

Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo

Knowledge adequacy on contraceptives among women in Brazil

Ximena Espejo^a, Maria Alice Tsunehiro^b, Maria José Duarte Osis^c, Graciana Alves Duarte^c, Luis Bahamondese^d e Maria Helena de Sousa^c

^aUnidade de Reprodução Humana do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. ^bEscola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^cCentro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas. Campinas, SP, Brasil. ^dDepartamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, SP, Brasil

Descritores

Anticoncepção. Conhecimentos, atitudes e prática. Saúde da mulher, fatores socioeconômicos. Educação em saúde. Serviços de saúde para mulheres.

Keywords

Contraception. Knowledge, attitudes, practice. Women's health, socioeconomic factors. Health education. Women's health services.

Resumo

Objetivo

Realizou-se uma análise de dados secundários para avaliar a adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e sua associação com características socioeconômicas e demográficas.

Método

Foi estudada uma amostra de 472 mulheres da Cidade de Campinas, Estado de São Paulo. Aplicou-se o teste qui-quadrado para avaliar diferenças entre as variáveis, e realizou-se análise múltipla por regressão logística para identificar as variáveis independentes associadas à adequação do conhecimento (medida através de um escore).

Resultados

Pouco menos da metade das mulheres alcançou um escore de conhecimento dos métodos anticoncepcionais maior que seis, classificado como adequado. A maior escolaridade e a melhor classificação de estrato socioeconômico associaram-se a um maior escore de conhecimento.

Conclusão

Os resultados apontam a necessidade de maiores investimentos na educação das mulheres de modo geral e, especificamente, quanto à contracepção. Ao mesmo tempo, é necessário que os profissionais que trabalham nos serviços públicos de saúde estejam capacitados para proverem acesso aos métodos e à informação adequada sobre eles.

Abstract

Objective

An analysis of secondary data was carried out to evaluate the knowledge adequacy on contraceptives and its association with socioeconomic and demographic characteristics.

Methods

The sample consisted of 472 women from the city of Campinas, state of São Paulo, Brazil. Chi-square test was used to evaluate differences among variables and logistic regression was performed to identify independent variables associated with knowledge adequacy (evaluated through a score).

Correspondência para/ Correspondence to:

Ximena Espejo
Unidade de Reprodução Humana do CAISM -
Unicamp
Caixa Postal 6181
13084-971 Campinas, SP, Brasil
E-mail: mjosis@cemicamp.org.br

Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo (Fapesp - Processo n. 00/09987-2). Trabalho realizado no Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP). Campinas, SP, Brasil. Baseado em dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2001. Recebido em 4/11/2002. Aprovado em 6/5/2003.

Results

Of the total, 47.6% women reached a score higher than six, which was classified as an adequate knowledge on contraceptives. Higher schooling and better socioeconomic status were associated to higher scores of knowledge.

Conclusions

The results show that it is necessary to improve women's education in general, and on contraceptive methods specifically. In addition, professionals working in public health services should be capacitated to provide contraceptives as well as adequate information on contraceptive methods.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais (MAC) é alta, porém concentrada na esterilização tubária e na pílula anticoncepcional.² Com respeito ao conhecimento que as mulheres têm acerca de distintas opções contraceptivas, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)² de 1996 confirmou o que outros estudos¹⁸⁻²⁰ menos abrangentes já haviam apontado: em geral, quase todas as mulheres referiam conhecer pelo menos algum método anticoncepcional. A referência espontânea aos diversos métodos foi menor do que quando se perguntou específica e diretamente acerca de cada um, mas não houve mulheres que não mencionassem pelo menos um método como sendo conhecido. Os métodos mais referidos espontaneamente pelas mulheres foram a pílula anticoncepcional (87,4%), o preservativo (53,1%), métodos de abstinência periódica (34,8%) e o dispositivo intra-uterino - DIU (34%). Mediante estimulação, referiram-se principalmente à pílula (99,3%), ao preservativo (98,6%), à esterilização feminina (97,6%) e à abstinência periódica (88,5%).

