



**Revista de APS**

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



## **O conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres nordestinas**

### **Knowledge and use of contraceptives methods by brazilian northeastern women**

Ângela Walverlya Pinheiro Silva<sup>1</sup>, Marília Abrantes Fernandes Cavalcanti<sup>2</sup>, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

Objetivou-se apreender o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres em idade fértil. Realizou-se estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, incluindo 189 mulheres de 18 a 49 anos de nove Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte. Adotou-se a entrevista em domicílio e realizou-se análise descritiva e univariada dos dados. Observou-se conhecimento limitado sobre a variedade de métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis na Atenção Básica e os respectivos efeitos colaterais, a elevada prevalência de gravidez precoce, o processo decisório do método anticoncepcional centrado na mulher, a fragilidade na orientação fornecida pela Política de Planejamento Familiar e a polarização do uso dos anticoncepcionais hormonais orais, do preservativo, dos injetáveis e da laqueadura. Portanto, faz-se importante a efetivação de uma assistência prestada no Planejamento Familiar que disponibilize recursos e informações de maneira eficiente, de maneira que se invista na realização de ações educativas efetivas para todos os públicos, que valorize e garanta a escolha do anticoncepcional atentando para a variedade disponível e os critérios de elegibilidade estipulados

<sup>1</sup> Bacharela e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Anhanguera - Uniderp e atual discente de Pós-graduação em Enfermagem Terapia Intensiva e Unidade Coronariana pelo Centro Universitário Padre Anchieta.

<sup>2</sup> Licenciada e Bacharela em Enfermagem pelo *Campus* Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia, vinculado à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Enfermeira reguladora e coordenadora do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital Regional Cleodon Carlos de Andrade (SESAP-RN).

<sup>3</sup> Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN com Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no ano de 2015. Professora Adjunta IV do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade - FACS/UERN. E-mail: [ellanygurgel@hotmail.com](mailto:ellanygurgel@hotmail.com)

pela Organização Mundial de Saúde e no estímulo à partilha do processo decisório entre o profissional de saúde e o casal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos Reprodutivos. Anticoncepção. Planejamento Familiar.

#### ABSTRACT

The objective was to perceive the knowledge and the use of contraceptive methods among women of childbearing age. A cross-sectional and descriptive study was carried out, with a quantitative approach, including 189 women aged 18 to 49 years-old from nine Family Health Strategies in the urban area of the municipality of Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte. The interview was conducted at home and a descriptive and univariate analysis of the data was performed. There was a limited knowledge about the variety of contraceptive methods existent and available in Primary Care and the respective side effects, the high prevalence of early pregnancy, the decision process of the contraceptive method centered on women, the fragility in the guidance provided by the Family Planning Policy and the polarization of the use of oral hormonal contraceptives, condoms, injectables and sterilization. Therefore, it is important to carry out assistance provided in Family Planning that makes resources and information available in an efficient way, in order to invest in effective educational actions for all audiences that values and guarantees the choice of contraceptives, paying attention to the variety available and the eligibility criteria stipulated by the World Health Organization and in encouraging the sharing of the decision-making process between the health professional and the couple.

**KEYWORDS:** Reproductive Rights. Contraception. Family Planning.

## INTRODUÇÃO

O advento dos direitos sexuais e reprodutivos apresentou avanços ao longo da história, ganhando força com os movimentos feministas. Tais conquistas proporcionaram o reconhecimento e a ampliação de direitos para a população feminina<sup>1</sup>, permitindo que as mulheres gozassem das decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva sem discriminações<sup>2</sup>.

A Política de Planejamento Familiar, criada em 2007, apresenta ações de concepção e contracepção, priorizando o acesso a métodos anticoncepcionais para homens e mulheres e garantindo maior segurança diante das escolhas sexuais e reprodutivas, além da prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis<sup>3</sup>.

Entretanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mesmo diante de um enorme leque de métodos anticoncepcionais, ainda é perceptível a limitação da informação e da disponibilidade dos métodos<sup>4</sup>, o que limita o processo decisório consciente e espontâneo, além da adequação ao perfil dos usuários, estabelecidos pelos critérios de elegibilidade da OMS<sup>5</sup>.

Desse modo, objetivou-se apreender o conhecimento e o uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres em idade fértil de um município do interior do Rio Grande do Norte.

## **MATERIAL OU CAUSUÍSTICA E MÉTODO**

Realizou-se estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, na zona urbana do município de Pau dos Ferros (RN), Brasil.

