

## Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil

Knowledge about contraceptives in a population 15 years or older in a southern Brazilian city

Vera Maria Vieira Paniz <sup>1</sup>  
 Anaclaudia Gastal Fassa <sup>1</sup>  
 Marcelo Cozzensa da Silva <sup>1</sup>

### Abstract

*In Brazil, prevalence of contraceptive use is high, but incorrect and inappropriate use is frequent, suggesting limited knowledge about methods. This study thus evaluated the knowledge about the most widely used contraceptive methods, measured through a score (0-10) and related factors. A population-based cross-sectional study was performed, with 3,542 subjects ages 15 or older, residing in the urban area of Pelotas, Rio Grande do Sul State. The mean overall knowledge score was 4.65 (sd = 2.07): 5.02 (sd = 2.10) for women and 4.18 (sd = 1.92) for men. Lower age, higher schooling, a report of unwanted pregnancy, and any lifetime use of contraceptive methods (exclusive or combined) were associated with higher knowledge scores among men, while for women, the determinants of higher knowledge were higher age, living with a partner, higher schooling, higher socioeconomic status, not reporting a religion, and any lifetime use of contraceptive methods (exclusive or combined). Despite high prevalence of any lifetime contraceptive use (75.3%), knowledge is still limited about the most widely used methods, as well as about the menstrual cycle and fertile period.*

*Health Knowledge, Attitudes, Practice; Contraception; Contraceptive Agents*

### Introdução

O conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode contribuir para que os indivíduos escolham o método mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde, bem como, utilizem o método escolhido de forma correta. Assim, esse conhecimento deve estar relacionado à prevenção da gravidez indesejada, do aborto provocado, da mortalidade materna e de outros agravos à saúde relacionados à morbi-mortalidade reprodutiva <sup>1</sup>. Promover o acesso a tais informações e aos meios para a regulação da fecundidade é um dos aspectos importantes do planejamento familiar, uma das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, implantado em 1986 <sup>2</sup>.

Embora os métodos mais conhecidos sejam o anticoncepcional oral, preservativo masculino, esterilização feminina, DIU e abstinência periódica, a contracepção se restringe geralmente ao uso do anticoncepcional oral e da esterilização feminina <sup>3</sup>. Para Monteiro <sup>4</sup>, esse panorama evidencia a precariedade da atenção à mulher, que adota procedimentos irreversíveis ante o estreito leque de opções e acesso restrito à informação, especialmente para aquelas que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse nodo, a diversidade de métodos contraceptivos contrasta com a dificuldade no acesso e limitada informação sobre a ampla va-

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

**Correspondência**  
 V. M. V. Paniz  
 Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Av. Duque de Caxias 250, 3ª andar, Pelotas, RS 96030-002, Brasil.  
 vpvieira@terra.com.br

riedade de métodos anticoncepcionais existentes<sup>3</sup>, indicando um descompasso entre o que é proposto pelo programa de planejamento familiar e aquilo que é efetivamente implementado.

Pesquisa nacional realizada em 1996 revela que a utilização de algum método anticoncepcional entre mulheres em idade fértil foi de 76,7%<sup>1</sup>. Considerando-se todas as mulheres sexualmente ativas nesta pesquisa, o uso de algum método anticoncepcional foi de 55,4%: 27,3% estavam esterilizadas, 15,8% usavam anticoncepcional oral, 4,3% usavam preservativo masculino e 8,0% outros métodos (injetáveis, DIU, vasectomia e métodos naturais). Em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, um estudo recente mostrou que 64,6% das mulheres de 20 a 49 anos, utilizam algum método anticoncepcional. O padrão de utilização de métodos nesta pesquisa foi diferente do Brasil como um todo, com 55,4% de usuárias de anticoncepcional oral, 22,2% de esterilizadas, 10,5% de usuárias de preservativo masculino e 7,7%, DIU. O uso combinado de anticoncepcional oral e preservativo masculino contempla 1,0% da amostra. Outro dado importante revela que 22,2% das usuárias de anticoncepcional oral apresentavam alguma contra-indicação para seu consumo, das quais 10,8% fumavam e tinham idade igual ou maior que 35 anos, revelando falta de conhecimento sobre o uso adequado<sup>5</sup>.

Os estudos existentes sobre conhecimento avaliam populações específicas, como por exemplo: mulheres esterilizadas<sup>6,7,8</sup>, adolescentes<sup>9,10,11</sup>, mulheres em idade fértil<sup>3,12,13</sup>, mulheres com história de aborto<sup>14</sup>, além de dois estudos em homens universitários e de área rural<sup>15,16</sup>. A maioria desses estudos identifica os métodos anticoncepcionais que a população conhece, mas não detalha o conhecimento sobre como utilizá-los e as contra-indicações de cada método<sup>3,9,10,11,12,15</sup>. Nesse contexto, a prevalência de conhecimento de algum método anticoncepcional encontrada no Brasil é elevada, acima de 80,0%<sup>3,9,15</sup>. Em Campinas, São Paulo, Espejo et al.<sup>6</sup> verificaram uma defasagem entre a referência espontânea aos distintos métodos contraceptivos e a qualidade deste conhecimento. Moraes Filho et al.<sup>14</sup> avaliaram que as mulheres pouco sabem a respeito dos métodos aos quais se referem espontaneamente. De modo semelhante, Vieira<sup>8</sup> encontrou um baixo índice de conhecimento ao combinar os métodos conhecidos com os atributos desses métodos.

Hardy et al.<sup>13</sup> estudando a adequação de uso do anticoncepcional oral, constataram que mais de 40,0% das usuárias possuíam um ou mais fatores de risco para o seu uso, mesmo

quando a indicação e obtenção do método ocorriam em serviço de saúde.

Para Alouini et al.<sup>17</sup>, um dos principais problemas relacionados ao uso do anticoncepcional oral é a falta de conhecimento sobre o procedimento correto ao esquecer de tomar um comprimido. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde, realizada em 1996, cerca de metade das mulheres que foram mães entre 1990 e 1995, teve uma gravidez indesejada (Ministério da Saúde. Mulher e saúde: planejamento familiar. [http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=152](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=152), acessado em 12/Ago/2003). Em um estudo no Município de Pelotas, em 1995, gravidez indesejada foi observada em 41,0% do total de mulheres entre 15 e 19 anos que estiveram grávidas<sup>12</sup>. Forrest<sup>18</sup> concluiu que a elevada porcentagem de gravidez indesejada, além de estar relacionada ao não-uso de contraceptivos, também pode ocorrer pelo uso incorreto destes. Nos resultados desta pesquisa, 47,0% dos casos de gravidez indesejada aconteceram entre as mulheres que usavam algum método contraceptivo.