A tendência de concentrar o uso de MAC na esterilização cirúrgica e na pílula anticoncepcional tem levado à discussão das possibilidades reais de opção das mulheres brasileiras por diferentes métodos anticoncepcionais. Um dos pontos sempre evidenciados é justamente o limitado conhecimento dos MAC, o que, certamente, restringe as opções. A opção por um método implica tanto o número de métodos oferecidos quanto a sua variedade, em termos das características intrínsecas de cada um. Desta forma, para que as pessoas, de fato, tenham opção, e possam escolher livremente, é relevante também a informação científica recebida e assimilada acerca dos MAC disponíveis. Incluem-se aí as contra-indicações gerais, as situações próprias da vida de cada indivíduo que poderiam levar a considerar determinados MAC como sendo mais ou menos adequados para essa pessoa, e, finalmente, o tipo de suporte que os serviços podem oferecer às pessoas que escolhem um método específico.⁴

Além disso, não se pode deixar de considerar as limitações da afirmativa das mulheres quanto ao conhecimento dos MAC. De forma geral, as perguntas acerca de conhecimento são bastante simplificadas, enfocando, de fato, se as mulheres já ouviram falar acerca de determinados MAC. Não engloba, portanto, aspectos mais específicos, como forma de uso e possíveis efeitos indesejados.¹⁶ Por exemplo, Hardy et al⁸ (1991) verificaram que usuárias de pílula anticoncepcional, que referiram apresentar contra-indicações para o uso do método, não as reconheciam como tais. Ou seja, pareciam, na verdade, não saber que o uso da pílula não lhes era recomendado. Vieira^{19,20} (1994, 1998), estudando mulheres da Região Metropolitana de São Paulo, verificou também uma defasagem entre a referência a conhecer os diferentes MAC e o conteúdo desse conhecimento. De modo semelhante, em Recife, Moraes Filho et al¹⁴ (1997) também apontaram que as mulheres pouco sabiam a respeito dos métodos a que se referiam espontaneamente como sendo conhecidos.

Por outro lado, na prática assistencial, tem se verificado que as mulheres, quando pretendem usar um método específico, chegam aos serviços de saúde com a decisão tomada e não se mostram receptivas a uma orientação ampla, completa, acerca de todas as alternativas de MAC disponíveis. Ao serem perguntadas sobre o porquê dessa preferência, é comum que elas refiram um dado conhecimento acerca do método preferido, que justifica a sua opção. Tal conhecimento, em geral, está baseado na experiência de pessoas significativas para as mulheres e/ou em informações que elas “ouviram falar”.^{10,12} Frequentemente, esse conhecimento não se revela adequado e, muitas vezes, implica na resistência em aceitar a possibilidade de opção por outro método, que não aquele preferido de antemão.⁷

Visando a auxiliar na descoberta de elementos que ajudem na elaboração de programas ou estratégias educativas que contribuam para que as mulheres possam fazer escolhas livres e informadas quanto à con-

tracção, realizou-se estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e a sua possível associação com as características socioeconômicas e demográficas.

MÉTODOS

O estudo consistiu em uma análise de dados secundários procedentes de uma pesquisa mais ampla realizada na Cidade de Campinas, SP, em 1996.* A pesquisa original foi um estudo descritivo e comparativo, cujo objetivo foi estudar como a condição de laqueada tem afetado a vida de mulheres, residentes no Município de Campinas, SP, operadas há pelo menos cinco anos, e as possíveis correlações entre as circunstâncias em que foi realizada a ligadura tubária e a forma como ela afetou a vida da mulher.

Foram entrevistadas 472 mulheres que residiam em Campinas, com idade entre 30 e 49 anos. As participantes foram alocadas em dois grupos: mulheres que haviam feito laqueadura tubária há pelo menos cinco anos (grupo de estudo) e mulheres não laqueadas (grupo de comparação). A amostragem foi feita por conglomerados, sorteando-se 100 setores censitários do município de Campinas em que, segundo dados do Censo 91, a renda média era, no máximo, de 8,1 salários-mínimos. Esses setores foram percorridos por entrevistadoras especialmente treinadas para a pesquisa, que receberam um mapa de cada setor em que deviam trabalhar, e utilizaram uma ficha especialmente desenhada para registrar todos os endereços encontrados no percurso e todas as mulheres de 30 a 49 anos de idade moradoras no setor.