Foram incluídas mulheres em idade fértil (18 a 49 anos) que residem nas áreas da Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando um quantitativo de nove unidades básicas de saúde.

A amostra baseou-se em estudo seccional de variável qualitativa dicotômica, com universo estimado de 7378, margem de erro de 20%, efeito de desenho de 2 e prevalência estimada de 50, resultando em 189 mulheres que, divididas entre as nove unidades básicas de saúde, formaram grupos de 20 participantes por ESF.

O método de recrutamento adotado foi a amostragem por conglomerados, partindo-se do primeiro quarteirão da microárea de cada unidade básica de saúde, seguindo em sentido horário, até que alcançasse o número de 20 mulheres em cada.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) ser mulher entre 18 e 49 anos; b) ter vida sexual ativa; c) ser residente da zona urbana do município de Pau dos Ferros (RN); d) estar cadastrada em alguma unidade básica de saúde da zona urbana; e) fazer uso de algum método contraceptivo. Como critérios de exclusão, utilizou-se: a) ser portadora de alguma dificuldade física ou mental que impossibilitasse a participação.

O instrumento de coleta de dados aplicado foi a entrevista estruturada, com perguntas de múltipla escolha, realizada em domicílio. As perguntas do questionário foram selecionadas com base em questões levantadas e testadas em estudos anteriores e contemplaram os seguintes eixos: situação socioeconômica, critérios de escolha e mudanças quanto ao método anticoncepcional eleito, facilidades ou barreiras no acesso ao anticoncepcional, estilo de vida, apresentação de comorbidades, histórico sexual e reprodutivo, conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, efeitos colaterais enfrentados e aproximação com o serviço de Atenção Básica.

Inicialmente realizou-se análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição de frequências relativas, as médias e os desvios padrões para as variáveis. A análise univariada ocorreu após a verificação de distribuição das frequências das variáveis do estudo, com a seleção de algumas variáveis com base no nível de significância das percepções dos indivíduos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), sob o parecer ético emitido em 15 de abril de 2013, CAAE 13326013.0.0000.5294.

## **RESULTADOS**

A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos, com percentual de 33,3%, com 73,5% das mulheres casadas ou em união estável, 79,9% pertencentes à religião católica

e 51,3% de cor autodeclarada parda. Do total de participantes, 36,5% cursaram o ensino fundamental incompleto, 58,2% não trabalham fora de casa, sendo que 52,9% são donas dcasa e 68,0% com renda mensa dois salários mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Frequência das características sociodemográficas das mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais. Pau dos Ferros / RN, 2013

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IDADE (anos)</b>		
18 a 19 anos	16	8,50
20 a 29 anos	63	33,30
30 a 39 anos	55	29,10
40 a 49 anos	55	29,10
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteira	21	11,10
Casado(a)/União estável	139	73,50
Companheiro(a)	15	7,90
Divorciado(a)/Separado(a)	8	4,20
<b>RELIGIÃO</b>		
Católica	151	79,90
Evangélica	27	14,30
Sem religião	8	4,20
<b>COR AUTODECLARADA</b>		
Branco(a)	85	45
Negro(a)	5	2,60
Pardo(a)	97	51,30
Amarelo(a)	2	1,10
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino fundamental completo	27	14,30
Ensino fundamental incompleto	69	36,50

(Conclusão)

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino médio completo	47	24,90
Ensino médio incompleto	28	14,80
Ensino superior completo	6	3,20
Ensino superior incompleto	12	6,30
<b>TRABALHO</b>		
Sim	79	41,80
Não	110	58,20
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Dona de casa	100	52,90
Autônoma	27	14,30
Dependente	7	3,70
Servidor público	16	8,50
Doméstica	18	9,50
<b>RENDA</b>		
1 salário mínimo	43	22,80
2 salários mínimos	130	68,00
3 salários mínimos	16	8,50

Fonte: elaborado pelas autoras

Dentre as usuárias, 63,60% conhecem até três tipos de métodos anticoncepcionais, de maneira que 54,3% atribuem o uso à prevenção de uma gravidez indesejada e/ou DST, 67,2% ofertam a responsabilidade de uso do método para o casal e 24,9% se autorresponsabilizam por essa decisão (Tabela 2).