Ainda que alguns autores venham enfatizando a importância da participação masculina no planejamento familiar e na anticoncepção<sup>15,16,19,20</sup>, de maneira geral a responsabilidade ainda recai quase exclusivamente sobre a mulher<sup>2</sup>. A falta de estudos sobre uso correto e adequado de métodos anticoncepcionais por parte dos homens dificulta o estabelecimento de estratégias para modificar esta realidade. Pascotto & Sant'Ana<sup>11</sup>, questionando estudantes adolescentes em relação à indicação de uso do preservativo masculino, encontraram que 62,1% desconheciam sua utilização como método de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis. Por outro lado, como afirmam Duarte et al.<sup>20</sup>, a descontinuidade do uso de métodos anticoncepcionais de participação masculina é elevada. Cerca de 60,0% dos usuários de abstinência periódica e de preservativo masculino, descontinuam o uso já no primeiro ano. A principal razão, conforme os autores, é a alta taxa de falha desses métodos.

Alguns estudos<sup>10,11,21</sup> revelam a falta de conhecimento sobre o ciclo menstrual e período fértil da mulher, fato que pode estar intimamente relacionado com a falha no uso do anticoncepcional oral e da abstinência periódica. Neste contexto, as mulheres optam pelo método irreversível. Um agravante para esta situação é que estudos realizados no Estado de São Paulo têm indicado uma proporção de arrendimento das mulheres que foram esterilizadas variando entre 10,0 e 20,0%. A realização da operação antes dos 25 anos de idade, infor-

mação deficiente acerca da esterilização feminina e o conhecimento de um menor número de métodos anticoncepcionais são os principais fatores de risco para o arrependimento<sup>8,22</sup>.

Em razão disso, este estudo buscou avaliar o conhecimento sobre uso correto, indicações, contra-indicações e reversibilidade dos métodos anticoncepcionais mais utilizados pela população (anticoncepcional oral, esterilização feminina e preservativo masculino), bem como, aspectos fisiológicos do ciclo menstrual.

## Metodologia

Realizou-se um estudo transversal de base populacional com homens e mulheres de 15 anos ou mais, residentes na zona urbana da Cidade de Pelotas. A pesquisa foi desenvolvida em conjunto por 16 mestrandos do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, constituída de um instrumento único que foi aplicado à população, contendo questões gerais e específicas de cada pesquisador.

Em função das necessidades da pesquisa, estimou-se uma amostra de aproximadamente 1.440 domicílios com 3.456 pessoas na faixa etária em estudo. O processo de amostragem foi em múltiplos estágios. Os conglomerados foram definidos por meio da grade de setores censitários do *Censo Demográfico 2000*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://www.ibge.gov.br>, acessado em 03/Set/2003). Os 409 setores censitários da zona urbana do município foram estratificados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio, e 144 setores foram sorteados sistematicamente. De posse da listagem dos domicílios elegíveis em cada setor sorteado, foram selecionados sistematicamente os domicílios proporcionalmente ao tamanho de cada setor, chegando-se a um total de 1.530 domicílios. Nestes, foram selecionados todos os indivíduos elegíveis na faixa etária de interesse.

O trabalho de campo foi desenvolvido entre outubro e dezembro de 2003 tendo a participação de 32 entrevistadoras com ensino médio completo. A seleção das entrevistadoras foi feita mediante treinamento específico de quarenta horas, aplicação de prova teórica e realização de entrevista domiciliar supervisionada, realizada em um setor censitário não incluído na amostra.

Realizou-se entrevista domiciliar utilizando um questionário estruturado e pré-codificado. Solicitou-se aos entrevistados um consentimento verbal informado. No caso de sujeitos au-

sentes no momento da visita, as entrevistadoras retornaram pelo menos duas vezes a cada domicílio. Em caso de recusa, a última visita era realizada pelo supervisor de campo.

As variáveis demográficas avaliadas foram: sexo; idade (em anos completos); cor da pele (observada pela entrevistadora e classificada como branca, parda ou negra) e situação conjugal atual (com ou sem companheiro na época do estudo). Foram medidas as variáveis sócio-econômicas: escolaridade (em anos completos de estudo); renda familiar (renda dos moradores do domicílio no último mês medida de forma contínua e depois categorizada em número de salários mínimos nacionais na época do estudo – R\$240,00); nível econômico definido pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – ANEP<sup>23</sup> (dividido em cinco categorias, de A a E, conforme escore) e trabalho fora de casa (sim ou não). Como variável comportamental foi avaliada a prática de religião (categorizada em católica, evangélica, espírita, outra e não praticante). Como variáveis reprodutivas, investigaram-se o número de filhos, idade quando o entrevistado teve o primeiro filho e gravidez indesejada. Avaliou-se, também, nos casos em que a gravidez indesejada ocorreu, se esta aconteceu na vigência de uso de algum método. Foi também medida a utilização de algum método anticoncepcional alguma vez na vida (categorizada posteriormente em números de métodos utilizados e combinações dos métodos mais utilizados) e a utilização de serviços de saúde como fonte de obtenção de informações na opção do último método utilizado (serviço de saúde público ou privado).

Para definir o desfecho, foi elaborado um questionário composto por dez questões de escolha simples, que contemplam o conhecimento sobre uso correto e adequado dos métodos anticoncepcionais mais utilizados pela população e aspectos fisiológicos do ciclo menstrual. Um escore de conhecimento foi obtido pelo número de respostas corretas, com peso igual para cada pergunta, podendo a pontuação total do escore variar de 0 (zero) a 10 (dez). A seleção das perguntas que definiram o escore foi feita com base nos métodos anticoncepcionais mais utilizados pela população de Pelotas<sup>5</sup>. Deu-se preferência às perguntas já testadas em outros estudos<sup>7,8,11,12</sup>, enquanto as perguntas novas foram testadas e aperfeiçoadas em estudos piloto.

Os questionários foram revisados e codificados pelas entrevistadoras logo após as entrevistas e posteriormente pelo supervisor. Este realizou também a revisita em 10,0% da amostra, selecionada aleatoriamente, a qual consis-

tia na aplicação de um questionário resumido para controle de qualidade e análise de concordância para obtenção do índice kappa. Este índice foi obtido por inetrmédio da variável gravidez indesejada. Entre os homens o kappa foi medido por meio da pergunta: “o Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida?”. Entre as mulheres, a pergunta utilizada foi: “a Sra. já esteve grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida?”. Para ambas as questões as alternativas de resposta eram: sim, não e não soube informar. Não foi avaliado o índice kappa de questões do escore de conhecimento porque este pode modificar mesmo em curto espaço de tempo. Os dados foram digitados utilizando-se o programa Epi Info 6.04, com checagem automática de consistência e dupla digitação, para correção de possíveis erros de digitação. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 8.0.

