade foi confirmada com a data de nascimento.
- ✓ Situação conjugal: solteira, casada/mora junto, viúva, divorciada ou desquitada.
- ✓ Escolaridade: anos completos de estudo, sem repetir a mesma série.
- ✓ Religião: declarada pela entrevistada: católica, espírita, evangélica, sem religião, ou outra a especificar.
- ✓ Prática da religião: declarada pela entrevistada e classificada em: praticante ou não praticante.

- ✓ Ocupação: tipo de atividade remunerada, ou não, realizada no período da entrevista, ainda que afastada em decorrência da gravidez e do parto. Classificada em: trabalho não remunerado, trabalho remunerado, estudante, trabalho remunerado e estudante.
- ✓ Procedência: cidade onde reside no momento.
- ✓ Renda individual mensal: renda pessoal da entrevistada, considerando seu salário, bolsa família e pensão de pais ou dos filhos, em salário mínimo.

3.5.1.2 História ginecológica e obstétrica

- ✓ Idade de início da atividade sexual: anos completos na primeira relação sexual.
- ✓ Idade na primeira gravidez: anos completos na primeira gravidez.
- ✓ Número de gestações: número de gestações relatadas pela entrevistada, incluindo as gestações anteriores e a atual.
- ✓ Número de abortos: número de abortos sofridos, relatados pela entrevistada.

3.5.1.3 Planejamento da gravidez atual

- ✓ Planejamento da gravidez atual: se a última gravidez foi ou não planejada.
- ✓ Uso do MAC antes da gestação atual: uso ou não de MAC antes da última gestação.
- ✓ Motivo por ter engravidado com o uso do MAC.
- ✓ Motivo por não ter usado MAC antes da gestação atual.
- ✓ MAC usado antes da gravidez atual: tipo de MAC utilizado antes da última gestação.

3.5.1.4 *Conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais*

- ✓ O conhecimento foi verificado de duas formas. Primeiramente foram questionados os métodos anticoncepcionais conhecidos pelas puérperas, sendo considerada a resposta espontânea. A seguir, as participantes foram questionadas sobre os métodos não relatados, no sentido de relembrar o conhecimento sobre outros métodos.

3.5.1.5 *Dados sobre os MAC já usados pelas puérperas*

- ✓ Uso de MAC: se a entrevistada já usou algum MAC.
- ✓ MAC já utilizado: quais os MAC já usados pela entrevistada.
- ✓ Indicação: quem indicou o uso do MAC.
- ✓ Orientação: quem orientou/esclareceu dúvidas sobre o MAC.
- ✓ Orientações suficientes: se as orientações recebidas sobre o MAC foram suficientes: sim, não ou não houve orientações.
- ✓ Local de obtenção: onde a entrevistada conseguia o MAC.
- ✓ Dificuldade para obtenção: se a entrevistada encontrou ou não dificuldade em adquirí-lo ou, ainda, não sabia, pois foi o parceiro que o adquiriu.
- ✓ Tipo de dificuldade de obtenção: dificuldade encontrada em conseguí-lo.
- ✓ Satisfação sobre o uso: satisfeita, pouco satisfeita e insatisfeita.
- ✓ Dificuldade no uso adequado: se a entrevistada tinha ou não dificuldade para usá-lo.
- ✓ Tipo de dificuldade no uso adequado: qual dificuldade quanto à sua utilização adequada.

3.5.1.6 *Orientação recebida sobre MAC no pré-natal e puerpério*

- ✓ Orientação sobre MAC no pré-natal: se a entrevistada recebeu orientação sobre algum MAC no pré-natal.
- ✓ Tipo de MAC orientado no pré-natal: qual MAC foi orientado.
- ✓ Profissional que orientou sobre MAC no pré-natal.
- ✓ Orientação recebida sobre MAC no puerpério: se a entrevistada recebeu ou não, até o momento da entrevista, orientações sobre MAC.
- ✓ Tipo de método orientado no puerpério: qual MAC foi orientado.
- ✓ Profissional que orientou sobre MAC no puerpério.

3.5.1.7 *Intenção de uso de MAC após o parto*

- ✓ Intenção de ter filhos: se a entrevistada pretende ter outros filhos.
- ✓ Número de filhos pretendidos: se sim, quantos filhos pretende ter.
- ✓ Intervalo de espera: intervalo de tempo pretendido, em anos, até a próxima gravidez.
- ✓ Uso de MAC após o parto: se a entrevistada pretende usar algum MAC após o parto.
- ✓ Tipo de MAC pretendido: qual MAC deseja usar após o parto.
- ✓ Local de obtenção do MAC após o parto: onde pretende conseguir o MAC usado após o parto.
- ✓ Orientação sobre o uso do MAC após o parto: quem a entrevistada irá procurar para orientá-la sobre o MAC a ser utilizado após o parto.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas foram digitadas na planilha eletrônica no programa Excel® e, posteriormente, transportadas para o banco de dados SPSS (Statistical Package for

Social Science) versão 17.0. As respostas abertas foram previamente agrupadas. Foram utilizadas frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valores mínimos e máximo) para as numéricas.

Os resultados foram organizados em tabelas univariadas e bivariadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os objetivos propostos e as informações obtidas, apresenta-se a seguir os dados e a discussão do estudo.

4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O grupo em estudo constituiu-se de 358 puérperas, com média de idade de 24,4 anos, desvio padrão 6,2 anos e mediana de 23,0 anos, sendo a menor idade 12 anos e a maior 44 anos. Identificou-se que 24,3% das puérperas tinham idade igual ou inferior a 19 anos.

Pode-se perceber, através dos dados da Tabela 1, que a maioria das puérperas do estudo (55,5%) encontravam-se principalmente na faixa etária entre 20 e 29 anos.

Na Tabela 1, encontra-se a distribuição das puérperas, segundo a idade.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a idade. Uberaba (MG) – 2009.

Idade	n	%
De 12 a 14 anos	7	2,0
De 15 a 19 anos	80	22,3
De 20 a 29 anos	199	55,5
De 30 a 39 anos	65	18,2
De 40 a 44 anos	7	2,0
Total	358	100,0

Na Tabela 2, encontra-se a distribuição das puérperas, segundo a situação conjugal.

Tabela 2 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a situação conjugal. Uberaba (MG) – 2009.

Situação conjugal	n	%
Casada/mora com companheiro	288	80,4
Solteira	69	19,3
Viúva	1	0,3
Total	358	100,0

Dentre as puérperas entrevistadas, a maioria (80,4%) era casada ou morava com companheiro, 19,3% delas eram solteiras, 0,3% era viúva e nenhuma referiu ser separada, divorciada ou desquitada, como apresentado na Tabela 2.

Na Tabela 3, encontra-se a distribuição das puérperas, segundo a escolaridade.

Tabela 3 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a escolaridade. Uberaba (MG) - 2009.

Escolaridade (anos de estudo)	n	%
Nenhuma	4	1,1
Um a quatro anos	65	18,2
Cinco a oito anos	150	41,9
Nove a onze anos	122	34,1
Doze ou mais anos	17	4,7
Total	358	100,0

Conforme a Tabela 3, 41,9% das mulheres apresentaram de cinco a oito anos de estudo, 34,1% delas possuíam de nove a onze anos, 18,2% delas de um a quatro anos e 4,7% doze anos ou mais de estudo. Apenas 1,1% delas declararam não ter nenhuma escolaridade. A média de anos de estudo das puérperas foi de 7,6 anos, o desvio padrão 3,1 anos e a mediana 8,0 anos. A maior escolaridade foi de 15 anos de estudo.

No estudo de Tavares (2006), o nível de escolaridade das mulheres esteve inversamente associado à necessidade insatisfeita por anticoncepção para limitar os nascimentos, quanto maior a escolaridade, menor a necessidade insatisfeita para limitar.

Os dados referentes à religião e à prática da religião estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a religião e a prática da religião. Uberaba (MG) - 2009.

Variável	n	%
Religião		
Católica	199	55,6
Sem religião	72	20,1
Evangélica	52	14,5
Espírita	35	9,8
Total	358	100,0
Prática da religião*		
Não praticante	161	56,3
Praticante	125	43,7
Total	286	100,0

* Porcentagem em relação às 286 puérperas que referiram ter religião.

Destacou-se o predomínio da religião católica, entre 55,6% das puérperas, seguida de 20,1% que disseram não ter nenhuma religião, 14,5% que referiram ser evangélicas e 9,8% espíritas.

Entre as puérperas que referiram ter religião, 56,3% relataram não ser praticantes da religião referida e 43,7% delas disseram praticar a religião escolhida.

Em estudo realizado na cidade de Pelotas, por Paniz, Fassa e Silva (2005), evidenciou-se que 37,8% das mulheres participantes do estudo não praticavam religião. Na PNDS-2006, das mulheres que declaram ter alguma religião, 16,0% afirmaram não frequentar nem participar de atividade religiosa (BRASIL, 2008a).

Considera-se que a religião pode influenciar o comportamento das pessoas, em especial daquelas que pretendem praticá-la. Porém, no presente estudo não foi questionada a influência da religião nas questões reprodutivas. Contudo, a partir dos dados, é possível verificar que a soma das puérperas que se declararam não praticantes (56,3%) com aquelas sem religião (20,1%), totaliza 76,4% das puérperas, o que permite supor que, para a maioria das mulheres estudadas, a religião não deve exercer diretamente influência em questões reprodutivas.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das puérperas segundo sua ocupação no momento da entrevista.

Tabela 5 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a ocupação. Uberaba (MG) - 2009.

Ocupação	n	%
Sem ocupação remunerada	232	64,8
Ocupação remunerada	103	28,8
Estudantes	19	5,3
Estudante e ocupação remunerada	4	1,1
Total	358	100,0

Nota-se que a maioria das puérperas (64,8%), referiu não possuir nenhuma ocupação remunerada e 28,8% apresentavam ocupações remuneradas, incluindo trabalho formal e informal. Apenas 6,4% das mulheres relataram ser estudantes e 1,1% ser estudantes e possuírem ocupação remunerada.

Outros estudos evidenciam a frequência das mulheres em trabalhos não remunerados. Na pesquisa de Souza et al. (2006), realizada no município de Maringá, com 284 mulheres, 54,2% delas declararam exercer atividade de trabalho não remunerada. Tal fato também foi identificado por Andrade e Silva (2009), os quais constataram que 46,0% das mulheres, participantes do seu estudo, não realizavam trabalho remunerado.

Tais dados permitem supor que a maioria das mulheres que referiu não possuir ocupação remunerada era, possivelmente, dependente economicamente de seus cônjuges e/ou parceiros, exercendo o papel tradicional feminino no lar. Ou seja, que a maioria dessas mulheres se ocupava dos afazeres domésticos e cuidados com os filhos, tendo em vista que 80,4% delas viviam em união.

Os resultados relacionados à renda individual mensal das puérperas podem ser visualizados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a renda individual mensal em salários mínimos (SM). Uberaba (MG) - 2009.

Renda (salários mínimo)*	n	%
Não possui renda	213	59,4
< 1	49	13,7
1	30	8,4
1-2	58	16,2
2-3	7	2,0
3-4	1	0,3
Total	358	100,0

*Salário mínimo R\$ 465,00.

Como se pode constatar, a maioria das mulheres (59,4%) não possuía renda individual mensal, sendo que 16,2% delas possuíam renda de um a dois salários mínimos, 13,7% menos de um salário mínimo, 8,4% um salário mínimo, 2,0% de dois a três salários mínimos e, apenas 0,3% delas, de três a quatro salários mínimos.

Chama a atenção o baixo valor do rendimento mensal dessas mulheres, das quais apenas 2,3% recebiam mais de dois salários mínimos, o que pode estar

relacionado ao fato de se tratar de uma população atendida em um hospital universitário através do SUS.

Foi observado, ainda, que algumas puérperas, mesmo sem ocupação remunerada, possuíam algum tipo de renda. Isso demonstra a dependência econômica ligada a alguma outra fonte. Deve-se destacar que foi considerada a renda referente à ocupação, bolsa família, pensão dos filhos ou pensão dos próprios pais.

Com relação à procedência das puérperas, 68,2% eram de Uberaba-MG. Considerando-se o HC/UFTM um hospital de referência para Uberaba e região, constatou-se a presença de puérperas de 20 municípios diferentes (31,8%).

4.2 HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

Considerando-se o início da relação sexual no grupo estudado, foram constatados os valores da média e desvio padrão de 15,9 e 2,7 anos respectivamente e a mediana de 16 anos, sendo a menor idade 11 anos e a maior, 35 anos. No presente estudo, 31,3% das puérperas tiveram sua primeira relação sexual com 14 anos ou menos de idade.

Doreto (2006), em estudo realizado com adolescentes de uma área de um Programa de Saúde da Família, de Ribeirão Preto, identificou que 40,7% das adolescentes iniciaram sua vida sexual com 14 anos ou menos. Carlotto et al. (2008) compararam dois estudos realizados com mulheres em idade fértil e identificaram que o percentual de mulheres que iniciaram atividade sexual com até 15 anos aumentou de 15% em 1995 para 25,5% em 2004.

A maioria das puérperas participantes do estudo (59,7%), teve sua primeira relação sexual na faixa etária entre 15 e 19 anos. Andrade e Silva (2009) constataram, em sua pesquisa realizada com mulheres de 18 anos ou mais - participantes do grupo de planejamento familiar de dois centros municipais de saúde, no Rio de Janeiro - que 60% delas tiveram a primeira relação sexual entre 15 e 19 anos, dado próximo ao encontrado no presente estudo.

A Tabela 7 apresenta a distribuição das puérperas de acordo com a idade no início de sua relação sexual.

Tabela 7 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a idade na primeira relação sexual. Uberaba (MG) - 2009.

Idade na primeira relação sexual	n	%
De 11 a 14 anos	112	31,3
De 15 a 19 anos	214	59,7
De 20 a 29 anos	31	8,7
De 30 a 35 anos	1	0,3
Total	358	100,0

O início precoce da atividade sexual sem proteção contribui para o aumento de gestações não planejadas, muitas vezes de relacionamentos com parceiros também jovens (SPINDOLA; SILVA, 2009). Os adolescentes, na maioria das vezes, iniciam a vida sexual sem proteção, expondo-se não somente ao risco de gravidez indesejada e não planejada, mas também de DST/AIDS (VIEIRA et al., 2006).

Em estudo realizado com 1.664 adolescentes de escolas públicas, realizado por Almeida et al. (2003), somente 50,8% das mulheres e 38,6% dos homens usaram algum tipo de método contraceptivo na primeira relação sexual.

Aquino et al. (2003), em pesquisa com 4.634 jovens, homens e mulheres em três capitais brasileiras, verificaram que a gravidez na adolescência foi mais freqüente entre mulheres que relataram não ter usado métodos contraceptivos na iniciação sexual e nem conversado sobre o assunto com o parceiro (63,9%).

Esses estudos evidenciam que os jovens estão iniciando sua vida sexual precocemente e, muitos deles, sem o uso de métodos anticoncepcionais, podendo acarretar gestações não planejadas, indesejadas e aquisição de doenças transmitidas sexualmente.