Do total de participantes, 15,30% revelaram ter tido a primeira relação sexual antes dos 14 anos e 56,6% entre 15 e 19 anos, totalizando 71,9% das mulheres que iniciaram a vida sexual antes dos 20 anos. Sobre o uso do método, 51,1% realizaram anticoncepção na primeira relação, havendo sido o preservativo masculino o eleito por 69,1% das mulheres pela facilidade de acesso e por consegui-lo com o próprio parceiro, correspondentes a 45,7% e 77,7% dos casos, respectivamente. 84,9% das respondentes continuaram utilizando este método após a primeira relação, 64,1% engravidaram

durante a faixa etária de 17 a 29 anos e 31,8% entre 10 e 16 anos. Destas, 40,4% não desejavam engravidar naquele momento, 30,2% tiveram 4 (quatro) ou mais gestações, 30,7% enfrentaram 2 (dois) partos e 17,5% vivenciaram 1 (um) aborto (Tabela 2).

Quando questionadas sobre a participação em atividades educativas direcionadas ao planejamento familiar, 64,4% referiram que não frequentaram. 58,3% disseram ser acompanhadas, 65,1% não conhecem quais são os métodos fornecidos pela unidade básica de saúde, 44,7% mencionaram a pílula anticoncepcional oral + preservativo e 22,8% citaram a pílula anticoncepcional oral + preservativo + injetável (Tabela 2).

Os métodos anticoncepcionais mais utilizados pelas mulheres foram pílula anticoncepcional oral + preservativo, pílula anticoncepcional oral, e pílula + preservativo + injetáveis, com percentuais de 39,8%, 18,8% e 16,6%, respectivamente. Os principais motivos de mudança dos métodos escolhidos foram os efeitos colaterais, com 46,6%, e maior segurança do novo método selecionado, com 11,8% (Tabela 2).

**Tabela 2** – Frequência do conhecimento de métodos anticoncepcionais (MAC) e história sexual e reprodutiva das mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais. Pau dos Ferros / RN, 2013

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>QUANTIDADE DE MACs CONHECIDOS</b>		
3 MACs	115	63,60
4 MACs	34	18,80
5 ou + MACs	32	17,70
<b>PARA QUE SERVE O MAC</b>		
Evitar uma gravidez indesejada	85	45,70
Evitar uma gravidez indesejada + Evitar DST	101	54,30
<b>QUEM DEVE USAR OS MACs</b>		
Homem	8	4,20
Mulher	47	24,90
Ambos	127	67,20
Qualquer um	7	3,70

(Continuação)

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL</b>		
Menos de 14 anos	29	15,30
15 a 19 anos	107	56,60
20 anos ou mais	53	28,00
<b>UTILIZAÇÃO DE MAC NA PRIMEIRA RELAÇÃO</b>		
Sim	94	51,10
Não	90	48,90
<b>MAC UTILIZADO NA PRIMEIRA RELAÇÃO</b>		
Pílula anticoncepcional oral	19	20,20
Preservativo masculino	65	69,10
O coito interrompido	10	10,60
<b>MOTIVO DE USO DO MAC</b>		
Facilidade de acesso	43	45,70
Indicação pela equipe de saúde	10	10,60
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST)	5	5,30
Prevenção de gestação indesejada	22	23,40
Prevenção de DST + prevenção de gestação indesejada	10	10,60
<b>MEIO DE AQUISIÇÃO DO MAC</b>		
Farmácia do serviço público de saúde	3	3,20
Farmácia do serviço privado	18	19,10
Fornecido pelo parceiro	73	77,70
<b>CONTINUAÇÃO DE USO DO MAC APÓS A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL</b>		
Sim	79	84,90
Não	14	15,10

(Continuação)

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>CONTINUAÇÃO DE USO DO MAC APÓS A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL</b>		
Sim	79	84,90
Não	14	15,10
<b>IDADE DA PRIMEIRA GESTAÇÃO</b>		
10 a 16 anos	54	31,80
17 a 29 anos	109	64,10
30 anos acima	7	4,10
<b>DESEJO SOBRE ENGRAVIDAR</b>		
Sim, queria ficar grávida	17	9,90
Sim, queria ficar grávida naquele momento	80	46,80
Não queria engravidar naquele momento	69	40,40
Não queria ter filhos	5	2,90
<b>TOTAL DE GESTAÇÕES</b>		
1	50	26,50
2	50	26,50
3	32	16,90
4	57	30,20
<b>TOTAL DE PARTOS</b>		
1	56	29,60
2	58	30,70
3	35	18,50
4	40	21,20
<b>TOTAL DE ABORTOS</b>		
1	30	17,50