A análise descritiva caracterizou a população geral e estratificada por sexo, conforme variáveis demográficas, sócio-econômicas, de comportamento, reprodutivas, de utilização de métodos anticoncepcionais e de caracterização da fonte de obtenção de informações (serviços de saúde públicos ou privados). O conjunto de perguntas que deram origem ao escore de conhecimento foi também analisado e a prevalência de acerto para cada questão foi descrita.

Posteriormente, levando em conta a distribuição normal do desfecho, realizou-se a análise pela regressão linear bivariada e análise de variância, testando-se a associação entre as exposições em estudo e o escore de conhecimento. Na análise bivariada foi verificada a tendência linear das médias para as variáveis ordinais e realizado o teste de heterogeneidade de médias para as variáveis categóricas. Os determinantes do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais são diferentes entre homens e mulheres, assim as análises foram estratificadas por sexo. A análise ajustada foi subsidiada por modelo conceitual.

O modelo proposto compreende três níveis de determinação. No nível mais distal encontram-se as variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal) juntamente com as sócio-econômicas (escolaridade, nível econômico e trabalho fora de casa). No segundo nível estão as variáveis reprodutivas (número de filhos, idade quando teve o primeiro filho e gravidez indesejada) juntamente com práticas religiosas. Estas, por sua vez, podem determinar a utilização de algum contraceptivo alguma vez na vida ou conduzir ao conhecimento levando à utilização destes (variáveis do ter-

ceiro nível). Nesta análise o efeito de cada preditor é controlado para outras variáveis do mesmo nível e aquelas que se encontram no nível superior<sup>24</sup>. Foram considerados fatores de confusão as variáveis associadas à exposição e ao desfecho com  $p \leq 0,2$ . O escore foi tratado de forma contínua (0-10) e o efeito de delineamento amostral (EDA) foi considerado utilizando-se o conjunto de comandos *svy*, específico para a análise de inquéritos baseados em amostras complexas do programa estatístico Stata 8.0.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas.

## Resultados

Foram entrevistados 3.542 indivíduos de 15 anos ou mais em 1.530 domicílios. O estudo apresentou um percentual de perdas e recusas de 3,4%. A amostra obtida permitiu um poder estatístico de 80,0% para detectar diferenças de médias iguais ou maiores que 0,20 (desvio padrão –  $dp = 1,92$ ) para o sexo masculino e 0,19 ( $dp = 2,10$ ) para o sexo feminino, em um nível de confiança de 95,0%.

A Tabela 1 descreve a população estudada quanto a características demográficas, sócio-econômicas e de comportamento. A média de idade da amostra foi de 40 anos ( $dp = 17,4$ ), sendo 56,2% do sexo feminino. Observou-se que 80,2% eram de cor branca e 56,1% viviam com companheiro. Quanto à escolaridade, 24,0% possuíam até 4 anos, enquanto 13,1% tinham 12 anos ou mais de educação formal (média de escolaridade = 7,7;  $dp = 4,2$ ).

Quanto à renda familiar, 56,5% possuíam uma renda mensal de até quatro salários mínimos, e 42,4% da amostra pertenciam aos níveis econômicos D e E. Com relação ao trabalho, entre os homens 62,6% trabalhavam fora de casa, enquanto, para as mulheres, este percentual foi de 36,9%. Na população estudada, 45,6% não praticavam religião; 26,7% eram católicos (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a descrição das variáveis reprodutivas, utilização de métodos anticoncepcionais e de serviços de saúde como fonte de informação. O número médio de filhos por pessoa foi de 1,8 ( $dp = 2,0$ ); 1/3 da amostra não tinha filhos; 14,2% possuíam quatro ou mais. Entre aqueles que tinham filhos, verificou-se uma maior proporção (23,5%) de pessoas que tiveram o primeiro filho entre os 20 e 24 anos de idade ( $p < 0,001$ ). O percentual de gravidez indesejada na amostra foi de 11,8%. Entre as mulheres este percentual foi maior

Tabela 1

Características da população estudada conforme variáveis demográficas, sócio-econômicas e de comportamento. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	Geral		Homens		Mulheres	
	n*,**	%	n*	%	n*	%
<b>Total</b>	3.542	100,0	1.551	43,8	1.991	56,2
<b>Idade (anos)</b>						
15-19	442	12,5	207	13,4	235	11,8
20-29	759	21,4	342	22,0	417	20,9
30-39	645	18,2	279	18,0	366	18,4
40-49	680	19,2	303	19,5	377	18,9
50-59	493	13,9	213	13,7	280	14,1
60 ou +	523	14,8	207	13,4	316	15,9
<b>Cor da pele</b>						
Branca	2.841	80,2	1.234	79,6	1.607	80,7
Parda/negra	701	19,8	317	20,4	384	19,3
<b>Situação conjugal atual</b>						
Com companheiro	1.989	56,1	971	62,6	1.018	51,1
Sem companheiro	1.553	43,9	580	37,4	973	48,9
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>						
0	227	6,4	88	5,7	139	7,0
1-4	621	17,6	278	17,9	343	17,2
5-8	1.222	34,5	572	36,9	650	32,7
9-11	1.005	28,4	429	27,7	576	28,9
12 ou +	465	13,1	182	11,8	283	14,2
<b>Renda familiar*** (salários mínimos)</b>						
Até 1,0	452	12,9	181	11,8	271	13,7
1,1-2,0	543	15,4	227	14,7	316	15,9
2,1-4,0	995	28,2	460	29,9	535	27,0
4,1-8,0	843	23,9	362	23,5	481	24,2
+ de 8,0	692	19,6	310	20,1	382	19,2
<b>Nível econômico (ANEP) <sup>23</sup></b>						
A	177	5,0	85	5,5	92	4,6
B	707	20,1	311	20,2	396	20,0
C	1.146	32,5	508	33,0	638	32,2
D	1.260	35,8	526	34,1	734	37,0
E	234	6,6	111	7,2	123	6,2
<b>Trabalho fora de casa</b>						
Sim	1.705	48,1	971	62,6	734	36,9
Não	1.837	51,9	580	37,4	1.257	63,1
<b>Prática de religião</b>						
Não	1.613	45,6	862	55,6	751	37,8
Católica	943	26,7	336	21,7	607	30,5
Evangélica	518	14,6	193	12,5	325	16,4
Espírita	250	7,1	74	4,8	176	8,9
Outra	211	6,0	84	5,4	127	6,4

\* Número de pessoas;

\*\* O número máximo de valores ignorados foi de 18 para nível econômico (ANEP – Associação Nacional de Empresas de Pesquisa <sup>23</sup>);

\*\*\* Salário mínimo nacional na época do estudo igual a R\$240,00 (aproximadamente US\$80,00).