A Tabela 8 apresenta a distribuição das puérperas segundo a idade em sua primeira gravidez.

Tabela 8 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a idade na primeira gravidez. Uberaba (MG) - 2009.

Idade na primeira gravidez	n	%
De 12 a 14 anos	31	8,7
De 15 a 19 anos	204	56,9
De 20 a 29 anos	113	31,6
De 30 a 36 anos	10	2,8
Total	358	100,0

Em relação à idade na primeira gestação, a média foi de 18,9 anos, o desvio padrão de 4,2 anos e mediana de 18 anos, sendo a menor idade 12 anos e a maior, 36 anos. A maioria das puérperas (56,9%), teve sua primeira gravidez entre 15 e 19 anos.

Spindola e Silva (2009), em estudo em um hospital universitário do Rio de Janeiro, identificaram que 65,1% das adolescentes grávidas tiveram sua primeira gestação entre 15 e 17 anos. De acordo com a comparação dos dados da PNDS de 1996 e 2006, o percentual de meninas grávidas aos 15 anos cresceu de 3% para 5,8% (BRASIL, 2009b).

Heilborn et al. (2009), em pesquisa com usuárias de três unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro, entre 18 e 49 anos de idade, constataram que metade das entrevistadas engravidou antes de completar 20 anos.

Berlofi et al. (2006) identificaram que 73,5% das adolescentes, que se matricularam num programa de planejamento familiar, já possuíam uma gestação, 24,2% duas e 2,3% três. Os mesmos autores enfatizam que mulheres que se tornam mães na adolescência tendem a ter um número maior de filhos durante sua vida reprodutiva. Quando a gravidez não é planejada e, algumas vezes, indesejada, a probabilidade de ter outras gestações não desejadas, como a primeira, torna-se maior. Fato esse constatado por Persona, Shimo e Tarallo (2004). Entre as adolescentes participantes de seu estudo sobre reincidência de gravidez na adolescência, 66,67% não planejaram a primeira gestação e 77,78% não planejaram a gestação atual. A maioria (88,89%) estava na segunda gestação e 5,56% na terceira.

Entre as mães adolescentes do estudo de Aquino et al. (2003), 25% interromperam, temporariamente, os estudos no primeiro ano após o nascimento de seu filho, 17,3% definitivamente e 42,4% já se encontravam fora da escola.

Para Sabroza et al. (2004), a gravidez na adolescência frequentemente leva a interrupção dos estudos da adolescente e, futuramente, dificulta sua inserção no mercado de trabalho. Entende-se assim, que a gravidez na adolescência pode levar a repercussões sociais, familiares e pessoais, que contribuem para novos significados na vida dessas adolescentes.

A Tabela 9 apresenta o número de gestações e abortos referidos pelas puérperas.

Tabela 9 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo número de gestações e abortos. Uberaba (MG) - 2009.

Variáveis	n	%
Número de gestações		
01 gestação	128	35,8
De 02 a 03 gestações	151	42,2
De 04 a 05 gestações	62	17,3
De 06 a 07 gestações	17	4,7
Total	358	100,0
Número de abortos		
01 aborto	61	17,0
De 02 a 04 abortos	19	5,3
Nunca teve aborto	278	77,7
Total	358	100,0

No presente estudo 35,8% das puérperas tiveram apenas uma gestação, 42,2% de duas a três, 17,3% de quatro a cinco e 4,7% de seis a sete gestações. Ressalta-se que esse número envolve essa última gestação. A média de gestações foi de 2,4, o desvio padrão de 1,5 e a mediana de 2,0 gestações.

Das puérperas entrevistadas, 22,3% referiram já ter sofrido aborto, não sendo questionado se foi espontâneo ou provocado.

Outros estudos evidenciaram a frequência de abortos entre as participantes. No estudo de Andrade e Silva (2009), com mulheres de 18 anos ou mais, 40% disseram ter tido aborto. Carlotto et al. (2008), constataram, em seu estudo, a redução da ocorrência de aborto de 19% em 1995 para 16% em 2004. Spindola e Silva (2009) identificaram que 8,0% das adolescentes grávidas tiveram registro de aborto e, destas, 4,4% tinham 18 anos de idade.

Há de se considerar que o aborto no Brasil representa um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2008b). Nesse sentido, aponta-se, como já referido, que a não utilização ou o uso inadequado de métodos anticoncepcionais pode levar a gravidez indesejada e, como consequência, a realização do aborto, com complicações graves, como, por exemplo, hemorragias, infecções, perfurações uterinas, acarretando risco de vida para a mulher (SPINDOLA; SILVA, 2009).

4.3 PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ ATUAL

Tabela 10 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o planejamento da gravidez atual. Uberaba (MG) - 2009.

Planejamento da gravidez atual	n	%
Sim	123	34,4
Não	235	65,6
Total	358	100,0

Através da Tabela 10, observa-se que a maioria das puérperas (65,6%), não planejou a gravidez atual, ao contrário das demais (34,4%), que a planejaram.

Na PNDS-2006, dos nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos anteriores à pesquisa, 53,9% foram desejados no momento (planejados), 28,2% não foram planejados para aquele momento e 17,6% indesejados (BRASIL, 2008a).

Em pesquisa realizada por Spindola e Silva (2009), apenas 4,5% das adolescentes grávidas tiveram suas gestações planejadas, 75,0% não a planejaram. Entretanto, dessas, 58,9% disseram que a gestação, apesar de não ter sido planejada, foi bem aceita.

Embora no presente estudo não tenham sido especificadas as faixas etárias das puérperas, percebe-se que as mulheres continuam engravidando sem planejarem. Tal fato demonstra uma possível 'falha' na anticoncepção, devido à falta ou deficiência de conhecimento, acesso ou uso inadequado dos métodos.

A Tabela 11 apresenta o uso de métodos anticoncepcionais antes da gestação atual.

Tabela 11 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o uso de MAC antes da gestação atual. Uberaba (MG) - 2009.

Uso de MAC antes da gestação atual	n	%
Sim	213	59,5
Não	145	40,5
Total	358	100,0

Conforme os dados encontrados, verificou-se que 59,5% das puérperas usavam algum método anticoncepcional antes da gestação atual, enquanto 40,5% não o haviam utilizado.

Esses dados corroboram os dados de outros estudos. Zambrano, Gomes e Almeida (2002), em pesquisa realizada com puérperas com idade entre 14 e 39 anos, constataram que 64,0% faziam uso de métodos contraceptivos antes da última gestação. Spindola e Silva (2009), em estudo com adolescentes grávidas, identificaram que, em relação ao uso de métodos anticoncepcionais antes da atual gravidez, 31,2% das adolescentes não faziam uso dele e 52,7% utilizavam algum método. Entretanto, no estudo de Arcanjo, Oliveira e Bezerra (2007), realizado em Fortaleza, com gestantes adolescentes, foi observado que 60% delas não utilizavam nenhum método contraceptivo antes da gravidez.

No estudo de Neutzling (2004), as mulheres que não utilizaram métodos contraceptivos antes da gestação, tiveram um risco 50,0% maior de não o usarem no pós-parto.

Constata-se, através dos estudos, que muitas mulheres não utilizam contraceptivos antes da gestação atual, fato justificável quando essa gestação é desejada e planejada. A seguir, serão identificadas algumas razões que levaram as entrevistadas do presente estudo a utilizarem ou não métodos anticoncepcionais antes da gravidez atual.

Os motivos pelos quais as puérperas referiram ter engravidado utilizando um método anticoncepcional encontra-se na Tabela 12, que podem ser visualizados a seguir.

Tabela 12 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o motivo por ter engravidado usando MAC antes da gestação atual. Uberaba (MG) - 2009.

Motivo por ter engravidado usando MAC	n	%*
Parou de usar o MAC	95	44,6
Uso errado do MAC	44	20,7
Não usou todas as vezes	28	13,1
Não sabe informar	26	12,2
Na troca do MAC hormonal	11	5,2
Interação medicamentosa com o MAC	9	4,2
Total	213	100,0

*Porcentagem em relação às 213 puérperas.

A maior porcentagem das puérperas (44,6%) que usou algum método anticoncepcional antes da gestação atribuiu a ocorrência da gravidez à parada do uso do método.

As demais declararam que engravidaram usando algum método contraceptivo, pelos motivos: uso errado do método anticoncepcional (20,7%), por não ter usado todas as vezes (13,1%), não souberam informar (12,2%), na troca do método anticoncepcional hormonal (5,2%) e devido a interação medicamentosa com o método usado (4,2%).

Através do relato das puérperas, identificou-se que a resposta 'uso errado do método anticoncepcional' está relacionada aos seguintes fatores: uso errado da pílula anticoncepcional, esquecimento da pílula, esquecimento da data de aplicação do injetável hormonal e uso errado do preservativo.

No estudo de Paniz, Fassa e Silva (2005), realizado na cidade de Pelotas, com homens e mulheres de 15 anos ou mais de idade, a maioria das mulheres (86,9%) referiu saber que o anticoncepcional oral deve ser tomado todos os dias, porém, 70% delas não relataram corretamente o que deveriam fazer após o esquecimento de um comprimido. Nesse mesmo estudo, foi identificado que 30% da amostra (homens e mulheres) não possuíam informações sobre o uso correto do preservativo masculino.

A resposta dada pelas mulheres 'não usei todas as vezes', refere-se ao preservativo masculino. Percebe-se, portanto, que ao relatarem o uso do preservativo masculino como método anticoncepcional, esse, nem sempre é usado em todas as relações sexuais, resultando, muitas vezes, em gestações indesejadas/não planejadas.

É importante destacar o relato de 5,2% das mulheres referente à gravidez durante a troca do método anticoncepcional hormonal. Troca essa entre anticoncepcionais orais e entre anticoncepcional oral e injetável hormonal.

A interação medicamentosa entre o método anticoncepcional hormonal e outro medicamento, o qual possa ter interferido na eficácia do contraceptivo, também foi descrito por algumas puérperas (4,2%). Algumas drogas possuem a capacidade de reduzir a eficácia contraceptiva da pílula, principalmente nos tratamentos prolongados (BRASIL, 2002).

Tabela 13 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o motivo por não ter usado MAC antes da gestação atual. Uberaba (MG) - 2009.

Motivo por não ter usado MAC	n	%*
Achou que não iria engravidar	54	37,2
Desejo de engravidar	44	30,3
Não quis usar	22	15,2
Não tinha problema se engravidasse	16	11,0
Não sabia qual usar	4	2,8
Não tinha acesso ao MAC	1	0,7
Não teve orientação/indicação	1	0,7
Não lembrou de usar	1	0,7
Aguardava para colocar DIU	1	0,7
Estava amamentando	1	0,7
Total	145	100,0

*Porcentagem em relação às 145 puérperas.

Das 145 puérperas que relataram não usar nenhum método anticoncepcional antes da gestação atual, 37,2% referiram achar que não iria engravidar, 30,3% relataram não usar o contraceptivo devido ao desejo de engravidar, 15,2% não quiseram usar, 11,0% alegaram que, se engravidassem, não haveria problema e as demais por outros motivos (6,3%).

No estudo de Carvacho (2005), o não uso de métodos anticoncepcionais pelas adolescentes, ao engravidar, esteve relacionado principalmente à: opção/se arriscou (37,6%) e ao pensar que não ia engravidar (25,7%).

No presente estudo, uma pequena porcentagem das mulheres (2,8%), informou que não sabia qual método usar, 0,7% não tinha acesso ao contraceptivo, 0,7% não teve orientação/indicação, 0,7% não lembrou de usá-lo no momento da relação, 0,7% aguardava para colocar o DIU e 0,7% não usou, pois estava amamentando.

O fato de 37,2% das mulheres referirem que não usaram nenhum método anticoncepcional, por acreditarem que não iriam engravidar, demonstra que, apesar de disporem de conhecimento sobre os métodos, elas acreditam que podem não engravidar sem o uso do contraceptivo. Sendo assim, pode-se inferir que as mulheres necessitam de mais informações sobre o próprio corpo e sobre sua capacidade reprodutiva.

É difícil compreender a decisão e atitude de mulheres que não desejam uma próxima gravidez e não utilizam nenhum método para evitá-la.

Heilborn et al. (2009) constataram esse fato em seu estudo. Apenas 1/3 das mulheres que tiveram gravidez imprevista/não planejada, fazia uso de métodos

contraceptivos quando engravidaram. Os autores citaram justificativas dadas pelas mulheres, também observadas no presente estudo durante as entrevistas, como a frase 'pensava que não podia engravidar'.

Entre as 1.991 mulheres participantes do estudo de Paniz, Fassa e Silva (2005), 10,4% tiveram gravidez indesejada sem utilizar algum método contraceptivo.

Usar um método anticoncepcional é primordial para se evitar uma gravidez não planejada e isso deve ser reforçado às mulheres, as quais desejam planejar sua vida reprodutiva. Elas devem saber e acreditar que são vulneráveis a riscos reprodutivos sem segurança contraceptiva.

Verificou-se que respostas relacionadas à falta de conhecimento, de acesso ou de informação/orientação, foram poucas, entendendo-se que esses não são os principais motivos para o não uso do método anticoncepcional.

Foi constatado ainda que os motivos para o não uso do método recaem principalmente na atitude da própria mulher em acreditar que não irá engravidar ou em não querer usá-lo. A falta de conhecimento e acesso aos métodos anticoncepcionais não parecem ser as maiores dificuldades para o uso de métodos contraceptivos, uma vez que não foram as principais opções de resposta das entrevistadas.

A Tabela 14 mostra os métodos anticoncepcionais usado pelas puérperas antes da gestação atual.

Tabela 14 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o tipo de MAC usado antes da gestação atual. Uberaba (MG) - 2009.

MAC usado antes da gestação atual	n	%*
Anticoncepcional oral	138	64,8
Preservativo masculino	42	19,7
Injetável mensal	18	8,5
Injetável trimestral	4	1,9
DIU	3	1,4
Minipílula	3	1,4
Tabelinha	2	0,9
Coito interrompido	2	0,9
Anticoncepção de emergência	1	0,5
Total	213	100,0

*Porcentagem em relação às 213 puérperas.

Os métodos anticoncepcionais mais usados pelas puérperas antes da gestação atual foram: anticoncepcional oral (64,8%), preservativo masculino (19,7%) e injetável mensal (8,5%). Os demais mencionados, com menor frequência foram:

injetável trimestral (1,9%), DIU (1,4%), minipílula (1,4%), tabelinha (0,9%), coito interrompido (0,9%) e anticoncepção de emergência (0,5%).

Em um estudo realizado com puérperas, os métodos mais usados, anterior à última gestação, foram o anticoncepcional oral e o preservativo (ZAMBRANO; GOMES; ALMEIDA, 2002), dados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Fato também confirmado por Spindola e Silva (2009), em estudo realizado com gestantes adolescente.

Na PNDS-2006, entre todas as mulheres participantes da pesquisa, houve o predomínio do uso atual da pílula anticoncepcional, 22,1%, seguida pela esterilização feminina, 21,8% e do preservativo masculino, 12,9% (BRASIL, 2008a).

4.4 CONHECIMENTO SOBRE OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Os dados a seguir referem-se ao conhecimento das puérperas sobre os métodos anticoncepcionais.