(Conclusão)

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
2	6	3,50
3	3	1,80
Nenhum	132	77,20
<b>PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>		
Sim	71	37,60
Não	118	62,40
<b>É ACOMPANHADA PELO PF DA ESF</b>		
Sim	109	58,30
Não	78	41,70
<b>CONHECE OS MACs QUE SÃO FORENECIDOS PELA UBS</b>		
Sim	123	65,10
Não	66	34,90
<b>QUAIS SÃO OS MACs DESTRIBUÍDOS NA UBS</b>		
Pílula anticoncepcional oral	21	17,10
Preservativo masculino e feminino	8	6,20
Pílula oral + Preservativos	55	44,70
Pílula oral + Preservativos + Injetáveis	28	22,80
Pílula oral + Injetáveis	4	3,30
Outros	7	5,60

Fonte: elaborado pelas autoras

No momento do estudo, 38,1% das mulheres já haviam realizado ligadura tubária e 34,4% faziam uso de pílula anticoncepcional oral, sendo que 65,5% buscavam-na na farmácia do serviço privado e 30,1% na farmácia do serviço público de saúde. Os principais efeitos colaterais registrados foram náuseas + vômitos, por 32,4%. Em decorrência destes, 63,0% procuraram o serviço de saúde para basearem-se na escolha

de um novo método. Desta forma, a orientação profissional foi o principal motivo para escolha de um novo anticoncepcional por 55,6% das mulheres, praticidade por 21,2% e 12,5% citaram outros motivos (Tabela 3).

Do total de mulheres entrevistadas, 12,2% apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes (DIA) e 9,2% têm outras doenças. 11,6% relataram hábitos como tabagismo e 11,1% outras práticas. Entre as 23 que relataram serem portadoras de HAS e/ou DIA, seis fazem uso de anticoncepcional hormonal oral e 20 informaram utilizar-se do cigarro (Tabela 3).

**Tabela 3** – Frequência das condições clínicas e avaliação do processo de escolha de MAC baseados nos critérios de elegibilidade da OMS. Pau dos Ferros / RN, 2013

CARACTERÍSTICAS	N	%
<b>MACs USADOS</b>		
Pílula anticoncepcional oral	34	18,8
Preservativo masculino e feminino	6	3,3
Pílula oral + Preservativo	72	39,8
Pílula oral + Preservativo + Injetáveis	30	16,6
Pílula oral + Injetáveis	7	3,9
Pílula oral + Preserv + Coito interrompido	4	2,2
Pílula oral + Preserv + Tabela	7	3,9
<b>MOTIVOS DE MUDANÇA DO MAC</b>		
Efeitos colaterais	83	46,6
Vontade própria	13	7,3
Falha do MAC (gravidez)	11	6,2
Maior segurança do novo MAC escolhido	21	11,8
Orientação profissional	14	7,9
Falta do MAC no serviço de saúde	4	2,2
Outros motivos	23	10,9
<b>MAC QUE USA ATUALMENTE</b>		
A pílula anticoncepcional oral	65	34,4
Preservativo masculino	29	15,3
A ligadura tubária	72	38,1

(Continuação)

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Injetáveis mensais e trimestrais	11	5,8
Outros MACs	12	3,8
<b>ATUALMENTE ONDE BUSCAM O MAC</b>		
Na farmácia do serviço público de saúde	34	30,1
Na farmácia do serviço privado	74	65,5
Fornecido pelo parceiro	4	3,5
<b>SENTE EFEITOS COLATERAIS QUANDO USA/USOU O MAC</b>		
Náuseas +Vômitos	61	32,4
Retenção de líquidos corporais	14	7,4
Outros efeitos colaterais	51	32,7
<b>COMO BASEAVA AS ESCOLHAS PARA USO DE UM NOVO MAC</b>		
Procurou o serviço de saúde	116	63
Por conta própria	57	31
Outros motivos	11	6
<b>MOTIVOS PARA A ESCOLHA DE UM NOVO MAC</b>		
Praticidade	40	21,2
Orientação profissional	105	55,6
Eficácia/segurança do MAC	9	4,8
Adaptou-se ao MAC	11	5,8
Outros motivos	24	12,5
<b>APRESENTA ALGUMA DOENÇA</b>		
Tabagismo e > 35 anos	3	1,6
Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes (DIA)	23	12,2
Outras doenças	18	9,2