Tabela 2

Características da população estudada conforme variáveis reprodutivas, utilização de métodos anticoncepcionais e de serviços de saúde como fonte de informação. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	Geral		Homens		Mulheres	
	n*,**	%	n*	%	n*	%
<b>Total</b>	3.542	100,0	1.551	43,8	1.991	56,2
<b>Filhos</b>						
0	1.179	33,3	557	36,0	622	31,3
1	671	19,0	284	18,4	387	19,4
2	735	20,8	319	20,6	416	20,9
3	451	12,7	188	12,1	263	13,2
4 ou +	502	14,2	200	12,9	302	15,2
<b>Idade quando teve o 1º filho (anos)</b>						
11-19	627	17,8	128	8,3	499	25,2
20-24	828	23,5	356	23,2	472	23,9
25-29	533	15,2	277	18,0	256	12,9
30 ou +	350	10,0	220	14,3	130	6,6
Não teve filhos	1.179	33,5	557	36,2	622	31,4
<b>Gravidez indesejada</b>						
Sim, utilizando algum método	131	3,7	16	1,0	115	5,8
Sim, sem utilizar algum método	283	8,1	77	5,0	206	10,4
Não	3.102	88,2	1.442	94,0	1.660	83,8
<b>Número de métodos utilizados***</b>						
0	875	24,7	482	31,2	393	19,7
1	1.772	50,1	878	56,8	894	45,0
2	743	21,0	153	9,9	590	29,6
3 ou +	147	4,2	33	2,1	114	5,7
<b>Métodos utilizados***</b>						
Nunca utilizou	875	24,7	482	31,2	393	19,7
Anticoncepcional oral	858	24,3	98	6,3	760	38,2
Preservativo masculino	825	23,3	760	49,2	65	3,3
Anticoncepcional oral e preservativo masculino	462	13,1	118	7,6	344	17,3
Anticoncepcional oral e esterilização feminina	115	3,3	3	0,2	112	5,6
Anticoncepcional oral e DIU	76	2,1	5	0,3	71	3,5
Outras combinações de métodos	326	9,2	80	5,2	246	12,4
<b>Utilização de serviços de saúde#</b>						
Não	1.309	49,7	841	79,9	468	29,6
Público	727	27,6	125	11,9	602	38,0
Privado	600	22,7	87	8,2	513	32,4

\* Número de pessoas;

\*\* O número máximo de valores ignorados foi de 26 para utilização de serviços de saúde e gravidez indesejada;

\*\*\* Métodos utilizados ao longo da vida;

# Variável sobre ter recebido informação sobre anticoncepção por profissional de saúde do setor público ou privado, quando optou pelo último método utilizado, entre quem utilizava anticoncepcional (n = 2.662).

( $p < 0,001$ ), alcançando 16,2%. Destas, mais de 1/3 estava utilizando algum método anticoncepcional.

Na amostra estudada, 75,3% utilizaram algum método anticoncepcional alguma vez na vida, enquanto 31,2% dos homens e 19,7% das mulheres relataram nunca ter utilizado. Notou-se que 1/4 da amostra utilizou dois ou mais métodos contraceptivos ao longo da vida. Entre as mulheres o método mais utilizado foi o anticoncepcional oral (38,2% de uso exclusivo), enquanto entre os homens foi o preservativo masculino (49,2% de uso exclusivo). O uso destes dois métodos ao longo da vida é descrito por 13,1% da amostra, ficando cerca de 15,0% distribuídos em outras combinações de métodos utilizados alguma vez na vida (Tabela 2).

Entre os usuários de métodos anticoncepcionais, 49,7% das pessoas que utilizam ou utilizaram alguma vez na vida, referiram não ter recebido informação sobre anticoncepção por profissional de saúde do setor público ou privado, quando optaram pelo último método utilizado, enquanto a obtenção desta informação no setor público foi relatada por 27,6% da amostra (Tabela 2). Entre estes, observou-se que 55,8% pertenciam aos níveis econômicos D e E ( $p < 0,001$ ); 1/4 tinha até quatro anos de escolaridade ( $p < 0,001$ ).

A Tabela 3 mostra a prevalência de conhecimento sobre uso correto e adequado dos métodos anticoncepcionais para a amostra estudada e estratificada por sexo. As mulheres apresentaram prevalência de conhecimento superior aos homens para todas as questões ( $p < 0,05$ ), com exceção da pergunta sobre uso correto do preservativo masculino que foi respondida corretamente por 80,1% dos homens e 62,7% mulheres ( $p < 0,01$ ).

Pode ser observado que a grande maioria das mulheres (86,9%) sabe que o anticoncepcional oral deve ser tomado todos os dias; porém, 70,0% delas não referem corretamente o que devem fazer depois de esquecer de tomar um comprimido. A inadequação de uso do anticoncepcional oral por mulheres fumantes acima de 35 anos e por mulheres hipertensas ou com problemas cardíacos foi reconhecida, respectivamente, por 17,6% e 35,9% da população (Tabela 3).

Observa-se que 30,0% da amostra estudada não possuíam informação sobre a correta utilização do preservativo masculino e pouco mais da metade (53,6%) identifica o uso deste como único método para prevenir DST. Chama a atenção que, apesar de 74,3% conhecerem a indicação de uso da esterilização feminina, me-

tade da amostra desconhece a dificuldade da reversão da cirurgia (Tabela 3).

Ainda na Tabela 3 pode-se perceber o elevado desconhecimento da população com relação ao ciclo menstrual e, principalmente, sobre o período fértil. Entre as mulheres, 44,7% responderam corretamente a questão sobre o ciclo menstrual, enquanto que sobre o período fértil apenas 29,4% acertaram.

A média de escore de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais mais utilizados pela população na amostra foi de 4,65 ( $dp = 2,07$ ), com um efeito de delineamento de 3,70 e correlação intraclasse de 0,111. As mulheres apresentaram um valor médio de 5,02 ( $dp = 2,10$ ), enquanto entre os homens este valor foi de 4,18 ( $dp = 1,92$ ) ( $p < 0,001$ ).

A Tabela 4 apresenta a análise bruta e ajustada dos fatores associados ao escore de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais para homens. Após ajuste para fatores de confusão, a idade esteve inversamente associada ao escore de conhecimento, ao passo que escolaridade apresentou uma associação direta. Quem relatou gravidez indesejada apresentou um escore de conhecimento maior ( $\beta = 0,47$ ; intervalo de confiança de 95,0% – IC95%: 0,11-0,84). O uso de preservativo masculino exclusivo ou combinado com anticoncepcional oral, bem como outras combinações de métodos, estiveram associadas a um aumento no escore de conhecimento, apresentando coeficiente  $\beta$  igual a 0,55 (IC95%: 0,33-0,77); 0,52 (IC95%: 0,15-0,89) e 1,08 (IC95%: 0,64-1,51), respectivamente.