Conforme já descrito anteriormente, os dados relacionados ao conhecimento das puérperas foram obtidos de duas formas: através do relato espontâneo dos métodos conhecidos e através da indagação dos métodos não citados, no sentido de lembrar o conhecimento.

A Tabela 15 a seguir mostra os conhecimentos que as puérperas relataram espontaneamente, sem auxílio da pesquisadora. Salienta-se que as mesmas foram questionadas sobre os métodos contraceptivos que conhecem ou que já ouviram falar, sem especificar mecanismo de ação, utilização, efeitos colaterais entre outras informações sobre os métodos.

4.5 CONHECIMENTO ESPONTÂNEO

Tabela 15 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o conhecimento espontâneo sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Métodos anticoncepcionais (MAC)	n	%*
Anticoncepcional oral (sem especificar)	352	98,3
Preservativo masculino	329	91,9
Dispositivo intra-uterino (DIU)	205	57,3
Injetável hormonal (sem especificar)	126	35,2
Laqueadura tubária	56	15,6
Tabelinha	36	10,1
Preservativo feminino	30	8,4
Diafragma	26	7,3
Anticoncepção de emergência	22	6,2
Adesivo semanal	17	4,8
Vasectomia	14	3,9
Coito interrompido	11	3,1
Injetável mensal	4	1,1
Espermaticida	3	0,8
Injetável trimestral	2	0,6
Implante subdérmico	2	0,6
Muco cervical	1	0,3
Ducha vaginal	1	0,3
Menstrasto	1	0,3
Vinagre	1	0,3

*Porcentagem em relação às 358 puérperas.

*Algumas mulheres citaram mais de um MAC.

Dentre os métodos anticoncepcionais citados, a pílula anticoncepcional foi a mais referida (98,3%), não havendo distinção, por parte de nenhuma puérpera, entre anticoncepcional oral combinado ou progestogênio isolado (minipílula). Os demais métodos citados espontaneamente foram: preservativo masculino (91,9%), DIU (57,3%) e injetável hormonal, sem especificar entre mensal e trimestral (35,2%). Algumas puérperas especificaram os injetáveis hormonais em: injetável mensal (1,1%) e injetável trimestral (0,6%).

Algumas práticas populares foram citadas: ducha vaginal (0,3%), chá de mentrasto (0,3%) e ducha vaginal com vinagre (0,3%). Métodos menos divulgados também foram lembrados pelas puérperas, como, por exemplo, o adesivo semanal (4,8%) e o implante subdérmico (0,6%).

O método da amenorréia da lactação e o método da temperatura basal não foram lembrados por nenhuma puérpera. A média do número de métodos citados foi de 3,5 métodos, desvio padrão de 1,2 e mediana de 3,0 métodos, sendo nove o maior número de métodos conhecidos espontaneamente e o menor, um.

4.6 CONHECIMENTO APÓS ESTÍMULO

A Tabela 16 segue a ordem dos métodos citados espontaneamente para efeito de comparação com os citados após estímulo. Deve-se considerar que nesse segundo momento foram questionados os métodos não referidos de forma espontânea, a fim de lembrar algum outro método conhecido. Foram indagados, nesse momento, apenas os métodos descritos no Manual de Assistência em Planejamento Familiar (BRASIL, 2002), exceto o método do colar e o sinto-térmico. Optou-se por especificar os métodos anticoncepcionais orais hormonais, classificando-os em anticoncepcional oral, anticoncepcional apenas de progestogênio (minipílula) e o injetável hormonal em mensal e trimestral.

Tabela 16 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o conhecimento após estímulo sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Métodos anticoncepcionais	n	%*
Anticoncepcional oral	6	1,7
Preservativo masculino	25	7,0
Dispositivo intra-uterino (DIU)	126	35,2
Injetável hormonal (sem especificar)	23	6,4
Laqueadura tubária	294	82,1
Tabelinha	239	66,8
Preservativo feminino	313	87,4
Diafragma	126	35,2
Anticoncepção de emergência	285	79,6
Vasectomia	329	91,9
Injetável mensal	267	74,6
Espermaticida	64	17,9
Injetável trimestral	246	68,7
Método da amenorréia da lactação	217	60,6
Minipílula	205	57,3
Muco cervical	76	21,2
Temperatura basal	37	10,3

*Porcentagem em relação às 358 puérperas.

*Algumas mulheres citaram mais de um MAC.

Com relação ao conhecimento após estímulo, o método contraceptivo mais lembrado foi a vasectomia (91,9%), seguido do preservativo feminino (87,4%), laqueadura tubária (82,1%) e a anticoncepção de emergência (79,6%).

A temperatura basal foi um método não citado espontaneamente e pouco citado após estímulo (10,3%). Já o método da amenorréia da lactação também não foi citado no primeiro momento, porém, após ser mencionado pela entrevistadora, foi lembrado por 60,6% das participantes. O conhecimento desse método deve ser

considerado no puerpério, já que, nesse período, a sua utilização pode ser indicada. Contudo, as orientações específicas devem ser seguidas, a fim de evitar uma nova gestação.

Os métodos minipílula e injetável trimestral foram lembrados por 57,3% e 68,7% das puérperas, respectivamente. Métodos esses de importante conhecimento no pós-parto, devido à possibilidade de ser associado à prática do aleitamento materno.

A pílula anticoncepcional foi citada por todas as puérperas, considerando os dois momentos da entrevista, assim como o preservativo masculino, que foi referenciado nos dois momentos por 98,9% delas.

O preservativo feminino foi pouco citado espontaneamente (8,4%), no entanto, após estímulo, foi lembrado por 87,4% das mulheres. No estudo de Dib (2007), realizado com alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto, o preservativo feminino foi o segundo método mais conhecido (30,8%) pelos adolescentes.

Percebe-se que apesar de toda a divulgação do preservativo masculino e feminino, além das campanhas de prevenção das DST/AIDS, ainda existem pessoas que desconhecem esses métodos importantes para saúde sexual e reprodutiva.

Considerando o conhecimento das puérperas nos dois momentos (resposta espontânea e após estímulo), a média de métodos conhecidos foi de 11,5, o desvio padrão de 2,5 e a mediana de 12,0 métodos. O maior número de contraceptivos conhecidos foi 18 e o menor, quatro. Através desses dados, observamos que existe conhecimento sobre a existência de diversos métodos que podem ser opção de uso para o planejamento familiar, entretanto, no puerpério, deve-se considerar suas indicações e especificidades.

Os resultados encontrados sobre os métodos anticoncepcionais mais conhecidos (anticoncepcional oral e preservativo masculino) se assemelham aos de outros estudos realizados com diferentes sujeitos e faixas etárias, como os de Belo (2001), Espejo et al. (2003), Moura e Silva (2004), Doreto (2006), Inagaki et al. (2007), Dias e Spindola (2007), Brasil (2008a) e Andrade e Silva (2009).

Contudo, Espejo et al. (2003) identificaram em seu estudo que apesar das mulheres relatarem conhecer os diversos métodos anticoncepcionais, muitas apresentam pouco conhecimento ou conceitos errôneos sobre esses.

Há de se considerar que a mulher que engravida tem maior chance de adquirir conhecimentos sobre o assunto, seja através do contato com serviços de saúde, em particular durante o pré-natal, em contatos informais com pessoas de seu relacionamento ou outras gestantes, entre outros.

4.7 DADOS SOBRE OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS JÁ USADOS PELAS PUÉRPERAS

Tabela 17 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo o uso de MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Uso de MAC	n	%
Sim	349	97,5
Não	9	2,5
Total	358	100,0

Conforme apresentado na Tabela 17, a maioria das puérperas (97,5%) já usou algum método anticoncepcional. Apenas 2,5% delas nunca utilizaram nenhum método.

Na PNDS-2006, 87,2% das mulheres participantes da pesquisa, usaram alguma vez métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2008a).

Em pesquisa realizada com 183 mulheres com HIV/AIDS, identificou-se que 49,7% das entrevistadas iniciou o uso de métodos anticoncepcionais apenas após a ocorrência de pelo menos uma gestação, antes do diagnóstico de infecção pelo HIV (FIGUEIREDO, 2007). No presente estudo, a porcentagem de puérperas que nunca utilizaram contraceptivos foi pequena, porém percebe-se em outro estudo uma porcentagem superior de mulheres com 15 anos ou mais que nunca fizeram uso de métodos contraceptivos, 19,7% (PANIZ; FASSA; SILVA, 2005). Segundo a PNDS-2006, 17% das mulheres alguma vez unidas, usaram o primeiro método anticoncepcional quando tinham um filho (BRASIL, 2008a).

A Tabela 18 mostra os dados relacionados aos métodos anticoncepcionais já usados pelas puérperas.

Tabela 18 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo os MAC já usados. Uberaba (MG) - 2009.

MAC já usados	n	%*
Preservativo masculino	319	91,4
Anticoncepcional oral	282	80,8
Anticoncepção de emergência	89	25,5
Injetável mensal	75	21,5
Minipílula	39	11,2
Injetável trimestral	25	7,2
Preservativo feminino	15	4,3
Tabelinha	14	4,0
Coito interrompido	13	3,7
DIU	9	2,6
Práticas populares**	2	0,6
Outros***	3	0,9

*Porcentagem em relação às 349 puérperas que já usaram MAC.

*Algumas mulheres referiram mais de um MAC usado.

** A categoria "Práticas populares" inclui: ducha vaginal e mentrasto.

*** A categoria "Outros" inclui: diafragma, espermaticida, muco cervical.

Os métodos anticoncepcionais mais usados pelas puérperas do estudo foi o preservativo masculino (91,4%) e o anticoncepcional oral (80,8%), seguido do injetável hormonal (28,7%), especificado em mensal (21,5%) e trimestral (7,2%) e a anticoncepção de emergência (25,5%). Outros métodos foram menos citados, tais como: minipílula (11,2%), preservativo feminino (4,3%), tabelinha (4,0%), coito interrompido (3,7%), DIU (2,6%), outros métodos (0,9%) e práticas populares (0,6%).

Dados esses que corroboram as informações de Andrade e Silva (2009) em seu estudo com mulheres de 18 anos ou mais, em dois centros de saúde, no Rio de Janeiro. Eles identificaram o anticoncepcional oral, o preservativo masculino e o anticoncepcional injetável como os métodos mais utilizados pelas mulheres em algum momento de sua vida.

Carlotto et al. (2008) compararam dois estudos realizados com mulheres de 15 a 49 anos e verificaram a redução na taxa de uso do anticoncepcional oral de 60%, em 1995, para 51% em 2004 e aumento no uso do preservativo masculino de 8% para 21% no mesmo período.

O uso do preservativo masculino demonstra a maior participação masculina nas questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

A anticoncepção de emergência foi citada por 25,5% das puérperas. Costa et al. (2008) identificaram em seu estudo que, 38,6% das 407 mulheres participantes já haviam usado a anticoncepção de emergência. Dado superior foi apresentado por Bastos et al. (2008), em estudo com estudantes de um curso de graduação, quando

44,9% já o haviam usado alguma vez. Na PNDS-2006, a utilização desse método foi de 12,0% para todas as mulheres e de 23,2% no grupo das mulheres não unidas sexualmente ativas (BRASIL, 2008a).

Na mesma pesquisa, 3,1% das mulheres já fizeram uso da camisinha feminina, dado próximo ao observado no presente estudo, 4,3%. Kalckmann, Farias e Carneiro (2009) em seu estudo com 2.469 mulheres, identificaram que a maioria, 91,8%, nunca usou o preservativo feminino. É possível observar, através dos dados, que ainda é pequeno o uso desse método contraceptivo pelas mulheres. A desvantagem do custo elevado pode ser um dos fatores para a sua baixa adesão. Todavia, deve-se considerar a vantagem do controle de uso pela própria mulher, além dos efeitos contraceptivos e de proteção contra DST (ZAMPIERI et al., 2007).

Entre os métodos comportamentais, a tabelinha (4,0%) e o coito interrompido (3,7%) foram os mais citados, dados também evidenciados por Fernandes (2003).

O coito interrompido pode ser considerado um método comportamental, uma vez que reduz o risco de uma gravidez indesejada. Porém, não deve ser recomendado como único método anticoncepcional pela alta possibilidade de falha (BRASIL, 2002).

A PNDS-2006 identificou um número superior de mulheres (33,6%) que usaram alguma vez esse método (BRASIL, 2008a). No estudo de Inagaki et al. (2007), o coito interrompido foi o terceiro método mais utilizado pelos universitários, 48,5%. Fernandes (2003) refere que, na maioria das vezes seu uso está associado à adolescência e a instabilidade do relacionamento.

O método do muco cervical foi citado por 0,3% das mulheres e o da temperatura basal por nenhuma. A baixa adesão ao uso desses métodos pode estar relacionado à falta de conhecimento ou à dificuldade de identificação do período fértil. Os métodos comportamentais são técnicas usadas para concepção ou contracepção baseada na auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo durante o ciclo menstrual (BRASIL, 2002).

O uso do DIU pelas puérperas foi pequeno (2,6%). A pouca utilização desse método também foi constatada no estudo de Heilborn et al. (2009). Os autores destacaram em sua pesquisa, que quando as mulheres optam por esse método, enfrentam algumas dificuldades no atendimento como, demora nos resultados dos exames e agendamento da inserção do DIU em um único dia da semana, o que

dificulta o acesso, leva a desistência do método e opção por outro, principalmente pela pílula e esterilização.

Uma (0,3%) puérpera referiu utilizar uma planta denominada mentrasto como método contraceptivo, contudo, não se encontrou na literatura qualquer informação relacionada a um possível efeito contraceptivo dessa planta, entendendo-se então este comportamento como prática popular.

Destaca-se que, como esperado, os métodos laqueadura tubária e vasectomia não foram citados pelas puérperas, devido ao fato do grupo ainda estar em atividade reprodutiva. Esses métodos são considerados definitivos, entretanto, existe a possibilidade, ainda que remota, da sua falha ou da sua reversão, com possibilidade de ocorrência da gravidez.

Estudos evidenciam que a laqueadura tubária é um dos métodos mais utilizados por mulheres brasileiras. Na PNDS-2006, 21,8% das mulheres encontravam-se esterilizadas (BRASIL, 2008a). Fato esse constatado por Fernandes (2003) em seu estudo com 400 mulheres em idade reprodutiva de 15 a 49 anos, das quais 51,0% eram esterilizadas.

A Tabela 19 apresenta a fonte de indicação do uso dos métodos anticoncepcionais.