Cada setor era percorrido a partir de uma esquina sorteada previamente, até que se completasse a seleção e entrevista de dois ou três pares de mulheres elegíveis (uma laqueada e outra não laqueada), conforme o tamanho do setor. Ao identificar uma mulher elegível para o estudo, a entrevistadora solicitava autorização para aplicar-lhe um "check-list". A seleção das mulheres para o estudo respeitou a ordem com que foram identificadas. Desta forma, sempre que uma mulher elegível não estava em casa, a entrevistadora retornava à casa dela e/ou tentava fazer contato (por carta ou telefone), por pelo menos três vezes, em dias e horários diferentes. As mulheres que nunca se conseguiu contactar, apesar dessas três tentativas, foram consideradas como "perdidas" para o estudo.

Obedecidas às diretrizes acima explicitadas, em cada setor, a primeira mulher selecionada foi a primeira

laqueada que cumpriu os critérios de inclusão, a partir da qual se selecionaram as demais a serem entrevistadas. Para cada laqueada entrevistada, selecionava-se a primeira não laqueada identificada na seqüência do percurso, que tinha não mais de dois anos de diferença de idade em relação à mulher esterilizada.

Para coletar os dados, foi utilizado questionário estruturado e pré-testado, constituído por perguntas cujas respostas eram pré-codificadas. Visando ao controle de qualidade da coleta de dados, uma vez por semana, cada entrevistadora era acompanhada por uma supervisora que avaliava a qualidade de seu trabalho, bem como reforçava o treinamento recebido. Além disso, periodicamente, eram sorteadas mulheres que haviam sido entrevistadas para serem visitadas pela supervisora. Essa supervisora fazia perguntas sobre a maneira como tinham sido abordadas pelas entrevistadoras, e conferia com elas o questionário preenchido.

Para o presente trabalho, o tamanho da amostra foi calculado em 383 mulheres. Esse cálculo foi baseado em uma proporção de 52,3% de conhecimento do método Norplant, estimado na população,¹⁵ com uma diferença de cinco pontos percentuais entre a proporção populacional e amostral (diferença absoluta) e com erro tipo I (α) de 5%. Dentre os diversos MAC, escolheu-se o Norplant para o cálculo porque foi o que resultou em maior tamanho de amostra, dado que a proporção estimada de seu conhecimento foi a que mais se aproximou de 50%. Dada a disponibilidade de haver 472 entrevistas realizadas para a pesquisa original,** no presente estudo são analisadas as informações pertinentes de todas essas mulheres entrevistadas.

Foram estudadas as seguintes variáveis:

Variáveis dependentes

Adequação do conhecimento sobre MAC: avaliada através do escore de conhecimento, com ponto de corte pela mediana (até 6:0/ >6:1).

Este escore foi preparado a partir de respostas às seguintes afirmativas, que receberam uma pontuação específica, sendo a maior atribuída à resposta correta:

- A mulher que não pode tomar pílula deve fazer laqueadura.
concordo =0; discordo =2; mais ou menos =0.
- Quando uma mulher usa o DIU e fica grávida, o

*Pesquisa desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, SP, intitulada "Estudo comparativo sobre as conseqüências da laqueadura na vida das mulheres", em 1996.

**Para mais detalhes acerca dos procedimentos metodológicos, deve ser consultado o trabalho de Osis et al,¹⁶ (1999).

- bebê nasce com o DIU grudado nele.
concordo =0; discordo =2; mais ou menos =0.
- c) O homem que faz vasectomia (operação do homem para não ter mais filhos) pode perder a potência.
concordo =0; discordo =2; mais ou menos =0.
- d) Não existe um método para evitar filhos perfeito, para cada pessoa tem um método que é o melhor.
concordo =2; discordo =0; mais ou menos =0.
- e) Existem muitos métodos para evitar filhos que não fazem mal à saúde e que não falham.
concordo =0; discordo =2; mais ou menos =1.
- f) A mulher que faz laqueadura pode ficar grávida se fizer cirurgia para desfazer a laqueadura (ou desamarrar).
concordo =2; discordo =0; mais ou menos =1.
Escore mínimo =0; máximo =12; mediana =6.