Entre as mulheres (Tabela 5), a análise ajustada mostrou um aumento linear significativo do escore de conhecimento com a idade; entretanto, o escore aumenta até a categoria de 30 a 39 anos ( $\beta = 1,77$ ; IC95%: 1,46-2,08) e depois cai nas faixas etárias mais elevadas. Entre aquelas que vivem com companheiro, o escore de conhecimento foi maior ( $\beta = 0,19$ ; IC95%: 0,02-0,37). Observou-se uma associação linear direta entre escolaridade e escore de conhecimento; mulheres com 12 anos ou mais de estudo têm um acréscimo de 1,66 na média de escore quando comparadas àquelas sem escolaridade. Situação semelhante foi verificada com o nível econômico, em que o escore de conhecimento aumenta em direção aos estratos mais altos. O escore de conhecimento foi menor entre as mulheres católicas ou evangélicas, quando comparadas àquelas que não praticam religião. O uso de algum método anticoncepcional esteve associado a um aumento no escore de conhecimento, sendo maior entre aquelas que utilizaram anticoncepcional oral em combinação com um ou mais métodos.

Tabela 3

Prevalência de conhecimento da população sobre uso correto e adequado dos métodos anticoncepcionais mais utilizados e aspectos fisiológicos do ciclo menstrual (n = 3.542). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	Prevalências (%)		
	Geral (n = 3.542)	Homens (n = 1.551)	Mulheres (n = 1.991)
Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário (1) Sim	24,7	18,5	29,6
A pílula anticoncepcional deve ser tomada somente no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual (0) Não	79,6	70,3	86,9
Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula (0) Não	17,6	11,4	22,4
Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula (0) Não	35,9	31,0	39,6
Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente (1) Sim	70,4	80,1	62,7
Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto doenças sexualmente transmissíveis (DST) (0) Não	53,6	51,7	55,2
A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos (1) Sim	74,3	69,7	77,8
Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos (1) Sim	49,9	45,5	53,4
Quando começa um ciclo menstrual? (1) No primeiro dia da menstruação	35,6	23,9	44,7
Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre (3) No 14º dia após o início da menstruação	23,4	15,7	29,4

Nota: O teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções entre os sexos apresentou valor  $p < 0,001$  para todas as questões, com exceção da questão sobre métodos anticoncepcionais e DST que apresentou  $p = 0,042$ .

O diagnóstico do modelo de regressão linear por sexo foi realizado por meio do gráfico normal de resíduos, não apresentando desvio da linearidade.

O teste kappa obtido pela variável gravidez indesejada indicou uma concordância excelente, apresentando um índice de 0,82 para homens, enquanto entre as mulheres o índice foi ainda maior, 0,88.

## Discussão

O estudo indica que, apesar da elevada prevalência de utilização de algum método anticoncepcional ao longo da vida (75,3%), ainda é limitado o conhecimento sobre uso correto e adequado dos métodos mais utilizados, assim como sobre ciclo menstrual e período fértil. A média para o escore de conhecimento encontrada nesta população (4,65) foi diferente entre homens (4,18) e mulheres (5,02). Os fatores as-

Tabela 4

Associação entre variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentais, reprodutivas, utilização de métodos anticoncepcionais e escore de conhecimento para homens (n = 1.551). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	Análise bruta*			Análise ajustada**		
	Média	Desvio padrão	Valor p	β	IC95%**	Valor p
<b>Nível 1</b>						
Total	4,18	1,92				
Idade (anos)			< 0,001***			< 0,001***
15-19	4,21	1,74		0,90	0,54-1,26	
20-29	4,63	1,64		1,14	0,80-1,47	
30-39	4,51	1,72		1,13	0,78-1,48	
40-49	4,43	1,92		1,12	0,78-1,46	
50-59	3,90	1,92		0,66	0,31-1,01	
60 ou +	2,87	2,17				
Escolaridade (anos de estudo)			< 0,001***			< 0,001***
0	2,63	2,16				
1-4	3,37	1,89		0,37	0,06-0,80	
5-8	3,98	1,76		0,84	0,41-1,27	
9-11	4,81	1,67		1,54	1,07-2,00	
12 ou +	5,34	1,65		1,95	1,42-2,48	
Nível econômico (ANEP 23)			< 0,001***			0,056***
A	5,33	1,74		0,41	-0,16-0,98	
B	4,62	1,79		0,13	-0,30-0,56	
C	4,28	1,89		0,05	-0,34-0,47	
D	3,78	1,91		-0,09	-0,46-0,28	
E	3,53	1,88				
Trabalho fora de casa			< 0,001#			0,174#
Sim	4,38	1,84		0,14	-0,06-0,34	
Não	3,83	2,01				
<b>Nível 2</b>						
Prática de religião			0,002#			0,160#
Não	4,32	1,93		-		
Católica	3,93	1,97		-0,26	-0,48- -0,03	
Evangélica	3,91	1,89		-0,16	-0,43-0,12	
Espírita	4,61	1,58		0,06	-0,36-0,42	
Outra	3,98	1,79		-0,25	-0,64-0,14	
Idade em que teve o 1º filho (anos)			0,062***			0,138***
11-19	3,95	1,71				
20-24	4,22	1,94		0,49	0,12-0,85	
25-29	4,04	2,05		0,33	-0,05-0,71	
30 ou +	4,10	2,00		0,45	0,05-0,86	
Não teve filhos	4,33	1,83		-0,02	-0,39-0,35	
Gravidez indesejada			< 0,001#			0,011#
Sim	4,72	1,44		0,47	0,11-0,84	
Não	4,15	1,94				
<b>Nível 3</b>						
Métodos utilizados			< 0,001#			< 0,001#
Nunca utilizou	3,37	2,10				
Anticoncepcional oral	4,08	1,60		0,31	-0,07-0,69	
Preservativo masculino	4,51	1,73		0,55	0,33-0,77	
Anticoncepcional oral e preservativo masculino	4,67	1,62		0,52	0,15-0,89	
Anticoncepcional oral e esterilização feminina	4,00	1,00		-0,40	-2,36-1,55	
Anticoncepcional oral e DIU	5,00	1,41		0,77	-0,75-2,29	
Outras combinações de métodos	5,25	1,69		1,08	0,64-1,51	

β = coeficiente β; IC95%: intervalo de confiança de 95,0%;

\* Cor da pele, situação conjugal atual e número de filhos não se mantiveram no modelo final (p > 0,2);

\*\* Cada variável está ajustada para as demais do mesmo nível e para as dos níveis acima (foram mantidas no modelo as variáveis com valor p ≤ 0,2);

\*\*\* Teste de Wald para tendência linear;

# Teste de Wald para heterogeneidade de médias.

Tabela 5

Associação entre variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentais, reprodutivas, utilização de métodos anticoncepcionais e escore de conhecimento para mulheres (n = 1.991). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2003.