Tabela 19 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a fonte de indicação de uso dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Indicação de uso	Pres. Masc. (n=319) %	Ant. Oral (n=282) %	Ant. Emerg. (n=89) %	Inj. Men. (n=75) %	Minip. (n=39) %	Inj. Trim. (n=25) %	Pres. Fem. (n=15) %	Tabela (n=39) %	Coito (n=13) %	DIU (n=39) %	Outros* (n=3) %
Profissional de saúde**	3,8	75,8	7,9	60,1	97,4	68,0	13,3	14,3	-	66,7	33,3
Outras pessoas***	4,7	14,5	32,6	17,3	2,6	8,0	6,7	28,6	7,7	11,1	66,6
Parceiro	4,4	-	21,3	1,3	-	4,0	-	-	30,8	-	-
Farmácia	-	0,4	3,4	5,3	-	8,0	-	-	-	-	-
Ninguém	84,4	8,9	33,7	16,0	-	12,0	40,0	57,1	61,5	22,2	-
CTA****	0,3	-	-	-	-	-	26,7	-	-	-	-
Escola	0,9	-	-	-	-	-	13,3	-	-	-	-
Televisão	0,6	-	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-
ACS*****	0,9	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Outros: inclui diafragma, espermaticida, muco cervical.

** Profissionais de saúde: médico e enfermeiro.

*** Outras pessoas: parente, amiga e vizinha.

**** Profissional do centro de testagem anônima (CTA).

***** Agente comunitário de saúde (ACS)

Através desses dados, observou-se que as respostas relacionadas à indicação do uso dos contraceptivos foram variadas. Os métodos hormonais, exceto a anticoncepção de emergência, tiveram a maior indicação de uso pelo profissional de saúde, principalmente o médico.

Constatou-se que em relação a diversos métodos as puérperas referiram não terem tido indicação para o uso dos mesmos, respondendo que 'ninguém' havia indicado. As entrevistadas relataram que já tinham conhecimento prévio sobre o método e a decisão sobre o uso foi dela mesma. Esse relato ocorreu com grande frequência em relação ao coito interrompido (61,5%), à tabelinha (57,1%), ao preservativo feminino (40,0%), à anticoncepção de emergência (33,7%) e, principalmente, ao preservativo masculino (84,4%).

Outros estudos mostram informações semelhantes. Fernandes (2003) constatou que, entre 388 mulheres, 40,0% referiram ser da própria mulher a decisão de uso de determinado método contraceptivo. As participantes do estudo de Osis et al. (2004), quando questionadas sobre quem deu idéia para usar o método anticoncepcional, referiram, ela própria/ninguém (39,0%).

Observa-se que muitas mulheres já conhecem os métodos, fato justificado pelo aumento da divulgação dos contraceptivos nos diversos meios como escola, televisão, serviços de saúde, entre outros, o que leva muitas a utilizarem o método sem indicação ou orientação específica.

No estudo de Souza et al. (2006), realizado com 284 mulheres, os autores destacaram que 35,9% das entrevistadas iniciaram o uso do anticoncepcional oral após consulta, entretanto 33,6% não a fizeram. Observou-se nesse estudo, que a maioria (75,8%) das entrevistadas, teve indicação de uso do anticoncepcional oral pelo profissional de saúde, principalmente o médico, entretanto 24,2% das mulheres tiveram a indicação de uso por outras fontes ou pela própria mulher.

A indicação do método contraceptivo pelo profissional de saúde também foi maior em relação ao injetável mensal (60,1%), injetável trimestral (68,0%), minipílula (97,4%) e DIU (66,7%).

A indicação realizada pelo profissional de saúde é fundamental para a utilização adequada do método. Nota-se que nem sempre essa é a realidade. Paniz, Fassa e Silva (2005), em seu estudo com 3.542 pessoas, identificaram que 49,7% referiram não ter recebido informação sobre anticoncepção por profissional de saúde (público e privado), quando escolheram o último método utilizado. Dias-da-Costa et

al. (2002) identificaram em sua pesquisa, realizada na cidade de Pelotas, que, entre as 279 usuárias de anticoncepcionais orais, 22,2% apresentavam alguma contra-indicação para sua utilização.

Pode-se observar uma significativa influência na indicação de métodos anticoncepcionais, por diversas pessoas, como parentes (mãe, irmã, tia e cunhada), parceiro, vizinha, amiga, agente comunitário de saúde, escola entre outros.

Os métodos que tiveram indicação do parceiro foram: coito interrompido (30,8%), anticoncepção de emergência (21,3%), preservativo masculino (4,4%), injetável trimestral (4,0%) e injetável mensal (1,3%).

Ainda é pequena a responsabilidade dos homens nas questões de regulação da fecundidade. No estudo de Silva et al. (2008), realizado com mulheres, que participavam do programa de planejamento familiar em uma unidade de saúde da família de Fortaleza, identificou-se por meio dos relatos que o envolvimento dos homens no planejamento familiar foi restrito. Nesse mesmo estudo, algumas mulheres desejavam a participação mais ativa do parceiro e a divisão da responsabilidade contraceptiva. Entretanto, no estudo de Moreira et al. (2008), 71,0% dos homens relataram que a decisão sobre o uso do método anticoncepcional envolve o casal. Dado semelhante foi encontrado por Carvalho, Pirotta e Schor (2001), onde 82,7% das participantes do estudo afirmaram a participação do parceiro na regulação da fecundidade do casal.

Em relação à contracepção de emergência, 33,7% das puérperas referiram que 'ninguém' havia lhe indicado e 32,6%, parentes, amigas e vizinhas. A indicação de uso pelo parceiro foi de 21,3% entre as mulheres, o que demonstra a preocupação masculina com uma possível gravidez não planejada/indesejada.

A Tabela 20 apresenta a fonte de orientação dos métodos anticoncepcionais segundo as puérperas do estudo.

Tabela 20 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo a fonte de orientação sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Orientação	Pres. Masc. (n=319) %	Ant. Oral (n=282) %	Ant. Emerg. (n=89) %	Inj. Men. (n=75) %	Minip. (n=39) %	Inj. Trim. (n=25) %	Pres. Fem. (n=15) %	Tabela (n=39) %	Coito (n=13) %	DIU (n=39) %	Outros* (n=3) %
Profissional de saúde**	4,4	73,3	11,2	60,0	97,4	72,0	20,0	21,4	-	100,0	33,3
Ninguém	56,1	7,8	24,7	6,7	-	-	40,0	7,1	46,1	-	-
Outras pessoas***	4,0	13,5	13,5	12	-	4,0	-	28,7	30,8	-	66,7
ACS****	0,9	1,1	2,2	-	-	4,0	-	7,1	-	-	-
Farmácia	-	3,9	38,3	20,0	2,6	20,0	-	-	-	-	-
Parceiro	2,2	-	7,9	1,3	-	-	-	-	7,7	-	-
Livro/revista televisão	2,8	-	1,1	-	-	-	-	21,4	7,7	-	-
Escola	21,0	0,4	1,1	-	-	-	6,7	14,3	7,7	-	-
Palestra	4,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CTA*****	4,4	-	-	-	-	-	33,3	-	-	-	-

*Outros: inclui diafragma, espermaticida, muco cervical.

** Profissionais de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e assistente social.

*** Outras pessoas: parente, amiga e vizinha.

**** Agente comunitário de saúde (ACS).

***** Profissional do centro de testagem anônima (CTA).

Ressalta-se que nem sempre a mesma fonte de indicação foi a de orientação. As orientações foram relacionadas a diversos locais e profissionais.

Observou-se, através da Tabela 20, que a principal fonte de orientação do anticoncepcional oral, minipílula, injetáveis mensal e trimestral e do DIU, foi o profissional de saúde, principalmente o médico. Identificou-se a participação do profissional da farmácia nas orientações do injetável mensal (20,0%) e trimestral (20,0%), anticoncepcional oral (3,9%), minipílula (2,6%) e a anticoncepção de emergência, com uma maior porcentagem (38,3%). Esses profissionais, muitas vezes, são procurados devido à facilidade de acesso as informações e ao método pretendido.

Em relação ao preservativo masculino, identificamos o papel da escola no processo educativo sobre o método, assim como as palestras e o profissional do centro de testagem anônima.

A escola foi referida como local de orientação do preservativo masculino por 21,0% das mulheres, entretanto, em relação aos demais métodos, esse local foi pouco citado. Guimarães, Vieira e Palmeira (2003) constataram em seu estudo com adolescentes, que 57,7% não receberam informações sobre métodos contraceptivos na escola. Dado contrário ao apresentado no estudo de Dib (2007) com adolescentes, onde a fonte de informação mais citada foi a escola, 51,7%. Essa instituição deve ser considerada um importante local para práticas educativas em saúde, inclusive voltadas à sexualidade.

Moura e Silva (2004), em seu estudo com usuárias das unidades de saúde da família, identificaram que 80,0% das mulheres receberam informações sobre os métodos contraceptivos através do enfermeiro. No presente estudo, esse profissional foi pouco referido pelas participantes. Ainda no estudo de Moura e Silva (2004), o agente de saúde foi citado por 28% das usuárias, amigas ou vizinhas 26% e o médico apenas 18%, entre outros.

No presente estudo, as palestras foram pouco citadas. Apenas 4,1% das mulheres que já usaram o preservativo masculino indicaram essa atividade como fonte de orientação sobre esse método.

Costa, Guilhem e Silver (2006) evidenciaram que em 89,2% dos municípios brasileiros participantes da pesquisa, eram oferecidas práticas educativas relacionadas ao conhecimento do corpo e dos métodos contraceptivos, informação

confirmada por Osis et al. (2006) que identificaram a realização de atividades educativas, individuais e grupais em todas as capitais participantes do seu estudo.

Puérperas que referiram não receber orientações de 'ninguém', o fizeram por considerar já ter orientações sobre o contraceptivo, principalmente o preservativo masculino, feminino e o coito interrompido, que de modo geral, pode-se considerar como sendo conhecimento de domínio público.

A Tabela 21 apresenta a opinião das puérperas em relação a orientação recebida (suficiente ou não) sobre o métodos anticoncepcionais.

Tabela 21 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM, segundo orientação recebida (suficiente ou não) sobre os MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Orientações suficientes	Pres. Masc. (n=319) %	Ant. oral (n=282) %	Ant. emerg. (n=89) %	Inj. Men. (n=75) %	Minip. (n=39) %	Inj. Trim. (n=25) %	Pres. Fem. (n=15) %	Tabela (n=14) %	Coito (n=13) %	DIU (n=9) %	Outros* (n=3) %
Sim	43,9	90,8	75,3	92,0	100,0	100,0	60,0	85,8	53,8	88,9	100,0
Não	-	1,1	-	1,3	-	-	-	7,1	-	11,1	-
Não houve orientações	56,1	8,2	24,7	6,7	-	-	40,0	7,1	46,2	-	-

*Outros: inclui diafragma, espermaticida, muco cervical.

A maioria das entrevistadas considerou suficientes as informações recebidas pelas diferentes fontes. Algumas entrevistadas referiram que não houve orientação, pois as mesmas consideraram já possuir conhecimento, como descrito nas respostas de orientação recebida sobre os métodos anticoncepcionais.

Apointa-se que, nesse estudo, não foi aprofundado o tipo de orientação fornecida sobre os métodos anticoncepcionais. O que deve ser considerado é que as informações oferecidas não foram realizadas exclusivamente por profissionais de saúde, o que faz questionar o tipo de informação recebida e sua aplicação correta.

A maioria das mulheres considerou as orientações suficientes, porém, posteriormente, algumas relataram dificuldade no uso adequado do método. Percebe-se que as orientações nem sempre são suficientes e/ou eficazes devido às falhas e à falta de adesão do uso correto dos métodos.

A Tabela 22 apresenta o local de obtenção dos métodos anticoncepcionais.

Tabela 22 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo o local de obtenção dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Local de obtenção	Pres. Masc. (n=319) %	Ant. oral (n=282) %	Ant. Emerg. (n=89) %	Inj. Men. (n=75) %	Minip (n=39) %	Inj. Trim. (n=25) %	Pres. Fem. (n=15) %	DIU (n=9) %	Outros* (n=2) %
Farmácia	52,1	66,3	95,6	98,7	71,8	84,0	46,6	-	100,0
US/ESF**	20,1	23,0	2,2	-	23,0	16,0	6,7	-	-
Adquirido pelo parceiro	11,9	-	-	-	-	-	-	-	-
US/ESF e farmácia	11,0	9,2	-	1,3	2,6	-	-	-	-
Serviços públicos de saúde ***	3,1	0,8	-	-	2,6	-	26,7	100,0	-
Ganhou	0,9	0,7	2,2	-	-	-	20,0	-	-
Parceiro e farmácia	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-

* Outros: inclui diafragma e espermatocida.

**Unidade de saúde/estratégia saúde da família (US/ESF).

*** Serviços públicos de saúde: nível secundário e terciário.

Por meio da Tabela 22, pode-se evidenciar que o principal local de obtenção do injetável mensal (98,7%), da anticoncepção de emergência (95,6%), do injetável trimestral (84,0%), da minipílula (71,8%), do anticoncepcional oral (66,3%), do preservativo masculino (52,1%) e do preservativo feminino (46,6%) foi a farmácia.

Os dados do presente estudo são semelhantes aos da PNDS-2006, de que as farmácias são os principais locais de aquisição dos anticoncepcionais, injetáveis hormonais e da camisinha masculina (BRASIL, 2008a).

Segundo Carlotto et al. (2008), a maioria das mulheres, tanto em 1995 como em 2004, obtiveram o método anticoncepcional por meio de recursos próprios, nas farmácias, sendo que houve um aumento, de 3,0% em 1995 para 11,0% em 2004, daquelas que adquiriram os métodos nas unidades de saúde. Através dos dados da PNDS de 1996 e 2006, também foi identificado esse aumento do acesso aos contraceptivos através do SUS de 7,8% para 21,3% (BRASIL, 2009b).

Um pequeno número de mulheres (2,6%), relatou já ter utilizado o DIU. O local de obtenção desse método foi os serviços de saúde vinculados ao SUS (hospital público e centro de atenção integral à saúde da mulher-CAISM), dado esse também descrito pela PNDS-2006, que refere o SUS como o principal responsável pelo fornecimento do DIU e realização da esterilização feminina (BRASIL, 2008a).

A maioria das mulheres (52,1%) relatou como local de obtenção do preservativo masculino, a farmácia, além da US/ESF (20,1%) e ambos, farmácia e US/ESF (11,0%). Segundo Silva et al. (2008) e Marcolino e Galastro (2001), são as mulheres que procuram os serviços de saúde para adquirir esse método.

No que diz respeito à anticoncepção de emergência, as entrevistadas que o usaram, relataram adquirir esse método nas farmácias (95,6%). No estudo de Costa et al. (2008), 83,0% das mulheres obtiveram esse método nas clínicas da BEMFAM e 16,0% nas farmácias. Entretanto, os dados da pesquisa de Bastos et al. (2008) com universitárias, coincidem com os apresentados no presente estudo. Tais autores identificaram que 94,1% das participantes adquiriram esse método em farmácias, sem prescrição médica.

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres descreve, entre suas ações, “adquirir e distribuir métodos anticoncepcionais reversíveis, incluindo anticoncepcionais de emergência” (BRASIL, 2008b, p. 81), proposta essa de ação que também esteve presente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007 (BRASIL, 2004b).

Para Bastos et al. (2008), a disponibilização da anticoncepção de emergência na rede de serviços de saúde faz parte da agenda dos direitos sexuais e reprodutivos para a população brasileira.

Dib (2007), em estudo com adolescentes de escolas municipais de Ribeirão Preto (SP), identificou que 75,8% dos alunos tinham como local de obtenção dos métodos contraceptivos o posto de saúde (através do médico).