Variáveis predictoras

- Idade da mulher (anos)
- Escolaridade (até quarta série: 0/ quinta série ou mais: 1)
- Cor/ raça (branca: 1/ outra: 0)
- Número de filhos vivos (até 2:0/ 3 ou mais: 1)
- Idade quando a mulher teve o primeiro filho (anos)
- Religião (católica: 1/ outra: 0)
- Mulher trabalha (sim: 1/ não: 0)
- Renda familiar (até R\$1440,00:0/ >R\$1440,00:1)
- Estrato socioeconômico (classes C, D e E:0/ A e B:1), conforme classificação da Associação Brasileira de Anunciantes e Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado – ABA/ ABIPEME.¹
- Estado marital (com companheiro: 1/ sem companheiro: 0)*
- Tempo de convivência com o companheiro (até 19 anos: 0/ >19 anos: 1)**
- Escolaridade do companheiro (até 8ª série: 0/ 2º grau ou mais: 1)**
- Companheiro trabalha (sim: 1/ não: 0)**
- Renda do companheiro (até R\$ 1.440,00:0/ >R\$ 1.440,00:1)**

Para o processamento dos dados foi empregado o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSSPC for windows 6.0). Primeiramente, estruturou-se um banco de dados com todas as entrevistadas na pesquisa original. Foram obtidas as frequências das variáveis em estudo e preparadas tabelas, tendo em vista a consecução dos objetivos propostos.

O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar as diferenças entre as variáveis; realizou-se análise múltipla por regressão logística para identificar as variá-

veis independentes associadas à adequação do conhecimento acerca dos métodos anticoncepcionais. Foi desenvolvido um modelo geral, em que se incluíram todas as mulheres, e outro específico, apenas com as que tinham companheiro por ocasião da entrevista.

O projeto de pesquisa que deu origem a este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Quase todas as mulheres entrevistadas (95,1%) referiram espontaneamente conhecer a pílula, 72% mencionaram o preservativo, e 60,6% o DIU. Pouco mais de um terço das entrevistadas referiu-se à laqueadura, enquanto apenas 8,5% mencionaram a vasectomia (Tabela 1).

Quando se considerou o escore de conhecimento obtido pelas entrevistadas, observou-se que pouco menos da metade (47,6%) alcançara um escore maior que seis, classificado como adequado (Tabela 2).

A percentagem de mulheres com escore de conhecimento sobre MAC superior a seis foi significativamente maior entre as entrevistadas com escolaridade além da quarta série do ensino fundamental do que entre as que tinham escolaridade inferior. Também

Tabela 1 – Percentagem de mulheres que referiram espontaneamente os diversos métodos anticoncepcionais.

Métodos	Resposta espontânea
Pílula	95,1
Preservativo	72,0
DIU	60,6
Laqueadura	36,4
Tabela	35,6
Injeção	16,9
Diafragma	11,9
Coito interrompido	10,2
Vasectomia	8,5
Outros	7,0
Total de mulheres	472

Tabela 2 - Distribuição das mulheres, segundo adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais.

Conhecimento	%
Adequado (escore >6)	47,6
Inadequado (escore ≤6)	52,4
Total de mulheres*	454

*Faltaram informações de sete mulheres (inférteis); foram excluídas 11 mulheres que disseram não conhecer o DIU e/ou a vasectomia, mas responderam às questões específicas sobre esses métodos.

*Para os modelos específicos, essa variável passa a ser constante e, portanto, excluída da análise.

**Essas variáveis foram incluídas apenas nos modelos específicos para mulheres com companheiro.

foi significativamente maior a proporção de mulheres com escore acima de seis entre as que tinham até dois filhos, comparadas às entrevistadas com maior número de filhos. Quase 60% das mulheres que tiveram o primeiro filho com 25 ou mais anos de idade apresentaram escore de conhecimento sobre MAC superior a seis, em comparação com pouco mais de 40% das que eram mais jovens por ocasião do nascimento desse filho (Tabela 3).

Um escore superior de conhecimento dos MAC (acima de seis) também esteve associado à maior renda individual das mulheres, à maior renda familiar e a pertencer aos estratos socioeconômicos A e B (Tabela 4).