Variável	Análise bruta*			Análise ajustada**		
	Média	Desvio padrão	Valor p	$\beta$	IC95%**	Valor p
<b>Nível 1</b>						
Total	5,02	2,10				
Idade (anos)			< 0,001***			< 0,001***
15-19	5,03	1,73		1,42	1,08-1,75	
20-29	5,59	1,72		1,72	1,41-2,02	
30-39	5,56	1,88		1,77	1,46-2,08	
40-49	5,53	1,83		1,71	1,40-2,01	
50-59	4,93	2,18		1,30	0,99-1,61	
60 ou +	3,11	2,18				
Cor da pele			< 0,001#			0,050#
Branca	5,12	2,15		0,21	0,00-0,42	
Parda/negra	4,60	1,86				
Situação conjugal atual			< 0,001#			0,032#
Com companheiro	5,24	1,96		0,19	0,02-0,37	
Sem companheiro	4,79	2,22				
Escolaridade (anos de estudo)			< 0,001***			< 0,001***
0	2,92	2,13				
1-4	4,00	2,09		0,40	0,03-0,77	
5-8	4,90	1,85		0,94	0,57-1,30	
9-11	5,71	1,74		1,43	1,03-1,83	
12 ou +	6,16	1,96		1,66	1,20-2,11	
Nível econômico (ANEP 23)			< 0,001***			< 0,001***
A	6,01	2,02		0,59	0,04-1,13	
B	5,74	2,00		0,60	0,19-1,02	
C	5,31	1,95		0,44	0,07-0,82	
D	4,43	2,05		0,03	-0,32-0,38	
E	4,00	2,12				
Trabalho fora de casa			< 0,001#			0,146#
Sim	5,58	1,87		0,14	-0,04-0,33	
Não	4,69	2,16				
<b>Nível 2</b>						
Prática de religião			< 0,001#			< 0,001#
Não	5,34	1,97				
Católica	4,77	2,18		-0,31	-0,51- -0,11	
Evangélica	4,46	2,11		-0,38	-0,63- -0,14	
Espírita	5,80	1,89		0,21	-0,09-0,52	
Outra	4,65	2,14		-0,29	-0,64-0,06	
Gravidez indesejada			0,874#			0,074#
Sim	5,04	2,01		0,20	-0,02-0,42	
Não	5,02	2,12				
<b>Nível 3</b>						
Métodos utilizados			< 0,001#			< 0,001#
Nunca utilizou	3,59	2,31				
Anticoncepcional oral	5,06	1,87		0,85	0,60-1,10	
Preservativo masculino	5,12	2,00		0,95	0,47-1,42	
Anticoncepcional oral e preservativo masculino	5,85	1,58		1,24	0,95-1,52	
Anticoncepcional oral e esterilização feminina	5,51	1,90		1,11	0,70-1,52	
Anticoncepcional oral e DIU	5,56	2,07		1,11	0,63-1,58	
Outras combinações de métodos	5,61	2,08		1,14	0,83-1,46	

$\beta$  = coeficiente  $\beta$ ; IC95%: intervalo de confiança de 95,0%;

\* Idade quando teve o 1º filho e número de filhos não se mantiveram no modelo final ( $p > 0,2$ );

\*\* Cada variável está ajustada para as demais do mesmo nível e para as dos níveis acima

(foram mantidas no modelo as variáveis com valor  $p \leq 0,2$ );

\*\*\* Teste de Wald para tendência linear;

# Teste de Wald para heterogeneidade de médias.

sociados ao conhecimento também foram distintos conforme o sexo. Para os homens, a menor idade, maior escolaridade, relato de gravidez indesejada e uso de método anticoncepcional exclusivo ou combinado ao longo da vida mostraram-se associados a um maior escore de conhecimento. Entre as mulheres, os determinantes do maior escore de conhecimento foram maior idade, viver com companheiro, maior escolaridade, melhor nível econômico, não ter religião e uso de método anticoncepcional exclusivo ou combinado ao longo da vida.

Avaliando a validade dos achados, percebe-se que o estudo utilizou delineamento transversal, que proporciona rapidez e baixo custo na realização da pesquisa; contudo, uma vez que as informações sobre exposição e desfecho são coletadas no mesmo momento, pode ser afetado por causalidade reversa. Este viés pode ter afetado a associação de algumas exposições, sobretudo variáveis reprodutivas e de utilização de métodos anticoncepcionais, com o escore de conhecimento.

O baixo percentual de perdas e recusas (3,4%) e o perfil sócio-demográfico desta amostra, condizentes com o do censo populacional de Pelotas (*Censo Demográfico 2000*), suportam a representatividade da amostra para a população de 15 anos ou mais residente na zona urbana da cidade.

Um dado que chama a atenção no perfil de utilização de serviços de saúde como fonte de obtenção de informações sobre anticoncepção é que metade dos usuários de métodos anticoncepcionais referiu não ter obtido informações sobre anticoncepção em serviço de saúde público ou privado quando escolheu o último método utilizado, indicando que a escolha não foi orientada por profissional de saúde. Observa-se, também, que pouco mais de 1/4 da amostra relatou ter recebido informação sobre contracepção no setor público, o que indica que este setor desempenha um papel pequeno na orientação da escolha do método e, conseqüentemente, da sua forma de utilização. Para o Estado de São Paulo, Hardy et al.<sup>13</sup> descreveram que 35,0% das mulheres da amostra iniciaram o uso do anticoncepcional oral sem consulta prévia, enquanto 1/4 disse ter consultado previamente um serviço público de saúde. Um estudo realizado em Pelotas encontrou que a escolha do tipo de serviço de saúde depende mais da classe social e escolaridade que da gravidade dos problemas de saúde<sup>25</sup>. Verificando-se que mais da metade da população que utiliza o setor público de saúde como fonte de informação sobre métodos anticoncepcionais pertence ao nível econômico D e E, e 1/4 tem até quatro anos de escolaridade, percebe-se a lei dos cui-

dados inversos em saúde, em que aqueles indivíduos com maior necessidade, ou seja, que dependem do SUS, são os que têm menos acesso à informação adequada.

Conforme a literatura revisada, não existem estudos de base populacional que abordem o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais em indivíduos de ambos os sexos, assim como os fatores associados a este conhecimento. A maioria dos estudos avalia o conhecimento acerca das distintas opções de métodos anticoncepcionais existentes, sem avaliar o conhecimento sobre o uso correto e adequado de cada método<sup>3,9,10,11,12,15</sup>. Além disso, os estudos em geral dizem respeito a populações específicas<sup>3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16</sup>.

Um dos poucos estudos encontrados que avaliou a qualidade da informação acerca dos métodos citados utilizou um escore para caracterizar o conhecimento de uma amostra de mulheres esterilizadas e não esterilizadas. O conhecimento foi inadequado para 52,4% da amostra<sup>6</sup>. Outro estudo em mulheres esterilizadas com menos de quarenta anos combinou o número de métodos conhecidos com o conhecimento de alguns atributos desses métodos e construiu um índice para medir o conhecimento, classificando-o como baixo para 24,0%, médio para 40,0% e elevado para 36,0% da amostra<sup>8</sup>. Moraes Filho et al.<sup>14</sup> verificaram um menor escore de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais referidos espontaneamente por mulheres com aborto provocado comparadas àquelas que tiveram aborto espontâneo.