No presente estudo, a aquisição dos diversos métodos contraceptivos também esteve associada a mais de um local, como US/ESF e farmácia e parceiro e farmácia. Esse fato pode indicar a dificuldade de acesso a determinado método, tendo-se a opção de busca em outros locais.

Para Silva et al. (2008), a proximidade entre os serviços de saúde e a comunidade contribui tanto para a construção de vínculo com as usuárias, quanto para o recebimento do método contraceptivo e a sua adequada utilização. Moura, Silva e Galvão (2007) afirmam que o atendimento deve estar próximo da população, promover a autonomia dos usuários e entregar de forma descentralizada os métodos contraceptivos.

No estudo realizado por Costa, Guilhem e Silver (2006) em diversos municípios brasileiros, constatou-se que a oferta de planejamento familiar é amplamente realizada em todo país e está associada à região geográfica, segundo informações fornecidas pelos gestores participantes do estudo. A mesma pesquisa identificou que a concentração da oferta de pílula, em relação a outros métodos, é alta e o volume de oferta do preservativo masculino expressivo.

Moura, Silva e Galvão (2007) observaram, em estudo feito em municípios do Ceará, que a dinâmica de atendimento e de entrega dos métodos anticoncepcionais foi variada para cada equipe de saúde da família, não ocorrendo uma padronização ou rotina de atendimento. A prescrição e a entrega dos métodos mantêm-se ligadas as barreiras institucionais e profissionais.

Nesse mesmo estudo, as usuárias, referiram dificuldade em retornar mensalmente à unidade de saúde para buscar o método anticoncepcional (34,0%), seguida da queixa de longa espera (22,0%). Entretanto, as demais se mostraram satisfeitas com o atendimento e entrega dos métodos.

A resposta 'adquiro pelo parceiro' indica que esse possuía o método, não sabendo, a puérpera, informar o seu local de obtenção. Essa resposta esteve

relacionada ao uso do preservativo masculino, constatando-se que, algumas vezes, a responsabilidade do acesso desse método é atribuída ao homem.

As Tabelas 23 e 24 apresentam as dificuldades e tipo de dificuldades de obtenção dos métodos anticoncepcionais nas Tabelas a seguir.

Tabela 23 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo dificuldade de obtenção dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Dificuldades para obter	Pres. Masc. (n=319) %	Ant oral (n=282) %	Ant. Emerg (n=89) %	Inj. Men. (n=75) %	Minip. (n=39) %	Inj Trim. (n=25) %	Pres. Fem. (n=15) %	DIU (n=9) %	Outros* (n=2) %
Sim	6,3	14,5	3,4	13,3	2,6	12,0	13,3	11,1	-
Não	81,8	85,5	96,6	86,7	97,4	88,0	86,7	88,9	100,0
Parceiro que adquiriu	11,9	-	-	-	-	-	-	-	-

* Outros: inclui diafragma, espermaticida.

Tabela 24 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo o tipo de dificuldade encontrada na obtenção dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Dificuldades de obtenção dos MAC	Pres. Masc. (n=20) %	Ant. oral (n=41) %	Ant. Emerg. (n=3) %	Inj. Men. (n=10) %	Minip. (n=1) %	Inj. Trim. (n=3) %	Pres. Fem. (n=2) %	DIU (n=1) %
Caro	5,0	34,1	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	-
Não estava disponível todo mês no serviço de saúde	80,0	58,6	-	10,0	-	-	-	-
Conseguia pouca quantidade	5,0	-	-	-	-	-	-	-
Consultas/reuniões necessárias	-	4,9	-	-	-	-	-	100,0
Depender do dinheiro do marido	-	2,4	-	10,0	-	-	-	-
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde	10,0	-	-	-	-	-	-	-

Quando questionadas sobre dificuldades na obtenção dos métodos anticoncepcionais, a maioria respondeu não. Essa resposta se aplicou a todos os métodos.

Constata-se que, apesar da maioria das mulheres relatarem a farmácia como principal local de obtenção do contraceptivo, o preço não foi a maior dificuldade encontrada pelas entrevistadas, que utilizam o anticoncepcional oral e o preservativo masculino. A maior dificuldade encontrada pelas puérperas, que têm os serviços de saúde do SUS como local de obtenção desses métodos, foi o fato dele não estar disponível todo o mês. Como já referido, a disponibilidade dos métodos no momento e lugar adequados é fundamental para a garantia da autonomia na escolha dos contraceptivos (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Moreira e Araújo (2004) ressaltam em seu estudo que um fator relacionado à escolha do método contraceptivo é a irregularidade da provisão de recursos, levando a indicação médica e a escolha pessoal, de acordo com a disponibilidade do método no serviço.

O injetável trimestral (100,0%), a anticoncepção de emergência (100,0%), a minipílula (100,0%), o preservativo feminino (100,0%) e o injetável mensal (80,0%), tiveram como principal dificuldade de obtenção, o preço.

Outras dificuldades foram relatadas pelas puérperas com menor frequência, como, por exemplo, conseguir pouca quantidade do método no serviço de saúde, número de consultas/reuniões necessárias, para conseguir colocar o método ou pegar receita, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e depender do dinheiro do marido.

Durante a entrevista, algumas mulheres relataram que o fato de comprar o anticoncepcional oral não era uma dificuldade, devido ao baixo preço do contraceptivo usado. Tal fato pode estar relacionado à prescrição de pílula anticoncepcional com preços mais acessíveis pelos profissionais de saúde e ao Programa Farmácia Popular, uma medida implantada pelo governo federal para ampliar a oferta e o acesso a medicamentos, inclusive os anticoncepcionais hormonais com preços baixos (UNFPA, 2008; BRASIL, 2009d). Outro fato mencionado por algumas mulheres, que justificaram a aquisição dos contraceptivos em farmácia, foi a desconfiança nos anticoncepcionais orais do 'postinho', referindo-se a esses como 'fraco' ou 'não confiável', preferindo comprá-los.

Em relação ao preservativo masculino, a principal dificuldade apresentada foi o fato do método não estar disponível todo mês no serviço de saúde (80,0%).

De acordo com o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (2005), a disponibilidade de preservativo nos serviços públicos de saúde nem sempre é suficiente para atender a demanda. É importante fortalecer a idéia de co-responsabilidade no suprimento desse método para o cuidado da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres (BRASIL, 2005b).

O alto preço foi citado como uma dificuldade para o acesso e uso do preservativo feminino (100,0%). Alguns autores descrevem o custo como uma desvantagem para o uso desse método (ZAMPIERI et al., 2007; KUNDE et al., 2006).

A Tabela 25 apresenta a satisfação das puérperas em relação ao uso dos métodos anticoncepcionais.

Tabela 25 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo a satisfação em relação ao uso dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Satisfação sobre o uso	Pres. masc (n=319) %	Ant. oral (n=282) %	Ant. Emerg. (n=89) %	Inj Men. (n=75) %	Minip. (n=39) %	Inj. Trim. (n=25) %	Pres. Fem. (n=15) %	Tabela (n=14) %	Coito (n=13) %	DIU (n=9) %	Outros* (n=3) %
Satisfeita	33,9	45,8	51,6	50,6	61,6	32,0	20,0	57,1	46,2	55,6	-
Pouco satisfeita	25,1	15,2	12,4	14,7	5,1	12,0	13,3	14,3	7,6	-	66,7
Insatisfeita	41,0	39,0	36,0	34,7	33,3	56,0	66,7	28,6	46,2	44,4	33,3

*Outros: inclui diafragma, espermaticida, muco cervical.

Na Tabela 25, pode-se observar que a satisfação das puérperas, em relação aos métodos, foram diferentes para cada contraceptivo. As puérperas que utilizaram minipílula (61,6%), tabelinha (57,1%), DIU (55,6%), anticoncepção de emergência (51,6%), injetável mensal (50,6%), anticoncepcional oral (45,8%), referiram satisfação em relação ao método citado.

Os métodos que apresentaram maiores porcentagens de insatisfação foram: preservativo feminino (66,7%), injetável trimestral (56,0%) e preservativo masculino (41,0%). O coito interrompido apresentou a mesma proporção (46,2%) entre satisfeita e não satisfeita.

Os motivos da satisfação ou não, com relação ao método contraceptivo, não foram questionados no estudo, porém, pode-se perceber, através dos relatos, a insatisfação relacionada à forma de uso, efeitos colaterais e à própria insatisfação pessoal com o método.

A Tabela 26 apresenta as dificuldades relacionadas ao uso adequado dos métodos anticoncepcionais.

Tabela 26 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo as dificuldades relacionadas ao uso adequado dos MAC. Uberaba (MG) - 2009.

Dificuldade no uso adequado	Pres. Masc. (n=319) %	Ant. Oral (n=282) %	Ant. Emerg. (n=89) %	Inj. Men. (n=75) %	Minip. (n=39) %	Inj. Trim. (n=25) %	Pres. Fem. (n=15) %	Tabela (n=14) %	Coito (n=13) %	Outros* (n=3) %
Sim	-	41,1	-	-	23,1	-	26,7	21,4	-	33,3
Não	100,0	58,9	100,0	100,0	76,9	100,0	73,3	78,6	100,0	66,7

* Outros: inclui diafragma, espermaticida, muco cervical.

Quando questionadas sobre dificuldades relacionadas ao uso adequado do método, a maioria das puérperas respondeu não ter dificuldades. As que referiram dificuldades, citaram o anticoncepcional oral (41,1%), o preservativo feminino (26,7%), a minipílula (23,1%) e a tabelinha (21,4%). Na categoria “outros” houve relato de dificuldade no uso do espermaticida (33,3%). Algumas mulheres declararam, durante a entrevista, que o uso correto do preservativo masculino e do coito interrompido é de responsabilidade do parceiro.

O anticoncepcional oral foi o método que apresentou maior dificuldade de uso correto (41,1%), sendo o esquecimento da pílula o fato mais relatado (94,8%), além da dificuldade em engolir o comprimido (5,2%). Essas dificuldades foram também relatadas por 88,9% e 11,1% das usuárias da minipílula, respectivamente. Ressalta-se, contudo, que a eficácia da pílula anticoncepcional dependerá da maneira como a mulher toma as pílulas. As orientações são fundamentais para que o método seja usado corretamente (LOPES; ARCE, 2006).

Em relação ao preservativo feminino e ao espermaticida, as puérperas referiram dificuldade em colocar o método, assim como no uso da tabelinha, a dificuldade de verificar o período fértil. As dificuldades de uso do preservativo feminino e do espermaticida podem estar relacionadas à falta de orientação sobre o uso correto do método e o conhecimento do próprio corpo. Já no uso da tabelinha, a mulher precisa conhecer o seu ciclo menstrual e identificar o período fértil, para que possa utilizar esse método de forma segura.

De modo geral, as mulheres demonstram pouco conhecimento sobre anatomia e fisiologia reprodutiva. Esse desconhecimento interfere na vida sexual, escolha e uso dos métodos anticoncepcionais, assim como na avaliação de sua inocuidade, efetividade e efeitos sobre o organismo (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Em relação aos demais métodos, as entrevistadas não relataram dificuldades de uso adequado do contraceptivo.

4.8 ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PRÉ-NATAL

Tabela 27 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo orientação recebida sobre MAC no pré-natal. Uberaba (MG) - 2009.

Orientação no pré-natal	n	%*
Sim	114	32,5
Não	237	67,5
Total	351	100,0

*Porcentagem em relação às 351 puérperas que fizeram pré-natal.

A atenção pré-natal e puerperal tem o objetivo de “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (BRASIL, 2005c, p. 8). As ações educativas devem fazer parte dessa atenção.

A educação em saúde, no pré-natal, deve envolver orientações voltadas à gestação, sinais e sintomas do parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e a importância do planejamento familiar, entre outras (BRASIL, 2000).

No presente estudo, 32,5% das mulheres informaram que receberam orientações sobre contracepção no pré-natal, através de grupos educativos/sala de espera e/ou na própria consulta obstétrica. No entanto, a maioria (67,5%), afirmou não ter recebido esse tipo de informação. As que não fizeram pré-natal corresponderam a 2,0% das mulheres.

Neutzling (2004) identificou em seu estudo que mulheres que não fizeram nenhuma consulta no pré-natal, tiveram um risco quase três vezes maior de não usarem métodos anticoncepcionais no pós-parto.

Barber (2007) enfatizou em sua pesquisa, realizada no México, que as mulheres que receberam aconselhamento sobre o planejamento familiar durante o pré-natal, tinham mais chances de utilizar um contraceptivo no pós-parto do que aquelas que não receberam esse aconselhamento.

A mesma autora concluiu que fornecer informações sobre o planejamento familiar como parte da assistência pré-natal é uma importante forma de aumentar a utilização de contraceptivos após o parto.

O pré-natal contempla um período onde as questões reprodutivas devem ser abordadas e a reflexão sobre a temática iniciada, de preferência com a participação

do parceiro, caso a mulher o tenha. Como pôde ser evidenciado nesse estudo, ainda é pouco frequente esse tipo de atividade no pré-natal, seja nas consultas ou através de grupos educativos. A ausência de informações sobre contracepção nesse período diminui a oportunidade de conhecimento sobre os métodos, do esclarecimento de dúvidas e da reflexão e decisão ao longo da gestação do contraceptivo a ser utilizado após o parto.

Deve-se destacar ainda, que muitas das participantes realizaram o pré-natal no ambulatório da própria universidade, onde foi realizada a pesquisa. Nesse serviço, são desenvolvidas atividades educativas rotineiras voltadas às gestantes, realizadas principalmente pelo enfermeiro e assistente social.

Tabela 28 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo o tipo de MAC orientado no pré-natal e profissional que orientou. Uberaba (MG) - 2009.

Variável	n	%
MAC orientados*		
Diversos métodos anticoncepcionais	66	57,8
Laqueadura tubária	14	12,2
Anticoncepcional oral	11	9,6
Preservativo masculino	8	7,0
DIU	3	2,6
Minipílula	2	1,8
Injetável e anticoncepcional hormonal	2	1,8
Preservativo masculino e laqueadura tubária	2	1,8
Injetável hormonal e preservativo masculino	1	0,9
Método da amenorréia da lactação	1	0,9
Preservativo masculino e preservativo feminino	1	0,9
DIU e vasectomia	1	0,9
Injetável hormonal	1	0,9
DIU e laqueadura tubária	1	0,9
Total	114	100,0
Profissional que orientou*		
Médico	42	36,8
Enfermeiro	37	32,5
Assistente social	18	15,8
Enfermeiro e assistente social	6	5,3
Não sabe informar	3	2,6
Médico e enfermeiro	3	2,6
CTA**	3	2,6
Psicólogo	2	1,8
Total	114	100,0

*Porcentagem em relação às 114 puérperas que foram orientadas sobre MAC no pré-natal.

**Profissional do centro de testagem anônima (CTA).

A maioria das puérperas (57,8%), relatou ter recebido orientações sobre diversos tipos de métodos. Essa forma de atividade educativa proporciona à mulher o conhecimento dos diferentes tipos de contraceptivos disponíveis, levando-as à possibilidade de opção sobre o contraceptivo a ser utilizado.