O maior número de filhos vivos (três ou mais) esteve inversamente associado ao escore de conhecimento sobre MAC acima de seis, enquanto o estrato socioeconômico (A, B/C, D, E) apresentou associação direta com esse escore. Finalmente, quando se desen-

Tabela 3 - Percentagem de mulheres com escore de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais superior a seis,* segundo variáveis sociodemográficas.

Variável	Escore>6	N	p
Idade (anos) (a)			ns
30-39	48,3	145	
40-49	47,2	309	
Escolaridade (a)			**
Até 4ª série	32,9	164	
>4ª série	55,9	290	
Cor/ raça (b)			ns
Branca	49,7	330	
Outra	42,3	123	
Estado marital (a)			ns
Sem companheiro	47,8	92	
Com companheiro	47,5	362	
Filhos vivos (a)			**
Até 2	57,1	254	
>2	35,5	200	
Idade ao nascer o primeiro filho (anos) (c)			**
Até 24	42,7	293	
>24	58,3	120	
Religião (a)			ns
Católica	47,0	330	
Outra	49,2	124	

*Corte pela mediana.

**p<0,01; Teste qui-quadrado de Yates.

ns: Não significativo em nível $\alpha=0,05$.

(a) Excluídas 18 mulheres.

(b) Excluídas 19 mulheres.

(c) 39 mulheres nunca engravidaram; cinco não tiveram filho vivo; faltaram informações de seis; excluídas outras nove mulheres.

volveu um modelo específico de regressão (só mulheres que tinham companheiro) para o escore de conhecimento de MAC acima de seis, o número de filhos manteve-se associado de forma indireta, enquanto o estrato socioeconômico A ou B persistiu na associação direta. Além disso, o tempo de convivência maior que 19 anos e a escolaridade superior à quarta série também mostraram-se associados a um escore adequado de conhecimento dos MAC (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados permitiram perceber que o conhecimento que as mulheres entrevistadas tinham acerca dos diversos métodos anticoncepcionais era limitado e, em geral, estava associado a variáveis socioeconômicas.

A referência espontânea aos diversos métodos confirmou o que já se tem observado em outros estudos^{17,19,20} e na PNDS de 1996:² em geral, todas as mulheres dizem conhecer pelo menos algum método. Essa referência é quase total quanto aos hormonais, especialmente em função da popularidade da pílula anticoncepcional, e tende a diminuir bastante para outros métodos. Comparando os resultados do presente estu-

Tabela 4 - Percentagem de mulheres com escore de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais superior a seis* segundo variáveis socioeconômicas.

Variável	Escore>6	N	p
Mulher trabalha (a)			ns
Sim	51,8	249	
Não	42,4	205	
Renda da mulher (em R\$) (d)			**
Até 240	40,9	254	
>240	55,0	189	
Renda familiar (em R\$) (e)			**
Até 1.440	40,3	216	
>1.440	60,8	166	
Classificação socioeconômica (Abipeme) (f)			**
Classes C,D,E	38,9	303	
Classes A,B	65,3	147	

*Corte pela mediana.

**p<0,01; Teste qui-quadrado de Yates.

ns: Não significativo em nível $\alpha=0,05$.

(a) Excluídas 18 mulheres.

(d) Excluídas 29 mulheres.

(e) Excluídas 90 mulheres.

(f) Excluídas 22 mulheres.

Tabela 5 - Fatores associados ao escore de conhecimento sobre métodos anticoncepcionais para os modelos geral* (todas as mulheres) e específico** (somente mulheres que tinham companheiro).

Modelo	Coef.	E.P. coef.	p
Geral			
Número de filhos vivos (≥ 3)	-0,87	0,18	<0,01
Estrato socioeconômico (A,B)	0,99	0,21	<0,01
Específico			
Número filhos vivos (≥ 3)	-0,94	0,23	<0,01
Estrato socioeconômico (A,B)	0,93	0,30	<0,01
Tempo de convivência com o companheiro (>19 anos)	-0,64	0,25	<0,05
Escolaridade (5ª série ou mais)	0,55	0,23	<0,05

*Modelo geral: N=350.