A diferença entre a amostra de base populacional estudada e as populações avaliadas nos outros estudos sobre este tema, assim como os distintos critérios utilizados na avaliação do conhecimento, limitam a comparabilidade dos resultados.

Avaliando as perguntas que formaram o escore de conhecimento, percebe-se a escassa informação da população sobre este tema. Na França<sup>17</sup>, em um estudo com baixa taxa de resposta, 30,0% das mulheres desconheciam o procedimento após esquecer de tomar um comprimido do anticoncepcional oral. Neste estudo o desconhecimento foi ainda maior. O conhecimento sobre a adequação de uso deste método foi consistente com estudos realizados em Pelotas<sup>5</sup> e São Paulo<sup>13</sup>, que indicaram, respectivamente, 22,2% e 40,0% de uso inadequado para as usuárias de anticoncepcional oral, mostrando a escassa percepção dessas mulheres sobre a indicação de uso deste método.

Não obstante as campanhas educativas em relação ao uso do preservativo masculino, ainda é insuficiente o conhecimento sobre sua cor-

reta utilização para maior efetividade. Estudo realizado com estudantes adolescentes no Paraná<sup>11</sup> aponta que 37,0% reconhecem a vantagem profilática do preservativo masculino, sendo esta prevalência menor do que a encontrada nesta pesquisa.

Em um estudo de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais em mulheres esterilizadas, cerca de um terço discordou ou não sabia da dificuldade da reversão da esterilização feminina<sup>7</sup>. A dificuldade de reversão dessa cirurgia, no presente estudo, não foi percebida por metade da amostra, situação que sugere a grande falta de informação sobre este método e pode levar ao arrependimento em mulheres que se esterilizam sem este conhecimento prévio.

No tocante a aspectos fisiológicos do ciclo menstrual, mais da metade das mulheres desconhece o início do ciclo; este resultado é consistente com Pascotto & Sant'Ana<sup>11</sup> e pode provocar o uso incorreto do anticoncepcional oral. O desconhecimento sobre período fértil do ciclo menstrual nesta pesquisa concorda com outros estudos sobre este tema<sup>10,11,26,27</sup> e compromete o uso correto do método de abstinência periódica.

Analisando o escore de conhecimento, observa-se que as mulheres apresentaram uma média de escore superior aos homens. Este achado pode ser atribuído ao fato de que a maioria dos métodos anticoncepcionais depende apenas da participação feminina, sendo comum o entendimento de que só a mulher é responsável pela anticoncepção<sup>2</sup>, ficando a participação masculina restrita normalmente a impossibilidade de a mulher de usar algum método contraceptivo<sup>20</sup>. Um estudo multicêntrico, realizado em quatro países da África e um da América Central, mostrou, na maioria dos países da amostra, nível de conhecimento similar sobre a indicação do uso do preservativo masculino e período fértil do ciclo menstrual<sup>27</sup>. Este resultado diferente pode ser justificado por especificidades culturais daqueles países.

O aumento da idade esteve associado à diminuição do escore de conhecimento entre os homens. Entre as mulheres, houve um aumento linear significativo com a idade; entretanto, a partir dos quarenta anos apresentam um leve decréscimo em direção às faixas etárias mais elevadas. Resultado semelhante foi encontrado em estudo que detectou um escore de conhecimento maior para as mulheres de 30 a 39 anos quando comparadas às da faixa etária de 40 a 49 anos, embora este resultado não tenha sido estatisticamente significativo<sup>6</sup>. O declínio do escore de conhecimento, conforme aumenta a idade nos homens, e o baixo escore de conhe-

cimento das mulheres acima de quarenta anos pode estar relacionado às mudanças importantes na saúde reprodutiva nas duas últimas décadas<sup>1</sup>. Este efeito pode ser explicado pelo aumento da utilização de métodos anticoncepcionais incluindo os de participação masculina, especialmente vasectomia e preservativo masculino<sup>1,20</sup>. A epidemia da AIDS provocou a disseminação de discussões sobre sexualidade, prevenção de DST e contracepção, tendo um impacto marcante na utilização de anticoncepcionais. Tais aspectos estão intimamente relacionados ao aumento do conhecimento<sup>28</sup>.

Entre as mulheres que vivem com companheiro o escore de conhecimento foi maior quando comparadas àquelas sem companheiro, contrariando o resultado de outro estudo em que não ocorreu associação entre situação conjugal e conhecimento<sup>6</sup>. A associação encontrada neste estudo é plausível, uma vez que mulheres que vivem com companheiro são, em geral, mais expostas à atividade sexual e, por esta razão, expostas também à prática da anticoncepção.

A escolaridade esteve diretamente associada ao escore de conhecimento em homens e mulheres, ou seja, quanto maior a escolaridade do indivíduo, mais elevado é o escore. O efeito da escolaridade sobre o escore de conhecimento encontrado neste estudo é sustentado por várias pesquisas, mesmo aquelas que apenas avaliaram o conhecimento geral sobre algum método<sup>6,13,21</sup>. Um destes estudos<sup>21</sup> foi realizado nos Estados Unidos em 2002 e observou que quanto menor a escolaridade, maior o uso incorreto do anticoncepcional oral e do preservativo masculino, levando à falha destes métodos e, por conseguinte, aumentando a probabilidade de uma gravidez indesejada. Em São Paulo, Hardy et al.<sup>13</sup> observaram uma relação inversa entre a percentagem de mulheres com risco para o uso do anticoncepcional oral e a escolaridade da mulher.

O estudo mostrou que mulheres com nível econômico mais alto apresentam um maior escore de conhecimento, o que é consistente com o estudo de Espejo et al.<sup>6</sup>. Este resultado evidencia a relação de fatores sócio-econômicos com o acesso à informação sobre anticoncepção, apontada também pela escolaridade.

Mulheres católicas ou evangélicas apresentaram um menor escore de conhecimento. Uma explicação para este achado é que as religiões não aprovam o uso de contraceptivos e a utilização de métodos possui uma relação estreita com o conhecimento<sup>12</sup>.

Gravidez indesejada demonstrou associação significativa com um maior escore de conhecimento somente para os homens. Não foi encontrado outro estudo investigando tal associação.

Este resultado pode indicar que os homens procuram informação sobre anticoncepção após vivenciarem uma situação de gravidez não desejada, ou de outro modo, procuram tomar para si a responsabilidade de evitar uma nova gravidez. Todavia, a pergunta sobre gravidez indesejada, ainda que apresente boa reprodutibilidade indicada pelo kappa, aborda um assunto íntimo e pode ter sido afetada por um viés de informação do entrevistado. Este viés pode subestimar a prevalência, tanto para homens quanto para mulheres.