A laqueadura tubária (12,2%), o anticoncepcional oral (9,6%) e o preservativo masculino (7,0%) foram os principais métodos específicos sobre os quais as puérperas receberam orientações no período do pré-natal. Coincidentemente, são os métodos mais conhecidos e utilizados pela população, permitindo inferir que os profissionais de saúde concentram as orientações nesses métodos específicos, não proporcionando a opção aos demais ou por serem os contraceptivos mais questionados e de maior interesse das mulheres.

Os profissionais mais citados em relação às orientações fornecidas no pré-natal foram o médico (36,8%) e o enfermeiro (32,5%), seguidos pelo assistente social (15,8%). Apenas 2,6% das puérperas não souberam informar sobre qual profissional lhe orientou sobre os métodos.

Houve casos em que foram citados dois profissionais: enfermeiro e assistente social (5,3%) e médico e enfermeiro (2,6%).

O profissional do CTA, sem especificar sua formação, foi referido por 2,6% das mulheres e o psicólogo por 1,8% delas. Evidencia-se que as ações educativas podem e devem ser desenvolvidas por diferentes profissionais, tais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

4.9 INTENÇÃO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS APÓS O PARTO

Tabela 29 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo intenção de ter de filhos, número de filhos e o intervalo em anos para a próxima gestação. Uberaba (MG) - 2009.

Variável	n	%
Intenção de ter filhos*		
Sim	50	14,5
Não	243	70,7
Talvez	51	14,8
Total	344	100,0
Número de filhos pretendidos**		
Um	87	86,1
Dois	6	5,9
Três	3	3,0
Não sabe	5	5,0
Total	101	100,0
Intervalo para a próxima gestação (anos)**		
Um ano	3	3,0
Dois anos	5	5,0
Três anos	11	10,9
Quatro anos	13	12,9
Cinco anos	14	13,9
Seis anos	10	9,9
Sete anos	8	7,9
10 anos	19	18,7
11 anos	1	1,0
15 anos	2	2,0
20 anos	1	1,0
Não sabe	14	13,8
Total	101	100,0

*Porcentagem em relação às 344 puérperas (14 foram submetidas à laqueadura tubária no momento do parto).

**Porcentagem em relação às 101 puérperas que disseram pretender, ou talvez, ter filhos.

A maioria das puérperas (70,7%), respondeu não ter pretensão de filhos. Entretanto, 14,5% das mulheres disseram pretender ter mais filhos e 14,8% delas apresentavam dúvida sobre essa decisão, referindo-se à opção 'talvez'.

A questão sobre intenção reprodutiva das mulheres em união, realizada pela PNDS-2006, identificou que 25,5% desejam ter mais filhos, 37,1% não podem tê-los (por já estarem esterilizadas ou declararem inférteis), 35,4% não querem mais filhos e 2,0% não decidiram (BRASIL, 2008a).

Deve-se ressaltar que, no presente estudo, as mulheres encontravam-se no período de pós-parto, momento em que essas não pensam numa próxima gravidez, além de muitas vezes relacionarem a gravidez à dor do parto.

Identificou-se que 3,9% das puérperas realizaram laqueadura tubária no momento do parto. Salienta-se que essas mulheres passaram pelo serviço de planejamento familiar durante o pré-natal e apresentaram risco materno e/ou fetal em uma próxima gravidez.

No Brasil, não é permitida a realização da laqueadura tubária durante o período do parto, aborto ou ainda até 42 dias após a ocorrência desses, exceto em casos de necessidade comprovada, por cesarianas sucessivas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde (BRASIL, 1999; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003). Entretanto, de acordo com a PNDS-2006 as cirurgias de esterilização continuam sendo realizadas, preferencialmente, no momento do parto, durante a cesariana (BRASIL, 2008a). Fato esse confirmado no estudo de Carvalho et al. (2006), que descreveram que quase 80,0% das 1012 mulheres participantes de sua pesquisa, foram laqueadas durante uma cesariana.

Entre as mulheres que disseram pretender ou talvez vir a pretender, no futuro, ter mais filhos, a maioria (86,1%) desejava ter um só filho. As demais desejavam ter dois filhos (5,9%) ou três filhos (3,0%). As outras puérperas não souberam informar quantos filhos (5,0%).

Em relação à quantidade de anos a serem esperados para a próxima gravidez 18,7% das mulheres desejavam adiar uma futura gestação por dez anos, 13,9% por cinco anos, 12,9% por quatro anos e 10,9% por três anos. Apenas 8,0% das mulheres relataram pretender uma nova gravidez antes de dois anos.

Dados da PNDS-2006 permitiram constatar que 63,4% das mulheres desejam adiar o próximo filho por dois anos ou mais e 35,2% querem tê-los nos próximos dois anos (BRASIL, 2008a).

O fato das mulheres do presente estudo pretenderem esperar por uma próxima gravidez por mais de dois anos deve ser entendido como algo positivo, uma vez que esse intervalo é considerado adequado e mais saudável para a mãe e o bebê (WHO, 2006; OMS, 2007).

Para que as mulheres consigam espaçar uma nova gestação e aguardar o intervalo desejado e número de filhos é imprescindível a informação, escolha e acesso aos métodos anticoncepcionais.

Tabela 30 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo intenção de uso de MAC após o parto e MAC pretendido. Uberaba (MG) - 2009.

Variável	n	%
Intenção de uso de MAC após o parto*		
Sim	340	98,8
Não	4	1,2
Total	344	100,0
MAC pretendido**		
Anticoncepcional oral	107	31,4
Injetável hormonal	62	18,2
Laqueadura tubária	46	13,5
DIU	38	11,2
Método reversível e método irreversível	22	6,5
Vasectomia	16	4,7
Não sabe	15	4,4
Anticoncepcional oral e preservativo masculino	10	2,9
Minipílula	8	2,4
Injetável trimestral	6	1,8
Preservativo masculino	5	1,5
Injetável hormonal e preservativo masculino	2	0,6
Minipílula e método da amenorréia da lactação	1	0,3
Preservativo feminino	1	0,3
Coito interrompido	1	0,3
Total	340	100,0

*Porcentagem em relação às 344 puérperas (14 foram submetidas à laqueadura tubária no momento do parto).

** Porcentagem em relação às 340 puérperas (14 foram submetidas à laqueadura tubária no momento do parto e quatro não pretendiam usar MAC após o parto).

Em relação à intenção de uso de métodos anticoncepcionais após o parto, a maioria (98,8%), referiu pretender utilizar contraceptivos durante esse período. Apenas 1,2% delas não desejavam.

No estudo de Aquino et al. (2003), após o nascimento do primeiro filho na adolescência, 45,6% das mulheres passaram a usar algum método contraceptivo e 21,5% continuaram sem utilizá-los.

No presente estudo, foi constatado que a maioria das mulheres desejava realizar o planejamento familiar através do uso de um método contraceptivo no pós-parto. Silva et al. (2008) identificaram em seu estudo, através dos relatos das participantes, que o planejamento familiar é visto como uma ponte para uma vida melhor. As dificuldades sociais e econômicas são ponderadas pelas mulheres ao pensarem numa próxima gravidez.

Os métodos mais citados para o uso após o parto foram: o anticoncepcional oral (31,4%), o injetável hormonal (18,2%), a laqueadura tubária (13,5%) e o DIU (11,2%). Algumas mulheres (6,5%) relataram a intenção de uso primeiramente de métodos reversíveis, porém, posteriormente de método irreversível. Esse desejo é adiado devido à lei que trata do planejamento familiar, que estabelece condições para a realização da esterilização cirúrgica, condições essas relacionadas à idade, número de filhos, prazo entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, entre outros (BRASIL, 1996).

A utilização de algum método nesse momento é fundamental, a fim de evitar uma gestação inesperada e com curto intervalo de tempo entre os partos. O período de espera pode variar entre meses e anos, dependendo das condições legais.

A vasectomia foi citada por 4,7% das puérperas. Provavelmente essa decisão foi tomada em conjunto com o parceiro ainda no decorrer da gestação. Apenas 1,5% delas relataram o desejo de uso do preservativo masculino. Pode-se inferir, portanto, através dos relatos, a pouca adesão da participação masculina na prática da contracepção, principalmente no uso do preservativo.

Para Alves e Brandão (2009) o uso do preservativo masculino ainda está subordinado a vontade e aval do marido. A não aceitação do uso do preservativo é considerada pela mulher como uma atitude do homem de não participar e colaborar na contracepção (MARCOLINO; GALASTRO, 2001).

Dados contrários foram apresentados no estudo de Cwiak, Gellasch e Zieman (2004). Eles identificaram que entre as mulheres grávidas, o preservativo e o contraceptivo oral foram considerados os métodos mais prováveis de uso após a gravidez.

No presente estudo, houve também a descrição da associação de uso de dois métodos, o anticoncepcional oral e o preservativo masculino (2,9%) e a minipílula e o método da amenorréia da lactação (0,3%). Somente uma (0,3%) puérpera declarou ter intenção de usar o preservativo feminino e uma (0,3%) de usar o coito interrompido.

O DIU foi um método referido por 11,2% das entrevistadas. A preferência por esse método pode ser justificado pelo fato de as mulheres não precisarem de conhecimento para utilizá-lo e por não trazer conflitos entre o casal, proporcionando à mulher maior 'autonomia' no seu uso (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

No estudo de Neutzling (2004), realizado com 920 puérperas, foi identificado que 84,3% delas utilizaram métodos anticoncepcionais no sexto mês pós-parto, sendo que 32,4% iniciaram com o uso de anticoncepcional oral combinado, 30,2% com anticoncepcional de progestágeno, 13,6% com o preservativo e 6,4% com a laqueadura tubária.

No mesmo estudo, aos seis meses após o parto, o anticoncepcional oral combinado foi o mais utilizado, 42,6%, seguido pelo anticoncepcional de progestágeno, 12,9%, preservativo, 12,1% e laqueadura, 7,5%.

Persona, Shimo e Tarallo (2004), em seu estudo realizado entre adolescentes com repetição da gravidez, identificaram que a pílula anticoncepcional foi o método mais usado (55,55%) entre o último parto ou aborto e a gestação atual, seguido pelo preservativo masculino (27,78%) e injetável hormonal (22,23%).

No estudo de Cwiak, Gellasch e Zieman (2004), 46% das mulheres no pós-parto optaram por um método diferente do usado antes da gestação, dados constatados também em outro estudo, como o de Zambrano, Gomes e Almeida (2002), em que 56,2% desejavam mudar de método contraceptivo após o parto e 40,6% pretendiam usar o mesmo.

A laqueadura não foi o método preferido pelas participantes do presente estudo, sendo referido por 13,5% delas, entretanto, 6,5% das mulheres desejavam usar um método reversível e realizá-la quando possível.

Os métodos cirúrgicos devem ser bem indicados. Os profissionais devem proporcionar informações amplas sobre o procedimento e as dificuldades de reversão. A questão do arrependimento na realização da laqueadura tubária é evidenciada por diversos estudos (PANIZ; FASSA; SILVA, 2005; CARVALHO et al., 2006; CUNHA; WANDERLEY; GARRAFA, 2007; BARBOSA; LEITE; NORONHA, 2009).

Cunha, Wanderley e Garrafa (2007) verificaram que 83,6% das mulheres, que manifestaram arrependimento após a laqueadura tubária, não haviam recebido orientações sobre a cirurgia e as dificuldades na sua reversão, dados contrários aos apresentados por Berquó e Cavenaghi (2003), em que 98,1% dos participantes do estudo sabiam que a laqueadura pode ser irreversível.

No estudo de D'Antona et al. (2009) com moradoras rurais de Santarém, na Amazônia brasileira, quase 58% das mulheres esterilizadas nunca tinham usado algum método reversível.

Crizóstomo, Sobra e Nery (2004) concluíram em seu estudo que apesar da laqueadura tubária ser um método irreversível, ainda constitui um método de escolha daquelas mulheres que possuem condições socioeconômicas desfavorável e que não desejam ter mais filhos, devido a falta de opção, e principalmente, pelo pouco acesso as informações e aos métodos contraceptivos.

No estudo de Berquó e Cavenaghi (2003), grande parte das mulheres e homens encontrou dificuldades no SUS para realização da esterilização. As principais dificuldades relatadas pelas mulheres foram o difícil acesso para solicitação e ausência de médicos; para os homens, a burocracia e longas filas.

Deve-se considerar que a segurança contraceptiva proporcionada pelos métodos cirúrgicos pode levar à falta de adesão aos métodos de prevenção das DST/HIV. Uma das orientações que devem ser oferecidas à mulher e ao homem, que optam pela esterilização, é a importância do uso do preservativo como forma de reduzir o risco de DST/HIV (BRASIL, 2002).

Um pequeno número de mulheres referiu a intenção pelos métodos hormonais recomendados durante a amamentação, como a minipílula (2,4%), o injetável trimestral (1,8%) e a minipílula associada ao método da amenorréia da lactação (0,3%). Percebe-se a falta de informação das puérperas sobre os métodos anticoncepcionais específicos para esse período.

Ao ser questionado sobre o método pretendido, a maioria das mulheres já sabia qual método pretendia usar e informou o método desejado. Apenas 4,4% das puérperas responderam não saber qual método pretendiam usar após o parto.

As ações educativas voltadas ao planejamento familiar devem oferecer as opções e informações adequadas sobre os métodos anticoncepcionais, a fim de proporcionar a escolha do contraceptivo. As informações adquiridas nessas práticas é um dos requisitos para a autonomia das mulheres na seleção do método (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

As ações educativas tem o importante papel de instrumentalizar e oferecer subsídios para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (ANDRADE; SILVA, 2009).

Osis et al. (2006) identificaram em seu estudo, que apesar das mulheres receberem informações sobre contraceptivos nas consultas ou nas atividades educativas, dificilmente mudam de idéia sobre o método desejado. Elas utilizam as informações recebidas como um legitimador do que pretendiam (OSIS et al., 2004).

A decisão sobre o método ocorre, devido ao conhecimento informal adquirido ao longo da vida e das informações de outras pessoas, como parentes e amigos (SILVA et al., 2008).

Deve-se considerar que o puerpério é um momento propício para a orientação de todos os métodos contraceptivos, mas principalmente os indicados nesse período. As informações e opções de escolha devem ser oferecidas a todas as mulheres, independentemente de sua decisão.

Constatou-se a deficiência de conhecimento sobre os métodos hormonais recomendados durante o aleitamento materno. As mulheres que relataram a minipílula tinham conhecimento prévio devido às orientações recebidas e à utilização em puerpérios anteriores. O injetável trimestral também foi citado, porém, sem esse conhecimento específico.

A contracepção no puerpério tem suas indicações próprias, principalmente quando relacionadas à lactação. Entretanto, percebe-se que a preocupação e o conhecimento, referentes a essa questão, envolvem apenas os profissionais de saúde. As puérperas, normalmente, não possuem essas informações e não são orientadas sobre esse assunto durante o ciclo gravídico-puerperal.

A preocupação desse grupo está voltada para o desejo de não engravidar novamente ou espaçar uma próxima gravidez e isso através do planejamento familiar e da escolha do método anticoncepcional que melhor se adapte a sua preferência e necessidade.