**Modelo específico: N=286.

do com os dados populacionais para São Paulo da PNDS de 1996,² enfocando mulheres na mesma faixa etária estudada (30-49 anos), em geral, observam-se percentagens semelhantes de conhecimento espontâneo dos distintos MAC. Porém, chama a atenção que, nesta pesquisa, observou-se uma maior proporção de referência espontânea ao DIU e à esterilização feminina do que na PNDS: 60,6% das entrevistadas mencionaram espontaneamente o DIU como MAC conhecido, comparadas a 43,3% na PNDS; e 36,4% das participantes deste estudo referiram-se à esterilização feminina, comparadas a 17,3% da PNDS.

A respeito do DIU, confirma-se o que já se observou em outros estudos realizados em Campinas e região,^{9,18} nos quais se detectou uma percentagem de conhecimento e uso maiores do que em outras cidades e/ou regiões. Isto faz supor que a população dessa região tem acesso mais facilitado à informação e ao próprio método, provavelmente pela presença de um Ambulatório de Planejamento Familiar universitário que vem oferecendo todos os MAC disponíveis no país nos últimos 25 anos. Além disso, ministra ação educativa diária à população que o demanda, sem restrições, com um volume de atendimentos bastante significativo.

Quanto à esterilização feminina, a maior proporção de referência espontânea observada na presente pesquisa deve-se, provavelmente, ao fato de que metade da amostra da pesquisa original, propositadamente, era constituída de mulheres que haviam feito laqueadura, naturalmente mais lembradas desse método. Por outro lado, por essa mesma razão, surpreende a baixa referência aos métodos definitivos. Uma possível explicação para isso é que, com frequência, as pessoas não reconhecem espontaneamente a laqueadura e a vasectomia como métodos. Isto porque são vistas como cirurgias, que “não se usam” e que interrompem definitivamente a possibilidade de procriação, enquanto as outras formas de anticoncepção são vistas como temporárias, para espaçar nascimentos.

A propósito do conhecimento acerca da laqueadura, não se pode deixar de registrar e esclarecer uma limitação do presente estudo. Primeiramente, é preciso lembrar que o estudo original foi desenhado com objetivos distintos desta análise secundária, o que implicou que metade da amostra estivesse constituída por mulheres esterilizadas cirurgicamente há pelo menos cinco anos. Não se pode saber com certeza de que maneira isto se refletiu nos presentes resultados, na medida em que as mulheres que fazem laqueadura tendem a referir conhecer, bem como terem experimentado, uma menor variedade de MAC.¹⁸ Entretanto, o estudo original¹⁶ indicou que as mulheres laqueadas não se diferenciavam das demais quanto ao

escore de conhecimento, mas um maior número de pontos nesse escore estava significativamente associado a terem optado pela laqueadura.

Quanto à adequação do conhecimento acerca dos métodos em geral, observou-se que muitas entrevistadas diziam conhecer vários MAC, mas pouco sabiam sobre os mesmos, ou revelaram conceitos errôneos acerca deles. De modo geral, os estudos disponíveis referem-se ao conhecimento de métodos em termos de “ouvir falar”. Logo, não chegam a avaliar a qualidade da informação que as pessoas dizem possuir acerca de cada método.¹⁶ Entre as poucas exceções, Vieira,²⁰ ao trabalhar com um índice de conhecimento dos MAC, verificou que ele era baixo para 24% das mulheres, médio para 40% e podia ser classificado como acima da média para 36% das suas entrevistadas. Semelhantemente, Moraes Filho et al,¹⁴ em Recife, também detectaram um baixo escore de conhecimento acerca dos MAC aos quais as mulheres se referiam espontaneamente. Essa situação foi confirmada nos resultados aqui apresentados. É importante, aliás, destacar que as frases que foram submetidas à apreciação das mulheres para testar seu conhecimento acerca dos MAC eram bastante simples e exigiam o mínimo de informações sobre eles.

Essa inadequação de conhecimentos é um dos aspectos que contribuem para explicar as características da prevalência de MAC no Brasil concentrada em pílula e laqueadura. Na medida em que as mulheres não têm conhecimento adequado dos métodos, acabam criando mitos, como o da infalibilidade da esterilização cirúrgica. Mantêm, ainda, preconceitos acerca de outras alternativas, como a idéia de que, no caso de falha do método, o bebê nasceria com o DIU grudado nele.

Porém, apesar do conhecimento sobre os MAC ter sido investigado de forma mais específica no estudo que deu origem ao presente trabalho, há ainda uma limitação quanto a esse aspecto. Em função dos objetivos do estudo original, essa investigação não foi exaustiva, embora tenha sido bastante consistente. Na definição do conteúdo das frases submetidas à apreciação das mulheres, optou-se por um menor número de frases, com menor grau de complexidade. Desta maneira, quando se fala na adequação do conhecimento sobre os MAC, não se pretende dar conta de todos os métodos, mas se utiliza o escore como um indicador. Uma possibilidade, portanto, é que, na realidade, a adequação desse conhecimento pode ser ainda menor do que se aponta neste estudo.

De modo geral, os resultados aqui discutidos chamam a atenção para a falta de conhecimento adequado das mulheres entrevistadas acerca dos MAC em geral.

Evidenciam também a associação dessa condição com variáveis socioeconômicas relacionadas ao acesso às informações necessárias para adquirir tal conhecimento. Reafirma-se a relevância da escolaridade, já apontada por outros autores,^{10,13,20} e do estrato socioeconômico,^{2,13} indicando que as pessoas que desfrutam de melhores condições de vida têm maior acesso à informação sobre anticoncepção, bem como revelam uma atitude ativa de busca dessas informações visando ao planejamento familiar. Esse último aspecto parece confirmar-se com a associação do menor número de filhos ao maior escore de conhecimento de MAC. Além disso, a associação indireta entre esse escore e o tempo de união também parece apontar para uma atitude diferenciada das mulheres com menor tempo de convivência. Nesse caso, elas estariam, talvez, iniciando seu projeto reprodutivo, razão pela qual estariam buscando de forma mais ativa – procurando informações sobre MAC – postergar a maternidade.

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

Mesmo quando se analisam situações em que os serviços de planejamento familiar procuram atender às recomendações quanto à qualidade das informações prestadas, ainda se verificam deficiências do ponto de vista das usuárias. Muitas referem não ter recebido informações, ou que não foram bem comunicadas a ponto de serem assimiladas. Por exemplo, Leon et al¹¹ relatam que, em determinada cidade do Peru, 25% dos clientes que haviam passado por consulta em serviços de planejamento familiar relataram que não lhes havia sido dito que a dor de cabeça era um dos efeitos secundários do uso da pílula anticoncepcional.

Outro aspecto crítico das ações educativas em planejamento familiar refere-se à necessária compatibilidade entre informação e disponibilidade de tecnologia contraceptiva. Para que a escolha da pessoa possa ser, de fato, livre, é necessário que ela tenha acesso a qualquer um dos métodos sobre os quais recebeu informação. Entretanto, não é isto que costuma ocorrer na maior parte dos serviços públicos de planejamento familiar.^{8,17} O mais comum é que os serviços disponham de algumas alternativas contraceptivas, de maneira que, mesmo que a ação educativa refira-se a toda a gama de MAC, a pessoa não pode ter acesso livremente a qualquer um dos métodos. Por exemplo, um estudo realizado pela Comissão de Cidadania e Reprodução,⁵ na Região Metropolitana de São Paulo, detectou que,

dentre os 23 serviços públicos visitados que ofereciam planejamento familiar, proporções significativas não dispunham das alternativas contraceptivas que deveriam estar à disposição de quem passasse pela ação educativa. Em cerca da metade faltavam o DIU e/ou o diafragma; em mais de um terço (35%) não havia a pílula; 39% não dispunham de preservativos em estoque e três quartos (74%) não tinham injetáveis.

Pode-se dizer que o presente estudo aponta para duas direções fundamentais, no intuito de buscar soluções aos problemas levantados na área da contracepção. Por um lado, fica evidente, como já enfatizado em outros trabalhos que abordaram a questão,^{12,15} a necessidade de investimento na educação da população. Não apenas no sentido da escolaridade formal, mas também, e principalmente, visando à formação do cidadão. O indivíduo deve ser educado no sentido de torná-lo capaz de identificar e lutar por seus direitos, entre os quais o acesso à informação necessária para a anticoncepção. É um direito que consta, inclusive, da Constituição Federal.³

Por outro lado, os resultados indicam a necessidade de se atuar na esfera dos serviços públicos de saúde que desenvolvem ações de planejamento familiar, no sentido de prover continuamente a capacitação técnica e os insumos adequados às necessidades da população. Há que se reconhecer que, nas duas últimas décadas, desde o anúncio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o Estado brasileiro tem procurado investir nessa área, visando a assegurar suprimento adequado de métodos anticoncepcionais. Vem aumentando também o número de ações em planejamento familiar pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como, por exemplo, a inserção de DIU. Porém, ainda persistem graves deficiências, tanto na qualidade da atenção quanto no acesso aos diferentes métodos anticoncepcionais.⁶

Requer-se, portanto, não somente vontade política de continuar investindo nessa área, mas também o desenvolvimento de mecanismos de acompanhamento de tais investimentos. As ações desenvolvidas, mediadas pelos diversos serviços de saúde, devem ser continuamente avaliadas quanto à sua eficácia junto à população-alvo. Essa avaliação deve basear-se na perspectiva dos profissionais que estão na ponta do sistema de saúde, atendendo a população, bem como dos usuários e potenciais usuários desses serviços. Na prática, isso equivale a uma tentativa, embora limitada por fatores estruturais, de se promover uma gestão participativa dos recursos destinados ao planejamento familiar, fundamentada num atendimento mais adequado à demanda por informação e acesso aos meios de regulação da fecundidade.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PM, Wckerhauser H. *O critério ABA/ABIPEME: em busca de uma atualização*. São Paulo: Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) / Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME); 1991.
2. [BEMFAM] Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM/MACRO; 1997.
3. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1988. p. 113-5. Cap. VII. Da família, da criança, do adolescente e do idoso.
4. Bruce J. *Fundamental elements of the quality of care: a simple framework*. New York: Population Council; 1989. (Working papers, 1).
5. [CCR] Comissão de Cidadania e Reprodução. *Norma da esterilização cirúrgica fica no papel* [on-line]. Disponível em http://www.ccr.org.br/html/body_pesquisa.html [2000 maio 3].
6. Díaz M, Díaz J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças In: Galvão L, Díaz J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 209-33.
7. Espejo Arce X. Variáveis associadas ao conhecimento de métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas. São Paulo [dissertação de mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
8. Hardy E, Moraes TM, Faúndes A, Vera S, Pinotti JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Rev Saúde Pública* 1991;25:96-102.
9. Hardy E, Osis MJD, Alves G, Costa RG, Rodrigues T, Moraes TM. *Reavaliação do programa de assistência integral à saúde da mulher no Estado de São Paulo*. Campinas: Cemicamp; 1995. (Relatório, 1).
10. Hoga LAK. *À mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho*. São Paulo: Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher- Escola de Enfermagem da USP; 1996.
11. Leon FR, Monge R, Zimaran A, Garcia I, Rios A. Length of counseling sessions and the amount of relevant information exchanged: a study in Peruvian clinics. *Int Fam Plann Perspect* 2001;27:28-33; 46.
12. Marchi NM. *Vasectomia: razões da opção de casais pelo método* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
13. Martine G. Brazil's fertility decline, 1965-1995: a fresh look at key factors. *Popul Dev Rev* 1996;22:47-75.
14. Moraes Filho OB, Albuquerque RM, Hardy E. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. *Rev IMIP* 1997;11:32-40.
15. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev Saúde Pública* 1996;30:444-51.
16. Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Bailey P. Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública* 1999;15:463-76.
17. Pinotti JA, Petta CA, Pastene L, Faúndes A. Avaliação da adequação de uso de anticoncepcionais orais pela população feminina do Estado de São Paulo. *Rev Ginecol Obstet* 1990;1:110-6.
18. Vianna AS, Osis MJD, Cecatti JG. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais em uma coorte de mulheres de Campinas, São Paulo, Brasil. In: *Anais da 15ª Reunião da Associação Latino-Americana de Investigadores em Reprodução Humana; 1997, Cuzco-Peru*. p. 144.
19. 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.
20. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1998;14 Supl 1:59-68.