Alguns estudos<sup>12,28</sup> salientam a utilização prévia de algum método anticoncepcional associada a um maior conhecimento. Este resultado é consistente com o presente estudo, em que a utilização de algum método anticoncepcional na vida esteve associada a um maior escore de conhecimento entre homens e mulheres. Uma possível limitação nesta abordagem, é que o número de métodos anticoncepcionais utilizados tenha sido afetado por viés de memória, visto que os indivíduos com maior conhecimento sobre anticoncepção podem lembrar melhor quais os métodos utilizados ao longo da vida. Homens podem não ter referido o método de anticoncepção do casal quando este era feminino, e as mulheres podem não ter referido a laqueadura por não considerá-la um método anticoncepcional. O elevado escore de conhecimento observado em outras combinações de métodos está de acordo com a presen-

ça, nesta categoria, de métodos menos utilizados e que exigem um maior conhecimento para a sua utilização.

Os resultados deste estudo revelam limitado conhecimento acerca dos métodos mais utilizados e sobre período fértil do ciclo menstrual, apontando uma importante limitação do PAISM no que se refere à promoção de informações adequadas sobre planejamento familiar<sup>2</sup>. A pesquisa também indica que o grupo populacional que necessita de ampliar seus conhecimentos sobre anticoncepção e, portanto, deve ser priorizado nas ações educativas a serem desenvolvidas pelo PAISM, é o segmento de baixo nível econômico e escolaridade. A escolaridade, por sua vez, deve ser considerada como um elemento importante no conhecimento sobre saúde reprodutiva, já que a baixa escolaridade pode levar a dificuldades na assimilação das informações recebidas, ao passo que a escolaridade maior melhora o acesso à informação, amplia a participação masculina na contracepção<sup>19,20</sup>, criando assim melhores condições para o casal fazer a escolha contraceptiva adequada e a sua correta utilização. Por fim, o estudo demonstra que os homens também carecem de informação sobre anticoncepção, e, desse modo, a inclusão masculina na abordagem do planejamento familiar poderia ser uma nova estratégia a fim de melhorar o desempenho deste programa.

## Resumo

*A prevalência de uso de anticoncepcional no Brasil é alta; porém, é freqüente seu uso incorreto e inadequado, sugerindo escasso conhecimento sobre os métodos. Assim, avaliou-se o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais mais utilizados por meio de um escore (0-10) e fatores associados a este conhecimento. Foi realizado um estudo transversal de base populacional, com 3.542 indivíduos de 15 anos ou mais, residentes na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul. A média de escore de conhecimento foi de 4,65 (dp = 2,07), sendo 5,02 (dp = 2,10) para as mulheres e 4,18 (dp = 1,92) para os homens. Menor idade, maior escolaridade, relato de gravidez indesejada e uso de método anticoncepcional exclusivo ou combinado ao longo da vida mostraram-se associados a um maior escore de conhecimento entre os homens, enquanto, para as mulheres, os determinantes de maior conhecimento foram maior idade, viver com companheiro, maior escolaridade, melhor nível econômico, não ter religião e uso de método anticoncepcional exclusivo ou combinado ao longo da vida. Apesar da alta prevalência de uso de anticoncepcional (75,3%), é limitado o conhecimento sobre os métodos mais utilizados, ciclo menstrual e período fértil.*

*Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Anticoncepção; Anticoncepcionais*

## Colaboradores

V. M. V. Paniz participou da revisão de literatura, elaboração do projeto, elaboração do instrumento de coleta de dados, definição da amostra e logística, treinamento das entrevistadoras, supervisão da coleta de dados, análise dos dados, redação final do artigo. A. G. Fassa contribuiu na elaboração do projeto e do instrumento de coleta de dados, na análise dos dados e na redação do artigo final. M. C. Silva colaborou na elaboração do projeto e do instrumento de coleta de dados, análise dos dados, redação do artigo final.

## Agradecimentos

Este trabalho contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

## Referências

1. Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro AL, Rodrigues Jr. AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:263-70.
2. Osis M. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 Suppl 1:25-32.
3. Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KC, Alvarenga AT, et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:377-84.
4. Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec; 1995.
5. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto MTA, Macedo S, Britto MAP, et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:93-9.
6. 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; 37:583-90.
7. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:440-8.
8. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 Suppl 1:59-68.
9. Bruno ZV, Souza MA, Teixeira LGM, Silva RB, Silva RB, Guanabara EM, et al. Sexualidade e anticoncepção na adolescência: conhecimento e atitude. *Reprod Clim* 1997; 12:137-40.
10. Costa JO, Carvalho MAB, Garrido AQ, Gouvêa CML, Alves DS, Bolwerk GA, et al. Sexualidade na adolescência: conhecimentos, atitudes e práticas dos estudantes de Barbacena, 2001. *Ginecol Obstet Atual* 2003; 12:12-7.
11. Risso-Pascotto C, Sant'Ana DMG. Avaliação dos conhecimentos sobre métodos contraceptivos entre alunos do 1º e 3º anos do ensino médio do Colégio Estadual de Umuarama – Ensino fundamental e médio – Umuarama (PR). *Arq Ciências Saúde UNIPAR* 1999; 3:143-51.
12. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:64-72.
13. Hardy EE, de Moraes TM, Faúndes A, Vera S, Pinotti JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Rev Saúde Pública* 1991; 25:96-102.
14. Moraes Filho OB, Albuquerque RM, Hardy EE. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. *Rev IMIP* 1997; 11:32-40.
15. Duarte GA. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 Suppl 1:125-30.
16. Espirito-Santo DC, Tavares-Neto J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:562-9.
17. Alouini S, Uzan M, Meningaud JP, Herve C. Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions, and means of prevention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104:43-8.
18. Forrest JD. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170 (5 Pt 2):1485-9.
19. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:23-31.
20. Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:207-16.
21. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34:294-303.
22. Osis MJD, Faúndes A, Souza MH, Bailey P. Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:521-32.
23. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; 2002.
24. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26:224-7.
25. Dias-da-Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:360-9.
26. Nichols D, Woods ET, Gates DS, Sherman J. Sexual behavior, contraceptive practice, and reproductive health among Liberian adolescents. *Stud Fam Plann* 1987; 18:169-76.
27. Ezeh AC, Mboup G. Estimates and explanations of gender differentials in contraceptive prevalence rates. *Stud Fam Plann* 1997; 28:104-21.
28. Casterline JB, Sathar ZA, ul Haque M. Obstacles to contraceptive use in Pakistan: a study in Punjab. *Stud Fam Plann* 2001; 32:95-110.

---

Recebido em 01/Dez/2004

Versão final reapresentada em 19/Abr/2005

Aprovado em 09/Mai/2005