Tabela 31 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo local de obtenção do MAC e fonte de orientação. Uberaba (MG) - 2009.

Variável	n	%
Local que pretende conseguir o MAC*		
Farmácia	137	40,2
Não sabe	58	17,1
US/ESF**	55	16,2
Hospital	55	16,2
CAISM***	22	6,5
Serviço particular	9	2,6
Unidade de saúde e farmácia	3	0,9
Nenhum local (coito interrompido)	1	0,3
Total	340	100,0
Fonte de orientação*		
Médico	294	86,5
Não sabe	14	4,1
Ninguém	8	2,4
Assistente social	6	1,8
Pessoa que trabalha na farmácia	5	1,5
Enfermeiro	4	1,2
Parente	4	1,2
Agente comunitário	2	0,6
Amiga	2	0,6
Grupos educativos	1	0,3
Total	340	100,0

*Porcentagem em relação às 340 puérperas (14 foram submetidas à laqueadura tubária no momento do parto e quatro não pretendiam usar MAC após o parto).

**Unidade de saúde/estratégia saúde da família (US/ESF).

*** Centro de atenção integral à saúde da mulher (CAISM).

Com relação ao local em que as puérperas pretendiam conseguir o método escolhido, 40,2% das mulheres informaram a farmácia, seguido por 17,1% que não sabiam onde iriam conseguir, 16,2% delas nas US/ESF e 16,2% no hospital. O fato de referirem a farmácia pode ser devido à realidade de acesso da mulher aos métodos contraceptivos e/ou por considerarem que nesse local terão a garantia de acesso ao método desejado. Algumas puérperas relataram durante a entrevista a preferência pela farmácia por desconhecerem a possibilidade de acesso ao método pretendido nas unidades de saúde.

Outros locais foram menos citados, como o CAISM (6,5%) e serviços particulares (2,6%).

O médico foi o profissional mais citado pelas mulheres (86,5%), na orientação sobre o contraceptivo usado após o parto. O enfermeiro foi pouco citado. Apenas 1,2% das puérperas disseram procurar esse profissional para orientá-las sobre a contracepção. Evidencia-se que as mulheres não reconhecem esse profissional como uma referência para essas questões.

4.10 ORIENTAÇÃO RECEBIDA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PUERPÉRIO

Tabela 32 - Distribuição das puérperas internadas nas EGO/HC/UFTM segundo orientação recebida sobre MAC no puerpério, o profissional que orientou e o MAC orientado. Uberaba (MG) - 2009.

Variável	n	%
Orientação sobre MAC no puerpério*		
Sim	19	5,5
Não	325	94,5
Total	344	100,0
Profissional que orientou**		
Médico	17	89,5
Assistente social	2	10,5
Total	19	100,0
MAC orientado**		
Laqueadura	7	36,7
Anticoncepcional oral	6	31,6
Injetável e anticoncepcional hormonal	2	10,5
Minipílula	1	5,3
Injetável hormonal	1	5,3
DIU	1	5,3
Anticoncepcional e preservativo masculino	1	5,3
Total	19	100,0

*Porcentagem em relação às 344 puérperas (14 foram submetidas à laqueadura no momento do parto).

**Porcentagem em relação às 19 puérperas que foram orientadas no puerpério.

Apenas 5,5% das mulheres declararam, no momento da entrevista, ter recebido orientações sobre métodos anticoncepcionais após o parto. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas no período de internação do pós-parto e não após a alta hospitalar.

Ressalta-se que as orientações questionadas no estudo, podem ter ocorrido após a entrevista, entretanto, as puérperas foram indagadas em períodos distintos, a partir de seis horas após o parto, nas 48 ou 72 horas de internação. Esse período de hospitalização deveria proporcionar o oferecimento de informações sobre os métodos contraceptivos entre outras orientações específicas.

Como já referido, para Petta, Díaz e Faúndes (1996), o período de internação para o parto é também um momento para aconselhamento e fornecimento dos contraceptivos, especialmente se ocorrer após a recuperação do trabalho de parto. As orientações nesse período são necessárias para que as mulheres reflitam sobre suas necessidades, podendo se decidir, posteriormente, na revisão puerperal.

Percebe-se que as orientações relacionadas aos métodos contraceptivos são prorrogadas, na maioria das vezes, para a consulta do puerpério. De acordo com o Manual Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, a primeira consulta de revisão puerperal deve ser realizada entre 7 e 10 dias e a segunda entre 30 e 42 dias após o parto (BRASIL, 2001b).

Prorrogar essas orientações para a consulta puerperal é um risco, pois se evidencia que muitas mulheres não retornam para esse atendimento.

A baixa adesão das mulheres à consulta de puerpério é constatada em alguns estudos, que identificaram seu baixo percentual: 19% no estudo de Serruya, Cecatti e Lago (2004), 5,66% no de Nascimento, Rodrigues e Almeida (2007) e 58,7% no de Parada (2008).

Para Serruya, Cecatti e Lago (2004), a consulta puerperal é reconhecida pelos serviços de saúde como uma assistência necessária, porém há ausência de estratégias para sua efetivação.

A volta das puérperas aos serviços de saúde após o parto está relacionada, geralmente, aos cuidados e vacinação do recém-nascido (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007; PARADA, 2008).

O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto deve ser estimulado desde o pré-natal e na maternidade e, entre os objetivos dessa atenção prestada, destaca-se a orientação do planejamento familiar (BRASIL, 2005c).

A falta de orientação sobre anticoncepção no puerpério e o retorno das relações sexuais esteve associada ao aumento do risco de não uso dos métodos em aproximadamente três vezes (NEUTZLING, 2004).

No presente estudo, entre as mulheres que receberam orientações sobre métodos anticoncepcionais no puerpério, a maioria (89,5%), recebeu orientações sobre os métodos através do médico e do assistente social (10,5%). O enfermeiro não foi citado por nenhuma entrevistada. Esse profissional desenvolve um importante papel na assistência à puérpera e ao recém-nascido. Entretanto, verificou-se que as ações educativas voltadas para o planejamento familiar no puerpério, ainda são pouco realizadas por esse profissional na assistência hospitalar.

Os métodos mais orientados foram a laqueadura tubária (36,7%) e o anticoncepcional oral (31,6%). Essas orientações estão, possivelmente,

relacionadas ao interesse das puérperas por esses métodos e/ou por motivos de indicação médica. Ressalta-se que as puérperas podem estar se referindo à minipílula de forma generalizada como anticoncepcional oral.

5 CONCLUSÕES

O grupo estudado foi composto por 358 puérperas, com idade entre 12 e 44 anos, média de 24,4 anos, desvio padrão de 6,2 anos e mediana de 23 anos.

As puérperas eram casadas/moravam com companheiro (80,4%), tinham de cinco a oito anos de estudo (41,9%), eram católicas (55,6%) e não praticantes da religião escolhida (56,3%). Além disso, não possuíam ocupação remunerada (64,8%), nenhum tipo de renda (59,4%) e eram procedentes do próprio município, Uberaba (68,2%).

As puérperas apresentaram média de idade referente ao início da relação sexual de 15,9 anos, desvio padrão de 2,7 anos e mediana de 16 anos. Em relação à primeira gravidez, a média de idade foi de 18,9 anos, desvio padrão 4,2 anos e mediana de 18 anos, 35,8% encontravam-se na primeira gestação.

A maioria das mulheres (65,6%) não planejou a gravidez atual e usou algum método anticoncepcional antes da gestação (59,5%).

Em relação ao conhecimento dos métodos anticoncepcionais, os mais citados espontaneamente foram: anticoncepcional oral, preservativo masculino e DIU e, após estímulo, vasectomia, preservativo feminino e laqueadura tubária.

A maioria das puérperas (97,5%) referiu já ter usado algum método contraceptivo. Os mais citados foram: preservativo masculino, anticoncepcional oral, injetável hormonal e anticoncepção de emergência.

As indicações e orientações sobre os métodos tiveram diversas fontes, destacando-se o profissional de saúde e 'ninguém'.

As orientações recebidas sobre os métodos anticoncepcionais foram consideradas suficientes, independente do método anticoncepcional usado.

O local de obtenção dos métodos anticoncepcionais foi, predominantemente, para todos os métodos, a farmácia, exceto o DIU.

Grande parte das puérperas referiu não ter dificuldade na obtenção de métodos contraceptivos. As principais dificuldades apresentadas foram: não estar disponível todo mês no serviço de saúde e o preço do contraceptivo.

A satisfação sobre o uso dos métodos anticoncepcionais foi variada. Houve maior relato à insatisfação relativa ao preservativo masculino, injetável trimestral e preservativo feminino.

A maioria das puérperas relatou não apresentar dificuldades no uso adequado dos contraceptivos. As dificuldades citadas foram: esquecimento e dificuldade em engolir a pílula anticoncepcional, em colocar o método e em verificar o período fértil.

Quanto às orientações recebidas no pré-natal sobre os métodos anticoncepcionais, 32,5% referiram tê-las recebido. Os principais responsáveis pelas orientações foram o médico e o enfermeiro. Diversos métodos contraceptivos foram orientados nesse momento.

As puérperas referiram não pretender ter mais filhos (70,7%). Entre as que afirmaram desejar ou talvez virem a desejar, 86,1% queriam ter apenas mais um filho. Em relação ao intervalo de tempo para a próxima gestação, 18,7% referiram, dez anos.

As mulheres disseram pretender usar um método contraceptivo no pós-parto. Apenas 1,2% não desejavam usar e 3,9% foram laqueadas no momento do parto. Os métodos mais citados foram o anticoncepcional oral, injetável hormonal e laqueadura tubária. As puérperas referiram a farmácia como provável local de obtenção do método anticoncepcional e o médico como o profissional que iriam procurar para orientá-las.

No momento da entrevista, 94,5% das puérperas não haviam recebido orientações sobre os métodos anticoncepcionais. Entre as que receberam, o médico foi o principal responsável pela orientação, sendo os métodos mais orientados a laqueadura tubária e o anticoncepcional oral.

Mediante tais observações, percebe-se que as mulheres, apesar de usarem, terem conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos, algumas ainda continuam engravidando sem planejarem. Destaca-se nesse contexto, que as orientações sobre os métodos anticoncepcionais no pré-natal e no puerpério foram consideradas, nesse estudo, pouco frequentes, ainda que não tenha sido possível a realização da entrevista no momento da alta hospitalar, o que permitiria verificar com maior precisão o recebimento de informações acerca dos métodos anticoncepcionais durante o período de internação.

As questões referentes à anticoncepção, especificamente no período do puerpério, não são adequadamente valorizadas. Ressalta-se a importância dos

profissionais de saúde nesse momento, a fim de orientá-las sobre as opções de métodos contraceptivos específicos para esse período e proporcionar uma escolha informada e adequada, garantindo a promoção da saúde materna e do recém-nascido, além de garantir seus direitos reprodutivos.

Dentre esses profissionais, destaca-se o papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações assistenciais e educativas. Entretanto, no presente estudo, evidenciou-se uma lacuna nas ações voltadas para regulação da fecundidade realizadas por esse profissional. A ocupação desse espaço é fundamental, pois contribuirá na qualidade e efetivação das ações voltadas para as práticas contraceptivas.

O planejamento familiar é direito de todo cidadão e a garantia desse deve ser oferecida em todos os níveis de atenção à saúde. No puerpério, algumas vezes, perde-se a oportunidade de proporcionar às mulheres e/ou ao casal condições para a efetivação dos direitos reprodutivos, tornando-se esses vulneráveis a uma nova gravidez não planejada/indesejada.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma atuação reflexiva e prática dos diversos profissionais de saúde e atores envolvidos nessa questão.

➤ **Limitações do estudo:**

- ✓ A impossibilidade de realização das entrevistas durante a alta ou após a alta hospitalar, devido à irregularidade de horários na ocorrência dessas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. C. et al. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 566-75, 2003.

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 661-670, 2009.

ALVES, J. E. D. **As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.20, n. 2, p. 129-156, jul./dez. 2003.

ANDRADE, E. C.; SILVA, L. R. Planejamento familiar: uma questão de escolha. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 85-93, 2009.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (Supl. 2), p. 377-388, 2003.

ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza-Ceará. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 445-451, set. 2007.

BARBER, S. L. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in México. **International Family Planning Perspectives**, New York, v. 33, n. 1, p. 6-12, 2007.

BARBOSA, L. F.; LEITE, I. C.; NORONHA, M. F. Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 179-188, abr./jun., 2009.

BASTOS, M. R. et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 447-56, jul./set, 2008.

BELO, M. A. V. **Conhecimento, atitude e prática em relação aos métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 196-200, 2006.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 Supl. 2: p. 441-453, 2003.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 15 jan. 1996. Seção 1. p. 561-570.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNDS 2006: fecundidade cai e acesso a serviços de saúde de mães e filhos crescem no Brasil**. 2009b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Popular**. 2009d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30298&janela=1>. Acesso em: 20 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: MS, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999**. Brasília: MS, 1999.

_____. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso:** Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: MS, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** plano de ação 2004-2007. Brasília: MS, 2004b.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2004a.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem:** princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2009a.

_____. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: MS, 2006.

_____. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília: MS, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e Saúde Pública no Brasil:** 20 anos. Brasília: MS, 2009c.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – relatório.** Brasília: MS, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília: MS, 2002.

_____. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: MS, 2001b.

_____. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: MS, 2005b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Presidência da República, 2008b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Câmara dos Deputados, 1988.

CARLOTTO, K. et al. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2054-2062, set. 2008.

CARVACHO, I. L. E. **Gestantes adolescentes:** conhecimento sobre reprodução e percepção de acesso a serviços de saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

CARVALHO, L. E. C. et al. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 293-297, 2006.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 23-31, 2001.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez, 2005.

CECATTI, J. G. et al. The associations between inter-pregnancy interval and maternal and neonatal outcomes in Brazil. **Maternal and Child Health Journal**, v. 12, p. 275-281, 2008.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem /USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. **British Medical Journal**, London, v. 321, n. 18, nov. 2000.

COSTA, N. F. P. et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 55-60, 2008.

COSTA, N. F. P. (Org.). **BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan./mar, 2006.

CUNHA, A. C. R.; WANDERLEY, M. S.; GARRAFA, V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 230-234. 2007.

CRIZÓSTOMO, C. D.; SOBRA, C. S. J.; NERY, I. S. Saúde reprodutiva: as relações de gênero no planejamento familiar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 411-419, 2004.

CWIAK, C.; GELLASCH, T.; ZIEMAN, M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. **Contraception**, v. 70, n. 5, p. 383-386, 2004.

D'ANTONA, A. O. et al. Contraceptive discontinuation and non-use in Santarém, Brazilian Amazon. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2021-2032, set. 2009.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 93-99, jan./fev, 2002.

DIAS, C. N.; SPINDOLA, T. Conhecimento e prática das gestantes acerca dos métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem/UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 59-63, jan./mar. 2007.