(Conclusão)

CARACTERÍSTICAS	N	%
<b>APRESENTA ALGUM HÁBITO</b>		
Tabagismo	22	11,6
Outros hábitos	21	11,1

Fonte: elaborado pelas autoras

Quanto ao uso de método anticoncepcional por faixa etária, viu-se que 46,2% relataram uso de anticoncepcional hormonal oral, 45,5% utilizam-se de anticoncepcional hormonal injetável e 37,9% são adeptadas do preservativo masculino. Na faixa etária de 30 a 39 anos, 45,5% utilizam anticoncepcional hormonal injetável. Entre 40 a 49 anos, 56,9% são laqueadas (Tabela 4).

**Tabela 4** – Frequência entre método anticoncepcional atual e faixa etária. Pau dos Ferros /RN, 2013

FAIXA ETÁRIA	MAC QUE USA ATUALMENTE									
	AHO		PRESERV MASCULINO		LAQUEADURA		AHI		OUTROS METODOS	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
18-19	10	15,4	5	17,2	0	0	0	0	1	8,3
20-29	30	46,2	11	37,9	11	15	5	45,5	6	50
30-39	20	30,8	8	27,6	20	27,8	5	45,5	2	16,7
40-49	5	7,7	5	17,2	41	56,9	1	9,1	3	25

Fonte: elaborado pelas autoras

## DISCUSSÃO

Chama a atenção o alto índice de mulheres declaradas católicas, apesar de a própria religião ser contra o uso de anticoncepcionais, o que indica que sujeitos de uma determinada religião vivem e praticam sua sexualidade livremente, ainda que a religião apresente grande influência na vida das pessoas e envolva conceitos morais e éticos que impactem no comportamento dos seres<sup>6</sup>.

Sobre a quantidade de métodos conhecidos, o estudo apontou similaridade com outras pesquisas realizadas no Brasil, nas quais as mulheres manifestam certo

desconhecimento diante dos métodos, sendo ressaltados apenas a pílula anticoncepcional oral, o preservativo e a laqueadura tubária<sup>7</sup>.

Sobre a autorresponsabilidade pela anticoncepção, é perceptível que, mesmo diante de todas as conquistas femininas, as questões sexuais e reprodutivas seguem uma cultura hegemônica masculina, através da qual o homem atribui à mulher a decisão de ter ou não filhos, assim como de escolher usar ou não usar algum método. Em contrapartida, ao homem é incumbida apenas a fecundação<sup>8</sup>. Em contrapartida, na primeira relação sexual, o homem é o principal encarregado pela prevenção, sendo esta responsabilidade transferida ao longo da relação<sup>9</sup>.

A iniciação da atividade sexual foi considerada precoce, visto que a idade é um fator determinante para o amadurecimento do sujeito, representando impacto na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e os perigos de uma gravidez indesejada e de risco<sup>10</sup>. Neste sentido, a baixa idade para o namoro e para a primeira relação sexual foi fator de risco encontrado e tratado também por outros estudos, uma vez que quanto mais cedo a adolescente inicia um relacionamento, mais cedo ela também terá sua primeira relação sexual e, conseqüentemente, mais precocemente ela poderá engravidar<sup>11</sup>. Desta forma, a vida sexual ativa dos adolescentes, realidade inegável, requer sensibilização e orientação dos mesmos quanto à prática do sexo seguro de forma mais intensa e abrangente<sup>12</sup>, uma vez que, embora a gravidez na adolescência não se apresente como fenômeno recente, estabelece-se como uma problemática ainda não superada, mesmo diante da facilidade e dos conhecimentos demonstrados pelos jovens, condição que sugere que a gravidez na adolescência pode ser produto de prováveis falhas no âmbito social, pessoal e familiar e que os programas de educação sexual aparentemente não mostram, de maneira clara e persuasiva, como iniciar e usufruir com segurança a experiência da descoberta da sexualidade<sup>13</sup>.

Merece ressaltar o fato de que o coito interrompido foi citado como método contraceptivo, uma vez que o mesmo não previne uma gravidez indesejada e ainda apresenta o risco de contrair uma DST/HIV. De forma semelhante, em um estudo realizado em Brasília-DF, observa-se que 11,44% usaram o coito interrompido em suas relações, representando também um fator de risco para o abortamento<sup>14</sup>.

O uso de método anticoncepcional na primeira relação condicionado à facilidade quanto ao acesso levanta a hipótese de que, se disponibilizarmos um leque de métodos anticoncepcionais, teremos mais prevenção tanto de gravidez quanto de DST/HIV. Da mesma forma, após a primeira relação sexual, a continuidade de uso indica que, se o acesso for melhorado e elas tiverem a primeira relação de forma segura, estaremos garantindo que elas permanecerão usando por um período maior.

As gestações precoces das entrevistadas indica os perigos aos quais estão expostas as mesmas, uma vez que se considera uma faixa etária de risco, em que as mulheres

apresentam-se mais sexualmente ativas, férteis, com maior facilidade de engravidar e mais propensas a interromper a gestação<sup>15</sup>.

Ao serem questionadas sobre o desejo de engravidar, elas mencionam que não queriam engravidar naquele momento e que não desejavam ter filhos, confirmando o que foi encontrado por outros estudos, nos quais as gestações que foram indesejadas apresentaram um alto índice de arrependimento diante do assunto, pois muitas atribuem aos filhos a falta de oportunidades na carreira de trabalho e até mesmo na conclusão do ensino médio, deixando-as com maior possibilidade de dependência de seus esposos e família<sup>16</sup>.

Em contrapartida, não se podem descartar as motivações que regem os sujeitos na tomada de decisões e comportamentos. Conforme destacado por Monteiro (2002), as campanhas educativas passam longe de ser tarefas simples, uma vez que há que considerar, também, que os adolescentes reconhecem a importância da camisinha na prática sexual e possuem acesso ao método, mas essa informação não é o suficiente para o uso regular. Por vezes, o sexo é encarado como algo perigoso, mas prazeroso e, especificamente no caso das meninas, sobressai-se também o valor simbólico da maternidade, vista como um bem e uma oportunidade<sup>17</sup>.

A experiência de enfrentamento do aborto também foi retratada em estudo realizado em Londrina-PR, em que 75% das mulheres referiram pelo menos um abortamento, possivelmente associado com o desconhecimento do retorno da fertilidade pós-gestação, assim como a falta de oportunidades sociais, educacionais e profissionais. As mulheres de classes sociais menos favorecidas apresentam dificuldades em receber uma assistência contraceptiva de qualidade, e essa falta de orientações acaba por acarretar gestações indesejadas e consequente abortamento<sup>18</sup>.

Percebeu-se o desconhecimento sobre o planejamento familiar, o que apresenta relação direta com o alto índice de gestações indesejadas, deficiência no acesso e conhecimento limitado sobre contracepção. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na área rural de Segovia, uma província da Espanha, onde se constatou que as usuárias que realizavam planejamento familiar usufruíam de forma parcial dos serviços de saúde reprodutiva, e essa subutilização é atribuída a desigualdades de gêneros, diferenças culturais e dificuldades no acesso desses serviços pelas usuárias<sup>19</sup>. Outros estudos, ainda, revelam situações de deficientes estratégias de planejamento familiar, nas quais não são realizadas atividades de educação em saúde sobre a diversidade de métodos anticoncepcionais existentes<sup>8</sup>, indicando que as ações relacionadas ao planejamento familiar são tratadas com menor ênfase nos serviços de saúde quando comparadas ao pré-natal, sendo executadas, com frequência, de maneira pontual e não priorizadas como os demais componentes da Atenção Básica<sup>20</sup>.

A popularização do anticoncepcional hormonal oral, do preservativo masculino e dos injetáveis assemelha-se aos achados encontrados em Terezina-PI, o que pode ser

classificado, ao mesmo tempo, como positivo, entendendo-se que estes são os métodos mais ofertados pela Atenção Básica, como limitante, revelando a insuficiência dos meios disponíveis para escolha da mulher<sup>21</sup>.

Observou-se que desconhecimento adequado sobre a composição dos métodos é fator indutor da falsa associação entre alguns sinais e sintomas enfrentados pelas mulheres com os efeitos colaterais, de maneira que estas relacionam qualquer mal-estar a este, ocasionando a substituição por outro método<sup>22</sup>. Ainda que as mesmas mencionem sentir mais segurança no novo contraceptivo escolhido, há que se atentar para o fato de que cada método tem sua margem de confiabilidade, desde que o usuário saiba manuseá-lo de maneira correta<sup>23</sup>.

Observou-se o alto índice de ligadura tubária, confirmada em estudo realizado com mulheres entre 20 a 25 anos de Bueno-RO, estando relacionada com a baixa escolaridade, a instabilidade na relação, a dificuldade de conseguir um emprego ou, ainda, outro relacionamento<sup>24</sup>. Fica perceptível, ainda, que o preservativo masculino é pouco usado no decorrer das atividades sexuais do casal, principalmente após o procedimento cirúrgico da ligadura tubária, isso devido à confiança estabelecida na relação, o que ocasiona vulnerabilidade diante das DST<sup>22</sup>. Outra preocupação é a não menção do preservativo feminino, sugerindo que as mulheres não sabem de sua existência.

O uso de métodos que evitam a gravidez, mas não protegem da contração de DST, é demonstrado também em um estudo no Distrito Federal, no qual os entrevistados apresentam conhecimentos sobre as DST/HIV/AIDS mas, devido às influências culturais que se referem às questões de gênero e hierarquização das relações sexuais, ocorre uma restrição da adoção de medidas preventivas, elevando a chance de uma infecção<sup>25</sup>.

Ainda que o acesso aos métodos contraceptivos seja uma responsabilidade do estado que deve ser garantida a fim de que se provoque o exercício dos direitos reprodutivos<sup>26</sup>, a busca pelos métodos de anticoncepção nos serviços privados sugere a escassez deste no serviço de saúde público. Ademais, acrescenta-se o constrangimento das mulheres quanto a irem até a unidade básica de saúde, visto que considerável fração de participantes do estudo são adolescentes e a condição de vida sexual ativa em jovens não casadas não é socialmente aceita<sup>8</sup>.

Ainda que refiram a orientação profissional como o norte para a escolha de um novo anticoncepcional, alguns fatores como a vontade própria, a influência externa e a tentativa de adequação foram determinantes na seleção do método, uma vez que estas se relacionam com a facilidade de acesso e a praticidade e despreocupação quanto ao esquecimento dos esquemas de uso do MAC<sup>8</sup>.

Ao analisar a frequência entre método anticoncepcional, hábitos como o tabagismo e o enfrentamento da HAS e/ou DIA, constatou-se que os riscos e benefícios dos usos de determinados contraceptivos para estas mulheres devem ser avaliados, pois estes podem ser visualizados como fatores de risco para doenças cardiovasculares<sup>27</sup>.

Desta forma, durante o processo de escolha, as condições clínicas das usuárias devem ser observadas baseadas nos critérios de elegibilidade da OMS, para que o método escolhido se adeque às condições de saúde destas<sup>23</sup>.

A associação entre método anticoncepcional atual e faixa etária demonstra que a idade predominante do uso de métodos anticoncepcionais nesse estudo é de 20-29 anos, sendo o anticoncepcional hormonal oral o mais utilizado, confirmando o que foi encontrado em um estudo realizado em um Distrito de Morada Nova-CE. Deve-se atentar, entretanto, que estes devem ser escolhidos juntamente com um profissional de saúde capacitado, a fim de que sejam avaliados os riscos de doenças futuras, principalmente na presença de fatores de risco hereditários<sup>28</sup>.

## CONCLUSÃO

É perceptível a carência de conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais partida das mulheres do estudo, bem como a fragilidade estrutural e funcional da política de Planejamento Familiar da Estratégia de Saúde da Família.

Em referência às ações entornadas para o público adolescente, embora se perceba o caráter de urgência quanto a tocá-lo frente à importância do sexo protegido, é sabido da escassez das atividades específicas para adolescentes e a insuficiência do arranjo do atendimento para este grupo, destacando a necessidade do desenvolvimento de competências técnicas e valores sobre o exercício da sexualidade e o processo de autonomização juvenil, bem como do recrutamento de adolescentes aos serviços de saúde, uma vez que essa procura ainda se caracteriza como muito tímida.

No tocante às questões de gênero, há que se romper o estigma do planejamento familiar ligado à atividade e competência feminina e a escassa participação masculina na contracepção, estimulando o envolvimento e corresponsabilização do homem na saúde reprodutiva do casal.

Portanto, faz-se importante a efetivação de uma assistência prestada no Planejamento Familiar que disponibilize recursos e informações de maneira eficiente, de maneira que se invista na realização de ações educativas efetivas para todos os públicos, na garantia de uma maior variedade de métodos anticoncepcionais, na capacitação dos profissionais voltada para a escolha dos métodos baseada nos critérios de elegibilidade da OMS, no respeito ao perfil de cada usuária e no estímulo à partilha do processo decisório entre o profissional de saúde e o casal.

## REFERÊNCIAS

1. Prá JR, Léa E. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. *Revista Estudos Feministas*. 2012; 20(1):33-51.



2. Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. Brasil, 2004.
3. Sena Filho D. Planejamento familiar: direito humano e de cidadania. Brasil 247: Jornal digital; 2013.
4. Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. Rev. Esc. Enf. USP 2000; 34(1):37-44.
5. Aldrighi JM, Petta CA. Anticoncepção: manual de orientação. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO 2003. 308 p.
6. Assis MR, Silva LR, Pinho AM, Moraes LEO, Lemos A. Gravidez na adolescência e sua relação com a prática do sexo seguro. Rev enferm UFPE on line. 2013; 7(4):1073-80.
7. Espejo X, Tsunehiro MA, Osis MJD, Duarte GA, Bahamondese L, Sousa MH. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5):583-90.
8. Nicolau AIO, Moraes MLC, Lima DJM, Aquino PS, Pinheiro AKB. Laqueaduratubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):55-61.
9. Santiago IMFL, Alves MHI, Costa JC. Análise das condições de saúde sexual e reprodutiva das mulheres atendidas no programa de atenção integral a mulher do serviço municipal de saúde de campina grande/PB. Qualit@s Revista Eletrônica 2013; 14(2):18p.
10. Barbosa RG, Garcia FC, Manzato AJ, Martins RA, Vieira FT. Conhecimento sobre dst/aids, hepatites e conduta sexual de universitários de São José do Rio Preto, SP. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(4):224-30.
11. Silva ACA, Andrade MS, Silva RS, Evangelista TJ, Bittencourt IS, Paixão GPN. Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura. Rev. Cuid. 2013; 4(1):531-9.
12. Dadoorian D. Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco; 2000.
13. Sant’Anna MJ. Sexualidade e gravidez na adolescência. Rev. de Psicologia. São Paulo 1999; 13(11):109-20.
14. Chaves JHB. Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes. Rev Bras Clin Med. 2010; 8(2):94-100.
15. Sihvo S, Bajos N, Ducot B. Women’s life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. JEpidemiol Community Health. 2003; 57(8):601-5.

16. Souza AXA, Nóbrega SM, Coutinho MPL. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade*. 2012; 24(3):588-96.
17. Monteiro S. Qual prevenção?: Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 148 p.
18. Tesfaye G, Oljira L. Post abortion care quality status in health facilities of Guraghe zone, Ethiopia. *Reprod Health*. 2013; 10(35):7p.
19. Otero LG, Otero-Garcia L, Goicolea I, Gea-Sánchez M, Sanz-Barbero B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: midwives' perspectives. *Glob Health Action*. 2013; 6:6p.
20. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao Planejamento Familiar no Brasil hoje: reflexões sobre o resultado de uma pesquisa. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11):2481-90.
21. Veras JMMF, Siqueira FS. Profile of women in conduct papanicolaou an area of Family Health Strategy. *Rev Enferm UFPI*. 2013; 2(1):22-6.
22. Coelho EAC, Silva CTO, Sena VC, Barros AR, Nascimento ER, Almeida MS. Demandas de mulheres por cuidado à saúde: Subsídios para construção da integralidade. *Revista Baiana de Enfermagem* 2012; 26(3):574-584.
23. Bouzas I, Takey M, Eisenstein E. Orientação contraceptiva na adolescência:critérios médicos de elegibilidade. *Adolesc. Saude*. 2013; 10(3):23-30.
24. Ferronato CCS, Sousa DJP, Xavier EKY, Saturada L, Jesus MSB. Laqueadura tubária em mulheres entre 20 a 25 anos de idade atendidas em uma UBS de Pimenta no Bueno - RO no período de 2005 a 2006. *Saúde Coletiva*. 2009; 6(31):150-4.
25. Maia C. Vulnerabilidade ao HIV / Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2):242-8.
26. Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-55.
27. Zeun S, Lu M, Uddin A, Zeiler B, Morrison D, Blode H. Pharmacokinetics of an oral contraceptive containing oestradiolvalerate and dienogest. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2009; 14(3):221-32.
28. Lemos ER, Moura ERF, Guedes TG, Nogueira PSF, Jovino de Souza CB. Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres assistidas em área distrital e fatores determinantes. *Rev APS*. 2011; 14(4):417-23.

Submissão: janeiro de 2016.

Aprovação: agosto de 2020.