DIB, S. C. S. **Contracepção na adolescência**: conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre alunos de escolas públicas municipais de Ribeirão Preto – SP. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DORETO, D. T. **Estudo do conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de uma área de um Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

D'ORO, A. C. D. O. **Adolescência e gravidez**: Estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde na cidade de São Carlos, Estado de São Paulo. 1992. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992.

ESPEJO, X. et al. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 583-90, 2003.

FEBRASGO: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Anticoncepção**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004.

FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, (Supl. 2), p. 253-S261, 2003.

FIGUEIREDO, R. M. M. D. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não-planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1504>. Acesso em: 12 abr. 2009.

GUIMARÃES, A. M. D.N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 293-298, maio/jun. 2003.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (Supl. 2), p. 269-278, 2009.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Fecundidade, Natalidade, Mortalidade**. [2002]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

INAGAKI, A. D. et al. Práticas contraceptivas entre acadêmicos de enfermagem de uma Universidade Federal. **Revista de Enfermagem/UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 563-568, out./dez. 2007.

LOPES, M. H. B. M.; ARCE, X. D. C. E. Anticoncepção. In: LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na saúde da mulher**. Goiânia: AB, 2006. p. 107-111.

KALCKMANN, S.; FARIAS, N.; CARVALHEIRO, J. R. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 132-143, 2009.

KUNDE, A. et al. Anticoncepção. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas de ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 219-230.

MARCOLINO, C. GALASTRO, E. P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 77-82, maio 2001.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-970, abr. 2007.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento como medidas de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1023-1032, 2004.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set./dez. 2004.

MOREIRA, K. A. P. et al. Causas e características da resistência à vasectomia em homens. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2. p. 82-89. abr./jun. 2008.

NASCIMENTO, E. R.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. S. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 311-315, 2007.

NEUTZLING, V. T. **Contracepção e saúde da mulher no puerpério**. 2004. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2004.

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Planejamento familiar**: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Brasília: OMS, 2007. Disponível em: <<http://info.k4health.org/globalhandbook/remindersheets/PortugueseHanbook.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, (Supl. 1), p. 25-32, 1998.

OSIS, M. J. M. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, nov. 2006.

OSIS, M. J. M. D. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, nov./dez. 2004.

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

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, jan./mar. 2008.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Planejamento familiar: perfil das usuárias de um programa. **Arquivos Apadec**, Maringá, v. 8, (Supl.), p. 938-942, maio 2004.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K. S.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 745-750, set./out. 2004.

PETTA, C. A.; DÍAZ, J.; FAÚNDES, D. Anticoncepção durante o período pós-parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 723-732, set. 1996.

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. 2008. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.186.

SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, (Supl. 1), p. 112-120, 2004.

SANTOS, E. K. A. Puerpério normal. In: OLIVEIRA, M. E. et al. (Ed.). **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica**. Florianópolis: Cidade Futura, 2007. p.132-133.

SANTOS, J. C.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3251>. Acesso em: 13 mar. 2009.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; CASTRO, C. G. S. O.; COSTA, N. R. Quem acessa o Programa Farmácia Popular no Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3056>. Acesso em: 10 maio 2009.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T.G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out, 2004.

SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2658>. Acesso em: 15 mar. 2009.

SOUZA, J. M. M. et al. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá- PR. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006.

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

TAVARES, L. S. **Demanda total por anticoncepcionais no Brasil**: uso e necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais. 2006. Dissertação. (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

UNFPA: FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Planejamento familiar no Brasil**: 50 anos de história. Brasília: UNFPA. 2008. Disponível em:< <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. UNFPA: Brasília, 2004.

VIEIRA, C. S.; BRITO, M. B.; YAZLLE, M. E. H. D. Contracepção no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 470-479, 2008.

VIEIRA, L. M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, jan./mar. 2006.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Anticoncepção no puerpério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 13-20, jan. 2006.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care**: a guide for essential practice. Geneva, 2006. Disponível em:< http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf>. Acesso em: 18 out. 2008.

ZAMBRANO, E.; GOMES, F. A.; ALMEIDA, A. M. Expectativa de puérperas em relação aos métodos contraceptivos. **Revista de Enfermagem/UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 125-128, maio/ago. 2002.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. (Ed.). **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2007.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p.428.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE ESCLARECIMENTO 1

TÍTULO DO PROJETO: Acesso e uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário. Você está sendo convidada a participar do estudo: Uso e acesso de métodos anticoncepcionais entre puérperas. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é: descrever o perfil das puérperas quanto características sócio-demográficas, epidemiológicas, de conhecimento, escolha, de uso, dificuldades, satisfação e de forma de acesso aos métodos anticoncepcionais (MAC). Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Acesso e uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário.

Eu, _____, li e/ou ouvi com explicações o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: Bibiane Dias Miranda Parreira/Sueli Riul da Silva/Mário Alfredo Silveira Miranzi – 3318-5484. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE B - TERMO DE ESCLARECIMENTO 2

TÍTULO DO PROJETO: Acesso e uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário. A adolescente de sua responsabilidade está sendo convidada a participar do estudo: Uso e acesso de métodos anticoncepcionais entre puérperas. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua autorização é importante. O objetivo deste estudo é: descrever o perfil das puérperas quanto características sócio-demográficas, epidemiológicas, de conhecimento, escolha, de uso, dificuldades, satisfação e de forma de acesso aos métodos anticoncepcionais (MAC). Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida da adolescente participante do estudo. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não autorizar a participação da adolescente na pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento da adolescente. Pela participação da adolescente no estudo, você, nem ela, não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade, nem dela. Seu nome, nem o dela, não aparecerão em qualquer momento do estudo, pois ela será identificada com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Acesso e uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas de um hospital universitário

Eu, _____, responsável pela adolescente, _____, li e/ou ouvi com explicações o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento que a adolescente de minha responsabilidade será submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha autorização na participação da adolescente a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento da adolescente de minha responsabilidade. Sei que meu nome, nem da adolescente não será divulgado, que não terei despesas, nem a adolescente, e não receberei dinheiro, nem a adolescente por participar do estudo. Eu autorizo a adolescente em participar do estudo.

Uberaba,//.....

Assinatura do responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: Bibiane Dias Miranda Parreira/Sueli Riul da Silva/Mário Alfredo Silveira Miranzi – 3318-5484. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- Identificação		
1- Entrevista nº:		<input type="text"/>
II- Dados Sócio-Demográficos		
1- Idade (anos):		<input type="text"/>
1.1 - Data de nascimento:		<input type="text"/>
2- Estado Civil:		<input type="text"/>
1- Casada ou mora com companheiro 2- Separada, divorciada, desquitada 3- Viúva 4- Solteira		<input type="text"/>
3- Escolaridade:		<input type="text"/>
obs: Número de anos de estudo sem repetir a mesma série		
4- Religião:	1- católica 2- espírita 3- evangélica	<input type="text"/>
4- protestante	5- sem religião 99- outra:	
4.1 - 1- Praticante	2- Não Praticante	
5- Ocupação:	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
6- Procedência:	<input type="text"/>	
6.1- Cidade:	1- Uberaba 99. Outra:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	
7- Renda Individual Mensal (S.M.):	SM (R\$465,00)	<input type="text"/>
III- Dados Epidemiológicos (história ginecológica e obstétrica)		
1- Início da relação sexual (anos completos):		<input type="text"/>
2- Idade da primeira gravidez (anos):		<input type="text"/>
3- Paridade		<input type="text"/>
3.1 - Número de gestações:		<input type="text"/>
3.2 - Número de abortos:		<input type="text"/>

Conhecimento sobre MAC			
4.1-Quais MAC você conhece/ouviu falar?			
<p>1- Ogino Knaus "tabelinha" 2- Billings "muco" 3- temperatura basal</p> <p>4- método da amenorréia da lactação 5- preservativo masculino</p> <p>6- preservativo feminino 7- diafragma 8- espermaticida</p> <p>9- dispositivo intra-uterino 10- vasectomia 11- laqueadura tubária</p> <p>12- injetáveis trimestrais 13- injetáveis mensais combinados</p> <p>14- anticoncepção de emergência 15- pílula de progestogênio isolado(minipílula)</p> <p>16- anticoncepcional oral (sem especificar) 18- não sabe informar</p> <p>17- injetável hormonal (sem especificar) 99- outros:</p>			
4.1-Tem algum outro MAC que você conheceu/ouviu falar, após estes citados, qual(is)?			
5- Planejamento da gestação atual e uso do MAC			
5.1- Foi planejada?			
1- sim 2- não			
5.2- Usou algum método anticoncepcional (MAC) antes desta gestação?			
1- sim 2- não			
5.3- Se sim, qual?			
5.4- Se sim, engravidou por que?			
1- parou de usar o MAC 2- uso errado do MAC 3- esqueceu de usar			
4- não usou toda vez 5- não sabe			
99-outros			
5.5- Se não, por que não usava?			
1- desejo de engravidar 2- desconhecimento sobre os MAC			
3- não tinha acesso ao MAC 4- não tinha dinheiro pra comprar			
5- não quis usar			
6- achou que não iria engravidar			
7- não teve orientação/indicação			
8- não tinha problema se engravidasse			
9- não sabia qual usar			
99- outros:			

Dados sobre o uso de MAC

6.1- Já usou algum MAC?

1-sim 2-não

MAC1	MAC2	MAC3

6.2- qual(is)?

obs: usar os códigos

MAC1	MAC2	MAC3

MAC4	MAC5	MAC6

6.4- quem indicou?

1- médico 2- enfermeiro 3- parentes

4- amigo 5- parceiro 6- farmacêutico

7- ninguém 99- outro

MAC1	MAC2	MAC3

6.5- quem orientou/esclareceu dúvidas?

1- médico 2- enfermeiro 3- auxiliar enf.

4- agente comunitário 5- vizinha 6- parentes 7- amigo

8- farmacêutico

9- parceiro 10- livros/revistas 11- ninguém

MAC1	MAC2	MAC3

99- outros

6.6- foram suficientes as orientações?

1-sim 2-não 3- não houve orientações

MAC1	MAC2	MAC3

6.7- local que obtinha o MAC?

1- US/ estratégia saúde da família 2- hospital

3- farmácia 4- adquirido pelo parceiro

5- ganhou

MAC1	MAC2	MAC3

99- outros:

6.8- tinha dificuldade de obter o MAC?

1- sim 2-não 3- adquirido pelo parceiro

MAC1	MAC2	MAC3

6.9- Se sim, quais?

1-caro 2- não estava disponível todo mês serviço saúde

3- conseguia pouca quantidade 99- outros

MAC1	MAC2	MAC3

6.10- satisfação sobre o uso do MAC:

1- satisfeita 2- pouco satisfeita 3- insatisfeita

MAC1	MAC2	MAC3

6.11- dificuldade sobre o uso do MAC:

1- sim 2-não

MAC1	MAC2	MAC3

6.12 - se sim, qual(is)?

1- de colocar

2- de tomar

3- de lembrar de tomar

4- de verificar o período fértil

99- outros

MAC1	MAC2	MAC3

MAC1	MAC2	MAC3

Orientação recebida sobre MAC no pré-natal

1- foi orientada sobre algum MAC, no pré-natal?

1-sim 2-não 3- não fez pré-natal

1.1 Se sim, qual?

obs: usar códigos

1.2 quem orientou?

1- médico 2- enfermeiro 3- assist. social 4- psicólogo

5- não sabe informar 99- outros:

Intenção de uso de MAC no puerpério

1- pretende ter mais filhos?

1- sim 2- não 3- talvez

1.1- Se sim, quantos?

19- não sabe

1.2- Se sim, daqui a quanto tempo (anos)?

19- não sabe

2- deseja usar algum método após o parto?

1-sim 2-não 3- não sabe

2.1- Se sim, qual(is)?

1- Ogino Knaus "tabelinha" 2- Billings "muco" 3- temperatura basal
 4- método da amenorréia da lactação 5- preservativo masculino
 6- preservativo feminino 7- diafragma 8- espermaticida
 9- dispositivo intra-uterino 10- vasectomia 11- laqueadura tubária
 12- injetáveis trimestrais 13- injetáveis mensais combinados
 14- anticoncepção de emergência 15- pílula de progestogênio isolado(minipílula)
 16- anticoncepcional oral (sem especificar) 18- não sabe
 17- injetável hormonal (sem especificar) 99- outros:

3- onde pretende conseguir o MAC?

1- US/estratégia saúde da família 2- hospital 3- farmácia
 4- não sabe 99-outros

4- quem procurará para orientá-la?

1-médico 2-enfermeira 3-auxiliar de enf 4- agente com.
 5- vizinha 6- parentes 7- amigo 9- farmacêutico 10- parceiro
 11- livro/revista 12- ninguém 13- não sabe 99- outros:

Orientação recebida sobre MAC no puerpério

1- foi orientada sobre algum MAC, até o momento, neste puerpério?

1- sim 2- não

1.1- se sim, qual(is)?

2- quem orientou?

1- médico 2- enfermeiro 99- outro:

obs:

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

8/8

Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ACESSO E USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS ENTRE PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: SUELI RIUL DA SILVA
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 22-12-2008
PROTOCOLO CEP/UFTM: 1322

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

A EGO/HC/UFTM atende rotineiramente puérperas que deram a luz no próprio Hospital, mantendo-as hospitalizadas por um período médio de 72 horas, momento em que se pretende realizar a coleta de dados.

O Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar possui sala com computador e impressora para digitalizar os dados. O material de consumo para coleta dos dados será de responsabilidade dos pesquisadores

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Considerando-se o fato de que frequentemente adolescentes entre 12 e 18 anos têm filhos em nosso meio, e sendo o HC/UFTM um hospital de referência para risco obstétrico, atendendo parturientes e puérperas adolescentes, e ainda considerando-se a necessidade de se identificar os saberes, práticas, expectativas e dificuldades deste grupo vulnerável, optou-se por incluí-las no estudo, tendo em vista a possibilidade de se propor ações assistenciais voltadas também para esta clientela específica.

A opção por incluir puérperas adolescentes no estudo é relevante uma vez que acreditamos que conhecer o repertório de adolescentes sobre a questão do estudo contribuirá para a elaboração de propostas específicas também para este grupo.

Contudo, nestes casos, o Consentimento Livre e Esclarecido será solicitado ao responsável legal pela puérpera.

Não há risco físico, o risco possível refere-se à perda de confidencialidade, desta forma, as entrevistas serão identificadas por números, garantindo-se o sigilo e anonimato dos sujeitos deste estudo.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Espera-se com este estudo contribuir para uma reflexão e planejamento de ações educativas e assistenciais voltadas ao planejamento familiar, tendo como foco a contracepção, na rotina do atendimento as mulheres. Ademais, espera-se contribuir com o conhecimento disponível na área e suscitar a discussão e reflexão sobre o tema

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Papel A4 2 pacotes de 500 folhas: 28,00

Tinta para impressora: 03 cartuchos: R\$120,00 -

Valor total: R\$148,00

12. FORMA DE REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

A pesquisadora recebe o salário de Professor Adjunto da UFTM

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O consentimento livre e esclarecido será obtido pelo pesquisador após a explicação da pesquisa aos sujeitos e/ou responsáveis, e esclarecimento de dúvidas

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 27 de fevereiro de 2009

Prof.ª Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora