



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EMMANUEL CALISTO DA COSTA BRITO

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE
PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO
ANTES E DEPOIS.**

Palmas, TO

2023

EMMANUEL CALISTO DA COSTA BRITO

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE
PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO
ANTES E DEPOIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (UFT), como requisito à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dr.^a Danielle Rosa Evangelista.

Coorientadora: Dr.^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Palmas, TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

B862i Brito, Emmanuel Calisto da Costa.

Intervenção educativa sobre minipílula exclusiva de progestógeno no conhecimento de gestantes : estudo antes e depois. / Emmanuel Calisto da Costa Brito. – Palmas, TO, 2023.

90 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2023.

Orientadora : Danielle Rosa Evangelista

Coorientadora : Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

1. Educação em saúde. 2. Anticoncepcionais. 3. Estudos controlados antes e depois. 4. Saúde da mulher. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

EMMANUEL CALISTO DA COSTA BRITO

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO ANTES E DEPOIS

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Danielle Rosa Evangelista.

Aprovada em: 26/04/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Danielle Rosa Evangelista
Orientadora
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Profa. Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral
Coorientadora
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Profa. Dra. Camila Fonseca Bezerra
Examinadora Externa
Instituição: UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI – URCA

Profa. Dra. Poliana Guerino Marson
Examinadora Interna
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT

Dedico esta obra primeiramente à Deus, que em seu infinito amor, me proporciona intelecto e vigor para perseguir meus sonhos. Sou grato a meu pai Beltrão, por ter me ensinado a ser forte, apegado ao trabalho e honesto, à minha mãe Sebastiana, que me inspira com sua doçura e amor às pessoas. Agradeço a minha sábia e amada esposa Jamires Pinto, que ao compartilhar a vida comigo, me mostra o quão lindo é amar e ser amado. Gratidão à minha professora Danielle, mulher forte, inteligente, que me ensinou que ciência e docência são missões prazerosas.

RESUMO

O planejamento reprodutivo é uma estratégia difundida em todo mundo, com foco na promoção de cuidado voltado à concepção e contracepção. A contracepção envolve garantir escolha e manejo adequados do método contraceptivo, sendo desenvolvido por profissionais em diferentes âmbitos assistenciais. Para uma escolha esclarecida, ferramentas de apoio à educação em saúde são importantes. O objetivo da pesquisa foi avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre pílulas exclusivas de progestógenos no conhecimento de gestantes. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo antes e depois, com aplicação de intervenção educativa individual junto às participantes e questionários de identificação e avaliação do conhecimento antes e depois da intervenção, desenvolvido entre abril de 2021 e abril de 2023, na Rede de Atenção Básica do Município de Palmas - TO. A população participante da pesquisa foi composta por mulheres gestantes e a coleta de dados foi desenvolvida por meio de quatro fases: Mapeamento e escolha das participantes através de análise do prontuário; aplicação individual do questionário socioeconômico e reprodutivo e Questionário de Avaliação do Conhecimento antes da intervenção; Intervenção Educativa Individual com auxílio de material educativo; e Aplicação do Questionário de Avaliação do Conhecimento nas participantes depois. A análise quantitativa foi realizada por meio do *software* estatístico SPSS validado para pesquisas em saúde, avaliando-se variáveis categóricas e numéricas. A variável desfecho é nível de conhecimento, analisado de forma categórica, nominal dicotômica. A comparação das variáveis antes e depois se deu aplicando-se o teste McNemar. O projeto respeitou os princípios éticos conforme parecer nº 5.829.489 do comitê de ética. A idade média das participantes foi de $27,6 \pm 5,9$; a média da renda foi de R\$2709,42 \pm 2349,35; a maioria com ensino médio incompleto, 68(60,2%); 82(72,6%) mulheres se declararam brancas e 80 (72,1%) estavam em um relacionamento estável com parceria fixa. Na avaliação antes da intervenção 85 (74,6%) gestantes foram classificadas com conhecimento insatisfatório e na avaliação após a intervenção, 104 (93,7%) foram classificadas com conhecimento satisfatório. Após descrição do perfil socioeconômico e reprodutivo das mulheres gestantes, descobriu-se que não houve associação estatística entre estas características e o nível de conhecimento antes e depois sobre o objeto de estudo, entretanto, a partir da análise das variáveis pelo teste de McNemar, ficou evidente que o ganho de conhecimento das partícipes, está estatisticamente associado à intervenção educativa individual com a cartilha “Educando no pré-natal” ($p < 0,001$). Conclui-se que o material educativo contribuiu para o aumento do nível de conhecimento de gestante sobre a pílula.

Palavras-chave: Educação em saúde. Anticoncepcionais. Estudos controlados antes e depois. Saúde da mulher. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Reproductive planning is a widespread strategy worldwide, focused on the promotion of care focused on conception and contraception. Contraception involves ensuring the appropriate choice and management of the contraceptive method, and is developed by professionals in different areas of care. For an informed choice, tools to support health education are important. The aim of this research was to evaluate the effects of an educational intervention on progestin-only pills on the knowledge of pregnant women. This is a quantitative, before-and-after study, with application of individual educational intervention with the participants and questionnaires for identification and evaluation of knowledge before and after the intervention, developed between April 2021 and April 2023, in the Primary Care Network of the city of Palmas - TO. The population participating in the research was composed of pregnant women and data collection was developed through four phases: mapping and choice of participants through medical records analysis; individual application of socioeconomic and reproductive questionnaire and Knowledge Assessment Questionnaire before the intervention; Individual Educational Intervention with the aid of educational materials; and Application of the Knowledge Assessment Questionnaire in participants afterwards. Quantitative analysis was performed using statistical software validated for health research, evaluating categorical and numerical variables. The outcome variable is level of knowledge, analyzed in a categorical, nominal, dichotomous way. The comparison of variables before and after was done by applying the McNemar test. The project complied with ethical principles, according to protocol number 5.829.489 of the Ethics Committee. The mean age of the participants was 27.6 ± 5.9 ; the mean income was $R\$2709.42 \pm 2349.35$; most of them had incomplete high school education, 68 (60.2%); 82 (72.6%) women declared themselves white and 80 (72.1%) were in a stable relationship with a fixed partner. In the evaluation before the intervention 85 (74.6%) pregnant women were classified with unsatisfactory knowledge and in the evaluation after the intervention, 104 (93.7%) were classified with satisfactory knowledge. After describing the socioeconomic and reproductive profile of the pregnant women, it was found that there was no statistical association between these characteristics and the level of knowledge before and after on the object of study, however, from the analysis of the variables by the McNemar test, it was evident that the gain in knowledge of the participants, is statistically associated with the individual educational intervention with the booklet "Educating in prenatal care" ($p < 0.001$). It is concluded that the educational material contributed to the increase in the level of knowledge of pregnant women about the pill.

Keywords: Health education. Contraceptives. Before-and-after controlled studies. Women's health. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição do número e porcentagem (%) das mulheres gestantes que participaram da pesquisa sobre minipílula exclusiva de progestógeno, segundo o perfil socioeconômico. UBS 409 norte e 603 norte, da Estratégia de Saúde da Família, 2022. **33**
- Tabela 2** – Distribuição (%) das mulheres gestantes que participaram da pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno, segundo os dados ginecológicos e obstétricos. UBS 409 Norte e UBS 603 Norte da Estratégia Saúde da Família, 2022. **38**
- Tabela 3** – Distribuição (%) e teste qui-quadrado das mulheres gestantes que realizaram a pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno, segundo as características socioeconômicas, gineco-obstétricas e nível de conhecimento antes da intervenção educativa individual. UBS 409 Norte e 603 Norte, da Estratégia Saúde da Família 2022. **44**
- Tabela 4** – Distribuição (%) e teste qui-quadrado das mulheres gestantes que realizaram a pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno, segundo as características socioeconômicas, gineco-obstétricas e grau de conhecimento após a intervenção educativa individual. UBS 409 Norte e 603 Norte, da Estratégia Saúde da Família 2022. **46**
- Tabela 5** – Distribuição (%) e resultado do teste de McNemar das mulheres gestantes que realizaram a pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno segundo o grau de conhecimento antes e após a intervenção educativa individual. UBS 409 Norte e 603 Norte, da Estratégia Saúde da Família 2022. **49**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AOCs	Anticoncepcionais Combinados
BEMFAM	Sociedade De Bem-Estar Familiar
CEP	Comitê De Ética Em Pesquisa
CPAIMC	Centro De Pesquisa E Atenção Integrada À Mulher E À Criança
CPMI	Comissão Parlamentar De Inquérito
DECS	Descritores Em Ciências Da Saúde
DIEESE	Departamento Intersindical De Estatística E Estudos Socioeconômicos
ERICA	Estudo De Riscos Cardiovasculares Em Adolescentes
ESF	Estratégia Saúde Da Família
e-SUSPEC	Prontuário Eletrônico Do Cidadão – Sistema E-Sus
FEBRASGO	Federação Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia
FESP	Fundação Escola De Saúde Pública De Palmas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística
MEI	Materiais Educativos Impressos
OMS	Organização Mundial De Saúde
PAISM	Programa De Assistência Integral À Saúde Da Mulher E Da Criança
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGCS	Programa De Pós-Graduação Em Ciências Da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional Por Amostra De Domicílios
PR	Planejamento Reprodutivo
PSP	Pílula Só De Progestógeno
SEMUS	Secretaria Municipal De Saúde
SIU	Sistema Liberador De Levonorgestrel
SUS	Sistema Único De Saúde
TCLE	Termo De Consentimento Livre E Esclarecido
TCUD	Termo De Compromisso E Utilização De Dados
UBS	Unidade Básica De Saúde
UFT	Universidade Federal Do Tocantins

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Hipótese.....	12
1.2	Justificativa.....	13
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1	Percurso histórico e legal do planejamento reprodutivo: autonomia feminina.....	15
3.2	Assistência à saúde em planejamento reprodutivo.....	17
3.3	Perfil da mulher do planejamento reprodutivo: vulnerabilidade, conhecimento e adesão aos métodos contraceptivos.....	19
3.3.1	A Pandemia de Coronavírus e seus impactos sobre a saúde reprodutiva da mulher brasileira.....	21
3.4	Intervenções e experiências com objetivo na adesão das gestantes ao planejamento reprodutivo: o que a literatura científica apresenta?	22
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipologia do Estudo.....	25
4.2	Período e Local do Estudo.....	25
4.3	Participantes do Estudo e Amostragem.....	26
4.3.1	Crterios de inclusão e exclusão para a amostra.....	27
4.4	Técnicas e Procedimentos de Coleta de Dados.....	27
4.5	Análise das Informações.....	30
4.6	Princípios Éticos Adotados.....	31
4.7	Riscos e benefícios.....	32
4.8	Desfecho do estudo.....	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICES.....	64
	ANEXOS.....	80

1 INTRODUÇÃO

A missão de desenvolver o planejamento reprodutivo (PR) é complexa e se apresenta como constante e inacabada. Este aspecto essencial recebe atenção das instituições de saúde em nível mundial devido a uma extensa rede de fatores existentes que dificultam sua introdução e condução (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 2007).

Para a OMS (2007), muitas famílias estão em uso dos métodos contraceptivos, uma vez que mais de 120 milhões de mulheres na década passada queriam evitar a gravidez, no entanto, sem o sucesso esperado e esta problemática tem causa multifatorial, desde pouca informação recebida de profissionais da saúde sobre os métodos, até a falta de insumos para a manutenção do PR.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada nacionalmente pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2014) revelou um cenário preocupante no que tange ao PR. O estudo revelou que quanto ao desejo em engravidar, somente 45% afirmaram esta vontade, 9% evidenciaram insatisfação com a gestação e 2,3% das participantes tentaram interromper suas gravidezes. Esses dados demonstram certamente a fragilidade no desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para o PR e seu fortalecimento enquanto movimento de assistência integral à saúde.

De acordo com Brasil (2016), a saúde sexual e reprodutiva merece atenção integral e focada não apenas na anticoncepção, mas no acolhimento às demandas que dizem respeito à sexualidade de indivíduos, famílias em suas diferentes conformações e comunidades, na promoção da educação sexual e da assistência profissional que respeite os aspectos emocionais, sociais, as características e particularidades das diferentes faixas etárias, objetivando assegurar os direitos sexuais e reprodutivos de todos.

Quanto à assistência prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como o contato inicial e mais importante para a população sobre o PR e sua abrangência. Para Luiz, Nakano e Bonan (2015), a assistência em PR prestada na ESF é estratégia essencial para evidenciar a garantia de acesso à rede de saúde e sua capacidade de acolher. Considerando-se estas afirmações, o cuidado oferecido às pacientes precisa ser integral e realizado por profissionais capacitados e atualizados nesse contexto, os quais devem priorizar tanto as ações individuais em consultório, não apenas focadas nos métodos contraceptivos.

Nesse sentido, para que haja coerência entre a necessidade de se planejar os aspectos reprodutivos, a oferta e orientação destas técnicas pelos serviços de saúde no SUS, é necessária a garantia do acesso integral, desde os atendimentos pelos profissionais de saúde, até a aquisição dos insumos necessários para a efetividade do PR (FARIAS *et al.*, 2016).

Ainda, no tocante à oferta de insumos para a efetivação do PR, os esforços do Ministério da Saúde (MS) brasileiro são reconhecidos por proporcionar a introdução dos diferentes métodos e sua entrega gratuita na atenção básica, entretanto, há a necessidade de garantia da oferta contínua, sistemática e acessível de métodos contraceptivos pela gestão (OLSEN *et al.*, 2018).

Põe-se em evidência os benefícios do PR, quando desenvolvido durante os atendimentos de pré-natal. A literatura demonstra que a gravidez planejada, oriunda de um PR bem conduzido, tem influência positiva no desenvolvimento do pré-natal com menos intercorrências e maior adesão e participação da paciente nos atendimentos, influenciando significativamente na condução de todo o processo de gestação (SANTOS *et al.*, 2019).

Os métodos contraceptivos constituem parte essencial do PR e são uma estratégia eficaz e amplamente difundida no SUS, permeando diferentes públicos em idade fértil no país. No cuidado reprodutivo, os métodos disponíveis são classificados em temporários, isto é, reversíveis, e definitivos, por meio de esterilização. Os métodos definitivos são representados pela laqueadura tubária e pela vasectomia (BRASIL, 2013).

Compondo os métodos contraceptivos temporários, encontram-se os hormonais orais, subdivididos em monofásicos (um tipo de comprimido ativo), bifásicos (dois tipos de comprimidos ativos), trifásicos (três tipos de comprimidos ativos), os orais combinados e as minipílulas. Outros métodos temporários são os hormonais injetáveis mensais e trimestrais, implantes percutâneos e subcutâneos, comprimidos e anéis vaginais, além do Sistema liberador de levonorgestrel (SIU) (BRASIL, 2013).

Mais subcategorias de métodos temporários podem ser descritas, a exemplo das duchas vaginais; dos métodos intrauterinos, representados pelos dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre e de levonorgestrel; os métodos naturais, representados pelo sintotérmico, método de tabela, de temperatura, muco cervical e coito interrompido; por conseguinte, coexistem os métodos de barreira, nos quais se encontram os preservativos masculino e feminino, esponjas, capuz cervical, diafragma e espermicida (BRASIL, 2013).

Diante desta exposição dos métodos, destacam-se os contraceptivos hormonais orais pela sua ampla utilização - especialmente no âmbito do SUS e da ESF, fácil manuseio e comodidade para a mulher. Estes métodos hormonais podem ser diferenciados em anticoncepcionais orais combinados (AOCs) e os anticoncepcionais só de progestógenos (PSPs) (OMS, 2007).

Segundo a OMS (2007), os AOCs são medicamentos compostos por dois hormônios semelhantes aos naturais progesterona e estrogênio, em dosagens pequenas, denominados

progestógeno e um estrógeno. Tais medicamentos agem evitando gestações ao impedirem que os ovários liberem os óvulos produzidos na ovulação.

A OMS (2007) ainda descreve outra categoria hormonal oral, a dos anticoncepcionais só de progestógenos, ou exclusivos de progestógenos. Estes são compostos apenas do hormônio similar à progesterona humana, sendo mais indicado em mulheres que amamentam ou que não possam utilizar métodos com hormônios à base de estrógeno.

Em adição, a FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) (2015) afirma que as PSPs são consideradas um método contraceptivo seguro, indicado para mulheres em período de lactação, uma vez que não interferem na produção de leite materno, e consequentemente na amamentação.

Todavia, devido ao uso frequente destes métodos orais na assistência ao PR da mulher brasileira, em especial na rede pública de saúde, eles adquiriram relevância e atenção nas ações de PR desenvolvidas por profissionais de saúde, e nesse sentido destaca-se o profissional enfermeiro, com atuação direta na introdução, manejo, educação e promoção em saúde de mulheres que utilizam os AOCs e PSPs (BRANDT; RODRIGUES; BURCI, 2016).

Em consonância, Zambonin *et al.* (2017), descrevem que a contracepção conduzida por profissionais enfermeiros merece destaque, tanto por sua participação em ações educativas, quanto na prescrição medicamentosa hormonal contraceptiva adequada à mulher, quando disposta e autorizada em protocolos municipais.

A Portaria Municipal nº 758 de 23 de agosto de 2018, autoriza o enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família em Palmas a prescrever medicamentos descritos neste documento municipal, dentre estes se encontram anticoncepcionais orais combinados (Ethinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg) e pílula de progestogênio (Noretisterona 0,35 mg), bem como anticoncepcionais injetáveis combinados (Enantato de Noretisterona 50 mg/ml + Valerato de Estradiol 5mg/ml) e exclusivo de progestogênio (Medroxiprogesterona 150 mg/ml).

Pondo em maior evidência a prática de PR no SUS, a operação desta estratégia e a interação usuária e profissionais de saúde, Almeida *et al.* (2021), dentre os diversos achados de sua pesquisa, afirmaram que o método contraceptivo de laqueadura tubária é o mais escolhido entre mulheres com mais filhos, principalmente devido ao pouco entendimento da mulher acerca dos diversos métodos contraceptivos, emergindo assim, a incipiência das ações de educação em saúde voltadas para a temática PR nos locais de assistência.

Em contrapartida, Maus *et al.* (2019) definem que a educação em saúde com foco no contexto sexual e reprodutivo, é a estratégia mais eficaz no enfrentamento da falta ou insuficiência de conhecimento de mulheres acerca da temática do PR. Este achado define a

relevância da promoção de práticas educativas, bem como o potencial que o ensino prestado pelo profissional de saúde tem de promover o ganho de informações significativas nas usuárias de serviços de saúde em PR.

Dado esse contexto, sabe-se que o PR deve ser instituído ainda no estado de gravidez da mulher, sendo ele caracterizado pela prestação de assistência à saúde sexual, reprodutiva e familiar, a qual deve ser desenvolvida primariamente na ESF pelos profissionais de saúde que compõem as equipes, incluindo o profissional enfermeiro. Neste sentido, a participação de mulheres gestantes em atividade educativa individual, modifica o conhecimento a respeito de anticoncepcionais exclusivos de progestógeno?

Dado o exposto, esta pesquisa apresenta potencial para a promoção do PR, especialmente aquele desenvolvido no período gravídico, orientado para o uso adequado do contraceptivo exclusivo de progestógeno enquanto método seguro e de manuseio simples pela mulher.

Ademais, ainda no contexto social da mulher grávida, esse estudo mantém-se relevante, pois por meio da intervenção educativa e da construção do produto técnico educativo (este oriundo da pesquisa final), será estimulado o autocuidado enquanto estratégia de melhoria da qualidade de vida e autonomia da mulher palmense sobre sua saúde reprodutiva, e sobretudo a pesquisa trará o PR na condição de direito garantido mediante legislação federal, evidenciando a conjuntura legal e seu atributo protetor para a mulher voluntária do estudo e as futuras gestantes beneficiadas pelo produto técnico deste estudo.

Em seguimento, é relevante ressaltar a característica educativa do estudo e seus resultados esperados para profissionais enfermeiros da estratégia saúde da família, que lidam diretamente com o PR em mulheres grávidas e não grávidas.

Assim, espera-se que os resultados oriundos do estudo proporcionem ferramentas que auxiliem na assistência ao PR, evidenciadas por manuais e cartilhas técnicas de apoio ao PR em gestantes no município de Palmas - TO, residindo aqui a relevância social da pesquisa.

1.1 Hipótese

O presente estudo tomou como hipótese de pesquisa que a participação de mulheres gestantes em uma atividade educativa individual sobre anticoncepcionais exclusivos de progestógeno, modifica positivamente o conhecimento destas a respeito do uso destes contraceptivos no planejamento reprodutivo após a gravidez.

1.2 Justificativa

A escolha do tema de pesquisa foi motivada pelo trabalho de um dos pesquisadores, na ESF em regiões de maior vulnerabilidade social e econômica desde o ano de 2014 em Palmas. Na prática profissional, era percebido o surgimento de curtos intervalos entre gravidezes, fato observado em diferentes faixas etárias.

Concomitante a estes fatos, motivou a realização da pesquisa, a observação da difícil adesão aos métodos contraceptivos por parte das pacientes assistidas, o desconhecimento acerca dos métodos contraceptivos disponíveis na rede de saúde municipal, especialmente os hormonais orais exclusivos de progestógeno após as gestações, aliado a isto, o crescimento de gestações não planejadas, a vulnerabilidade financeira e social das mulheres, a qual era agravada pelas gestações seguidas.

Assim, justificamos a necessidade da pesquisa, que parte da observação, proximidade e vivência profissional enquanto enfermeiro assistente na ESF.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa individual sobre pílulas exclusivas de progestógenos no conhecimento de gestantes.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico e reprodutivo de mulheres gestantes participantes do estudo;
- Levantar o conhecimento das gestantes sobre os métodos contraceptivos antes e depois da intervenção educativa individual;
- Realizar intervenção educativa em todas as participantes do estudo;
- Comparar o efeito da intervenção educativa no conhecimento das gestantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Percurso Histórico e legal do Planejamento Reprodutivo: autonomia feminina.

O planejamento familiar é um direito garantido legalmente para todo cidadão brasileiro, por meio do artigo nº 226 da Constituição Federal, e pela lei federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, sendo assim definido como o conjunto de ações que visam assegurar direitos iguais de constituir a família, aumentar a quantidade de filhos, bem como limitar o crescimento da prole para mulheres, homens e casais (BRASIL, 1996).

Deste modo, a política de planejamento reprodutivo nacional parte do princípio do acolhimento, e a partir da perspectiva legal ela é resguardada pela Constituição Federal, o planejamento reprodutivo é uma estratégia federal para assegurar o direito de mulheres, homens, casais e famílias de terem a quantidade de filhos escolhida e pretendida, assim como o desejo de não os ter (BRASIL, 1996).

Em acordo à afirmação de autonomia do planejamento reprodutivo, Luiz, Nakano e Bonan (2015) enfatizaram a definição do PR quanto estratégia de cuidado a mulheres e homens no âmbito reprodutivo, tornando-se uma ação ampla, horizontalizada entre profissionais de saúde e pacientes, e embasada pelo direito da usuária (o) e/ou família em escolher sobre não ter filhos, e a quantidade destes ao escolher tê-los.

Entretanto, o PR atual focado na decisão livre e esclarecida da mulher foi conseguido a partir de extenuantes embates sociais e políticos acerca da temática (NIELSSON, 2020).

No Brasil, historicamente o planejamento reprodutivo viveu três fases, e atualmente encontra-se na quarta. Sobre as três primeiras, Sobrinho (1993) descreve que o primeiro momento histórico foi destacado pela política pró-natalista no Brasil Colônia a República, em uma época que famílias numerosas eram importantes para promoção e aumento da força de trabalho nas lavouras, além da construção e fortalecimento da raça do povo brasileiro. O segundo momento histórico nacional do PR foi caracterizado pela divergência de ideias entre grupos pró-natalistas e antinatalistas, evidenciando uma época de pouca autonomia da mulher sobre o controle do número de filhos.

Segundo o mesmo autor, a segunda fase teve início a partir do ano de 1960, em que no contexto mundial havia forte pressão das nações desenvolvidas pelo controle da natalidade. Este controle era justificado pela afirmação de que o crescimento populacional crescia de modo muito diferente do crescimento na produção de alimentos, o que segundo esta corrente acarretaria problemas sociais extremos, a exemplo do aumento e conseqüente descontrole da insegurança alimentar (SOBRINHO, 1993).

No contexto brasileiro, esta segunda fase era encabeçada pelos militares e a igreja, onde os primeiros defendiam a natalidade pelo controle e disseminação territorial dos brasileiros e suas famílias no país, e o segundo, justificava o natalismo pela ética e dogmas do Cristianismo, onde a família e seu surgimento era instituição sagrada.

Entretanto, sobre esta segunda fase, Alves (2014) revela que devido a pressão internacional dos países desenvolvidos, os quais incentivaram que países subdesenvolvidos deveriam impor o princípio do controle de natalidade como estratégia de prevenção a problemas sociais. Neste cenário, o Brasil iniciou a criação de organizações de pesquisa e apoio à saúde reprodutiva da mulher, como em 1975 o Centro de Pesquisa e Atenção Integrada à Mulher e a Criança (CPAIME) e em 1965 a Sociedade de Bem-estar Familiar (BEMFAM), que impulsionaram a esterilização feminina como método primordial para o controle populacional.

Em seguimento a este contexto histórico, Sobrinho (1993) revela o surgimento da terceira fase histórica do PR, evidenciada no Brasil pela criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 pelo Ministério da Saúde. O cerne do PAISM buscava o poder de escolha da mulher e sua autonomia acerca do planejamento da prole e família.

No entanto, de acordo com Alves (2014), estes preceitos foram enfraquecidos e sofreram influência da BENFAM e do CPAIME e seus ideais controladores da natalidade, especialmente na região nordeste do país, por meio da esterilização.

Após o período de incipiência do PAISM, motivados por movimentos mundiais sobre os direitos humanos, movimentos feministas e pressão social, é instaurado no Senado Federal a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com o objetivo de analisar a existência da esterilização massiva da população feminina brasileira (NIELSSON, 2020).

O relatório da CPI revelou pesquisas que demonstravam que 44% da população feminina do país havia sido submetida a esterilização cirúrgica, evidenciando o grave problema do ideal de eugenia e controle populacional desenvolvido no país entre as décadas de 60 e 80 (BRASIL, 1993).

Todo esse processo histórico do planejamento reprodutivo no Brasil culminou na quarta fase, descrita por Nielsson (2020) como a fase de consolidação do PR enquanto estratégia de autonomia da mulher brasileira acerca de seu direito de gestar ou não. Enfim, o enfraquecimento deste percurso extenuante e opressor para a mulher foi marcado pela criação da Lei do Planejamento Familiar em 1996 (Lei 9.263/96), a qual vem propiciado no decorrer dos anos o aumento da oferta de novos métodos contraceptivos em âmbito público nacional, como no SUS, mesmo com fragilidades nesse processo, a consolidação do PR vem sendo construída no país.

Tendo em vista este processo de consolidação do PR no Brasil, Brasil (1996) afirma que é responsabilidade do Estado garantir a assistência integral à saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e casais através da articulação das redes de serviços em todas as esferas de governo, por meio de recursos materiais, insumos e recursos humanos para o cuidado nesta perspectiva.

3.2. Assistência à saúde em Planejamento Reprodutivo.

A orientação sobre os anticoncepcionais, e a prescrição destes pelo profissional ao paciente é importante, mas não se mostra como a estratégia principal da condução do planejamento reprodutivo na Estratégia Saúde da Família. A assistência profissional vai além, perpassando pelos direitos sexuais e reprodutivos, pela humanização na assistência, pela atenção personalizada conforme a faixa etária do cliente, pelas práticas educativas, e pelos desejos da usuária e do usuário sobre os métodos (BRASIL, 2016).

Obedecendo a seus princípios, o Sistema Único de Saúde tem incentivado a promoção de saúde por meio do fortalecimento do planejamento reprodutivo na Atenção Básica, por entender que esta é porta de entrada da usuária. Nesta ótica, a temática em questão pode ser entendida como um processo contínuo e promotor de bons resultados quando implementado corretamente, e respeitando a decisão esclarecida da mulher e do homem sobre quantos filhos pretendem gerar, quando, e se os querem ter (LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015).

Concordando com os achados da pesquisa citada acima, Mozzaquatro e Arpini (2017) descrevem que as composições familiares são instituições que passaram por mudanças no decorrer das décadas. Quanto ao planejamento reprodutivo, apesar de ser atividade pertencente à mulher, ao homem e ao casal, fica evidente que a população feminina é a principal personagem do processo. Desta maneira, a ESF precisa reconhecer estas particularidades e trabalhar de modo a integrá-las, defendendo os aspectos amplos deste cuidado.

Estas atividades ainda carecem de avaliações que possibilitem a visualização dos cenários de prática na atenção primária, as quais seriam essenciais para monitorar o fornecimento das ações em saúde sexual e reprodutiva às famílias (NASSER *et al.*, 2017).

Bezerra *et al.* (2018) afirmam que os métodos devem estar acessíveis à população que necessitam deles, a exemplo dos anticoncepcionais orais, os injetáveis, os métodos de barreira e o método cirúrgico/laqueadura. Sobre esta oferta, o SUS empenha-se em prover essa distribuição, no entanto, as faltas ainda são reais e impactam diretamente a consolidação das práticas profissionais sobre o planejamento reprodutivo.

Na prestação de cuidados em planejamento reprodutivo, o uso de embasamento técnico

e científico é essencial, em virtude da necessidade de se promover a assistência segura e efetiva. O direito de gestar ou não é garantido legalmente à população feminina nacional e para consolidá-lo existem padrões clínicos durante o processo, segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2015):

- Eficácia: diz respeito à capacidade do método escolhido em proteger a cliente de gravidezes não desejadas/programadas;
- Segurança: é o risco de danos serem causados pelo anticoncepcional à paciente;
- Escolha do método: significa o respeito ao desejo da mulher em escolher o método contraceptivo que quiser, no entanto, pensando-se no risco-benefício e características pessoais que impeçam o uso, o método escolhido poderá ser o adotado.
- Critérios de elegibilidade: dispõe sobre características que a paciente possa apresentar, as quais definem o risco em graus para a introdução de determinado método, isto é, definem o potencial de interação perigosa entre cliente e contraceptivo.

O PR deve considerar, para além dos critérios que envolvem o juízo clínico, as questões sociais, culturais, de desejo da paciente, uma vez que os métodos são classificados principalmente em reversíveis e definitivos. Os métodos anticoncepcionais reversíveis são definidos como aqueles em que o uso pode ser iniciado e encerrado a critério profissional ou a partir da vontade da paciente em qualquer momento, a exemplo de métodos de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais orais e injetáveis, de emergência e comportamentais. Já os definitivos, envolvem a esterilização por meio cirúrgico, tanto feminina, quanto masculina (OMS, 2018).

Planejamento reprodutivo difere totalmente de controle de natalidade. Este diz respeito a imposições governamentais sobre o direito de gerar filhos de determinada população, enquanto PR implica em uma política pública de acolhimento, preservação de direitos e assistência à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres, respeitando os seus desejos em gestar, não gestar e gerir o próprio padrão reprodutivo (BRASIL, 2013).

O Brasil pratica a ação planejamento reprodutivo, mantendo ações preventivas, assistenciais e educativas, tanto em âmbito privado quanto público. Nesta ótica, a estratégia saúde da família é protagonista do SUS na prestação de planejamento reprodutivo acolhedor para mulheres de diferentes idades, mesmo com a prevalência de impasses como falta de recursos, a rede segue em crescimento no tocante a seu alcance e descentralização de serviços (BRASIL, 2013).

3.3. Perfil da mulher no Planejamento Reprodutivo: vulnerabilidade, conhecimento e adesão aos métodos contraceptivos.

A representação do planejamento reprodutivo enquanto uma estratégia eficaz de orientação e condução do percurso reprodutivo humano merece importantes discussões à luz do que a comunidade científica pesquisa e publica.

Neste sentido, Sousa *et al.* (2020) revelam que o PR, além de ser um conjunto de ações de contexto familiar ao afirmarem que ele pode ser implementado em homens e mulheres, é uma excelente oportunidade de discutir saúde sexual e reprodutiva. Assim, o perfil de pacientes que participam de ações de planejamento reprodutivo é representado por ambos os sexos, e a adesão destes personagens é essencial para ditar a qualidade da assistência e o potencial de alcance do PR.

Em adição a este fato, um indicador importante do bom funcionamento do planejamento reprodutivo e do perfil de mulheres participantes é de que se tem observado diminuição na utilização de métodos contraceptivos definitivos, como a laqueadura. Apesar de um crescimento tímido da utilização de métodos reversíveis, há de se louvar a utilização crescente destas estratégias contraceptivas (TRINDADE *et al.*, 2021).

Ademais, revelando outro lado importante do contexto de planejamento sexual e reprodutivo feminino, Canário *et al.* (2020) descrevem a relevância desta prática em saúde, mas enfatizam a necessidade de acompanhamento específico a outro perfil de mulher, a pós-gravídica, uma vez que este público encontra-se em uma fase que se dá após o parto e as ações têm enfoque na criança e puerpério, entretanto os serviços de saúde pública são insipientes no cuidado e atenção às questões de segurança sexual e reprodutiva. Este enfoque é essencial, ao levar-se em consideração que brevemente a usuária retornará a prática sexual, e com isso há o risco de nova gestação não planejada.

Pensa-se o planejamento reprodutivo em uma grande variedade de perfis de pacientes, sejam mulheres saudáveis em idade adulta, gestantes, mulheres casadas, solteiras, gestantes e aquelas com condições crônicas de saúde. Sobre estas últimas, também há a necessidade de acompanhamento profissional aprofundado e focado nas necessidades e desejos sobre reprodução que a paciente apresenta, por exemplo aquelas com doenças hipertensivas, as quais estão relacionadas a maior chance de gravidezes de alto risco e óbito materno-fetal (XAVIER *et al.*, 2013).

Dentro da perspectiva da pluralidade de pacientes, bem como do PR como conjunto de ações em saúde sexual e reprodutiva, realizadas de maneira integral, há a necessidade de se enfocar em pontos importantes neste processo. Nesse sentido, Fernandes *et al.* (2020)

trouxeram importante reflexão sobre a autonomia da mulher quilombola sobre seu corpo e sua reprodução. Observou-se na pesquisa que a autonomia feminina ainda é baixa, sendo interferida pelo parceiro. Entretanto, esta realidade toma rumo contrário à medida que a mulher adquire independência financeira por meio do trabalho, fator importante para o fomento da autonomia reprodutiva destes grupos.

Expondo a realidade da mulher e sua luta por autonomia reprodutiva, Souza, Morais e Oliveira (2015) refletem do ponto de vista dos direitos sexuais e reprodutivos, a educação em saúde por meio de materiais educativos impressos (MEI) como meios de promoção da autonomia e conhecimento. As autoras afirmam que o uso destes materiais é relevante quando se objetiva promover educação sexual e reprodutiva de qualidade, desde que não sejam usados isoladamente, mas sim, em conjunto com atividade comunicativa, individual e coletiva através da orientação dialogada.

Do ponto de vista do profissional de saúde, a autonomia da mulher sobre seu corpo, sua necessidade ou não de gestar e a utilização de métodos contraceptivos englobam o planejamento reprodutivo centrado na paciente. Profissionais de saúde envolvidos nessa atividade entendem que a autonomia da mulher deve ser enfatizada em ações do PR, e este profissional deve estar apto a lidar com as diversas situações que envolvem o ganho desta autonomia, sua manutenção e os conflitos existentes neste processo (LEMOS, 2014).

Na perspectiva da vulnerabilidade e autonomia da mulher no planejamento reprodutivo, percebe-se que elas estão diretamente relacionadas ao conhecimento deste público acerca das ações de PR. Em países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento, o conhecimento da população feminina acerca dos métodos contraceptivos e do planejamento reprodutivo tem aumentado, entretanto o fator complicador do ganho de conhecimento está no acesso aos métodos, que por vezes é difícil e não atende às reais necessidades da paciente (WULIFAN *et al.*, 2016).

Costa, Guilhem e Silver (2006) relacionam do mesmo modo o conhecimento das mulheres sobre planejamento reprodutivo à oferta dos métodos contraceptivos pelos serviços de saúde, especialmente o SUS. Entretanto, os autores discordam de Wulifan *et al.* (2016) ao revelarem que o PR está difundido em grande parte do território nacional, mesmo que com falhas visíveis quanto a prevalência de determinados métodos, como o método pílula em detrimento dos demais. Ademais, o fornecimento de ações educativas é mais prevalente em cidades maiores, com mais de 50 mil habitantes.

Chen *et al.* (2020) exploram o conhecimento da mulher sobre saúde sexual e reprodutiva e identificam os principais fatores relacionados ao baixo nível de entendimento acerca destes

métodos e do PR. os principais fatores descritos para o surgimento deste problema são o não fornecimento (ou fornecimento insuficiente) de informações por parte dos profissionais de saúde, mulheres sem histórico de doenças ginecológicas e as de menor escolaridade.

Nesta cadeia de associação entre adesão, conhecimento e autonomia da mulher quanto ao planejamento reprodutivo, os fatores relacionados a estes três problemas são geralmente parecidos, e até os mesmos em determinados estudos. Por exemplo, a não adesão da mulher ao PR está diretamente relacionada ao pouco conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como de sua importância dentro desta estratégia, da necessidade de aprender e também à insuficiência de educação em saúde de qualidade pelos centros de saúde pública na ESF (AFONSO; LEMOS, 2011).

Bezerra *et al.* (2018) também enfatizaram cientificamente a relação entre o pouco conhecimento à adesão de mulheres aos métodos contraceptivos e o planejamento reprodutivo, especialmente as mulheres jovens. Para além disto, profissionais de saúde e serviços de saúde necessitam adaptar-se às usuárias, suas necessidades reprodutivas, promovendo atividades educativas e orientações acolhedoras e centradas na sua autonomia.

Silva *et al.* (2011) resumem esta temática ao evidenciarem que o planejamento reprodutivo está totalmente atrelado a maneira como a mulher percebe a si mesmo e seu contexto sexual e reprodutivo, e ainda expressam que as mulheres apresentam autonomia sobre sua reprodução, fato explicado geralmente sobre a condição financeira familiar para manter a prole. Em suma, ações profissionais sobre os PR carecem de melhoria, devem expandir-se e explorar territórios maiores que os das Unidades Básicas de Saúde.

3.3.1 A Pandemia de Coronavírus e seus impactos sobre a saúde reprodutiva da mulher brasileira.

As consequências sociais e de saúde pública tomaram rumos sombrios com a chegada da pandemia de Sars-Cov-2 há 3 anos. Milhões de vidas ceifadas pelo mundo e junto a isso, a interrupção temporária de diversos serviços básicos de saúde às pessoas pelo mundo. No Brasil, este cenário não foi diferente, pois segundo dados do Governo Federal, até a data de 03 de abril de 2023, o país já registra 700.239 (setecentos mil, duzentos e trinta e nove) óbitos pela doença, dados que permitem reflexões importantes acerca dos impactos do agravo na vida dos brasileiros, brasileiras e suas famílias (BRASIL, 2023 e ORELLANA *et al.*, 2020).

No contexto obstétrico reprodutivo, o Fundo de População das Nações Unidas (2021) alerta que no ano de 2021, o Brasil registrou uma razão de 107,53 morte por 100 mil nascidos vivos, uma taxa 77% maior que a registrada em 2019, pondo em evidência tanto a importância

da prestação de cuidados específicos à mulher brasileira, quanto a necessidade dos serviços de saúde materna e infantil funcionando em sua integralidade.

Quanto à prestação de serviços públicos de saúde, mais especificamente a assistência ao planejamento reprodutivo de qualidade no âmbito do SUS, Guedes, Raimundo e Bastos (2021) divulgam que a pandemia de Coronavírus teve grande potencial para interferir no funcionamento da assistência ao planejamento reprodutivo de mulheres, forçando serviços de saúde a buscarem adaptações para manter de algum modo o cuidado nesse contexto.

Entretanto, mesmo em contexto pandêmico, as atividades de planejamento reprodutivo sofreram adaptações para a promoção da assistência, como o destaque de Resende *et al.* (2021), ao afirmarem a criação de grupos de PR como estratégia de integração das usuárias, efetivação do cuidado e orientações sobre a pandemia e saúde reprodutiva.

3.4. Intervenções e experiências com objetivo na adesão de gestantes ao Planejamento Reprodutivo: o que a literatura científica apresenta?

As intervenções educativas sobre planejamento reprodutivo aplicadas em gestantes são uma realidade, ainda que pouco descritas na literatura científica. Herval *et al.* (2019) descreveram em sua revisão que ações educativas são essenciais no cuidado para gestantes, inclusive as temáticas voltadas ao planejamento das gestações futuras ou estratégias educativas focadas na prevenção de adoecimento que atrapalhe a saúde sexual e a reprodução.

Em seguimento aos cuidados em PR voltados para gestantes, Marino *et al.* (2016) enfocam sua pesquisa no cuidado integral à gestante adolescente. Como a maioria das gravidezes em nesta faixa etária não foram planejadas e são indesejadas, dentro da assistência no pré-natal discussão entre profissional e paciente acerca do planejamento sexual e das próximas gestações é uma atividade importante no cuidado e prevenção de situações conflitantes, dados os históricos negativos que possam permear a vida destas usuárias, como violência familiar, sexual e problemas socioeconômicos, os quais expandem o problema em torno da gravidez indesejada.

Em complemento à ideia anterior, as estratégias de educação em saúde no pré-natal trazem impacto positivo no ganho de conhecimento das gestantes. Outro fator importante é o aumento do vínculo entre equipe e paciente e o sentimento de pertencimento vivido pela mulher pelo fato de participar de uma estratégia que escuta suas necessidades e a ensina a planejar gravidez, enfocam a autonomia, a corresponsabilidade e a saúde pessoal no autocuidado (ALVES *et al.*, 2019).

Faúndes e Moraes Filho (2018) partilham dos mesmos achados anteriores, e afirmam

que a educação e orientação sobre métodos contraceptivos devem ser iniciados no período gravídico da mulher, dentro dos atendimentos de pré-natal para a gestante e parceiro (a), bem como no período puerperal também. O método anticoncepcional deve ser oferecido à paciente de modo a incentivar seu poder de escolha correlacionado aos critérios de elegibilidade de cada uma.

Nesse sentido, Faúndes e Moraes Filho (2018) ainda enfatizam que os métodos contraceptivos variam conforme o estado da mulher e sua condição de vida, lactação ou não, pensando-se sempre na melhor alternativa e que promova contracepção segura. Especialmente, para as que amamentam, os métodos de escolha são os exclusivos de progestógenos, uma vez que não interferem na produção de leite materno.

Na busca por adesão de mulheres grávidas ao planejamento reprodutivo e as informações nele existentes, fica claro que há maior chance da paciente entender a necessidade de proteção e autocuidado sexual e reprodutivo quando a orientação é feita no pré-natal. O risco de acontecer insucesso, isto é, desconhecimento, esquecimento e até gestação indesejada é cientificamente maior quando o PR é iniciado no período puerperal, uma vez que muitas mulheres não comparecem para consultas puerperais e/ou não são encontradas para atendimento (PARREIRA; da SILVA; MIRANZI, 2010).

Sobre os métodos contraceptivos e o processo de escolha deles ainda no período gestacional, Faúndes e Moraes Filho (2018) relatam:

Informações e orientações sobre métodos contraceptivos devem ser oferecidas à mulher ou ao casal durante o último trimestre da gravidez ou logo após o parto. A escolha do método contraceptivo e o momento de início são de extrema importância para o bom aleitamento materno. (...) Todos os métodos contraceptivos devem ser oferecidos às mulheres que estejam amamentando. A escolha é sempre opção da mulher, contudo obedecendo às indicações e às características de cada método.

Os autores supracitados admitem que um profissional atento é o fator crucial para o aproveitamento de oportunidades no momento de pré-natal, as quais surgirão nos momentos de atendimento em consultório, quanto em ações de cunho educativo. O foco no cuidado integral é um importante indicador da boa assistência à gestante.

Sobre este assunto, Santos *et al.* (2019) descrevem e fortalecem a ideia de que o planejamento reprodutivo quando realizado corretamente impacta diretamente na qualidade do próximo pré-natal e na aceitação da mulher à sua nova gravidez. Os autores alertam que a insatisfação com a gestação e a gravidez não planejada estão estatisticamente associadas ao

início tardio do pré-natal. Estes fatos demonstram novamente a necessidade do fortalecimento das ações de PR nos serviços de saúde públicos e privados, ademais evidenciam que a adesão da mulher ao pré-natal está atrelada às estratégias profissionais de acolhimento e captação deste público para o cuidado em saúde sexual e reprodutiva.

Assim, Domingues *et al.* (2013) complementam a citação anterior ao trazerem um importante indicador da necessidade de busca de mulheres pelos serviços públicos de saúde como garantia da qualidade no acesso e assistência à saúde sexual e reprodutiva: há diferença estatística significativa no acesso precoce ao pré-natal entre as mulheres.

Os autores supracitados detalham que as pacientes com menor conhecimento acerca de sua saúde sexual demoram reconhecer sinais de gravidez, conseqüentemente procuram iniciar o pré-natal tardiamente, o que aumenta o risco de complicações gestacionais culminarem em abortos evitáveis no início da gravidez. Em contrapartida, as com maior grau de escolaridade e com companheiros iniciam precocemente o pré-natal. O entendimento desta realidade pelo profissional de saúde é imperativo, principalmente estando ele ciente de que sua função abrange diversos contextos sociais, culturais e econômicos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipologia do estudo

Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, prospectivo, do tipo antes e depois, desenvolvido por meio da implementação de questionários de avaliação do conhecimento antes e depois da intervenção, questionários de identificação e intervenção educativa individual.

Em estudos de antes e depois e nos prospectivos, a população é estudada em determinado período, sendo avaliado o efeito da intervenção desenvolvida durante o período escolhido, sendo estes padrões de excelência quando se pretende verificar a repercussão de uma exposição ou intervenção na amostra (NEDEL; SILVEIRA, 2016).

Todavia, conforme De Rango (2016), estudos prospectivos tornam-se viáveis em investigações que almejam avaliar a relação científica entre exposição e resultado, a exemplo desta pesquisa, que pretende analisar a mudança de conhecimento das participantes após o momento de intervenção educativa.

Considerando-se o estudo em questão quanto ao seu caráter investigativo da mudança de conhecimento – ou não – em mulheres, por meio de uma abordagem educativa sobre os contraceptivos, percebeu-se a necessidade da execução desta pesquisa utilizando-se abordagem quantitativa.

Tal abordagem está situada a partir do objeto de pesquisa, que é o efeito promovido por uma atividade educativa sobre anticoncepcionais prescritos em planejamento reprodutivo por enfermeiros, sobre mulheres em idade fértil.

Em adição, pesquisas de método quantitativo são necessárias quando há a necessidade de análises estatísticas, variáveis numéricas e processos que envolvam detalhamento científico objetivo. Entretanto, não são apenas esses critérios que definem o uso deste método, é essencial o estudo aprofundado do objeto da pesquisa, seus objetivos, suas características, por meio de uma análise holística prévia (PITANGA, 2020).

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de abril de 2021 a abril de 2023. Optou-se para o desenvolvimento do estudo, a Rede de Atenção Básica do Município de Palmas, Tocantins, localizado na região de saúde Capim Dourado, atualmente a capital do Estado, com uma estimativa de 306.296 habitantes (IBGE, 2020).

A cidade conta com uma rede municipal de Atenção Primária e Vigilância em Saúde estruturada pela Portaria Municipal nº 518, de 14 de junho de 2016, a qual divide a APS

municipal em oito territórios de saúde: Kanela 1 e Kanela 2, Apinajé, Xambioá, Krahô, Xerente, Javaé e território especial Pankararu (setor rural). Conforme a referida portaria, as Unidades de Saúde da Família em Palmas são denominadas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

E na busca pelos participantes do estudo, decidiu-se pelos Centros de Saúde da Comunidade 409 Norte e 603 Norte da Estratégia Saúde da Família, pertencentes ao território Kanela, região norte da Cidade.

Estes locais de pesquisa foram escolhidos por serem UBS situados em região periférica da Capital, abrangendo área urbana, semirrural e rural, composto em sua maioria por usuários dependentes dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os usuários comentados, as UBS prestam cuidados a uma quantidade significativa de mulheres em idade fértil e não-fértil, ou seja, em todas as fases de vida, compreendendo o ciclo gravídico-puerperal e outras nuances do ciclo de vida da mulher.

Segundo relatórios do Sistema de Informação Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS/PEC (2021), a UBS 409 Norte possui 2 equipes de ESF, sendo uma urbana e outra rural, as quais têm sob tutela em prestação de cuidados em saúde 2.116 domicílios, distribuídos em uma população total de 5.481 habitantes, dos quais 1.957 são mulheres em idade fértil e 80 gestantes.

Já a UBS 603 Norte conta com 2 equipes de ESF, ambas em zona urbana, as quais prestam cuidados a 7.276 habitantes, em 3.329 domicílios, com uma população de 2.693 mulheres em idade fértil e 65 gestantes.

4.3 Participantes do estudo e amostragem

A população do estudo envolveu mulheres gestantes, residentes em Palmas, nas áreas abrangidas pelas UBS 409 Norte e 603 Norte, pertencentes ao território de saúde Kanela. Não participaram deste grupo as menores de idade (menores de dezoito anos), em virtude da dificuldade do manejo legal da participação desta faixa etária nesta pesquisa científica e as que não são usuárias exclusivas do SUS, uma vez que o componente de assistência privada representaria um viés importante para a intervenção planejada.

O universo, isto é, o total de mulheres grávidas na época de pesquisa, era de 145 gestantes, sendo que deste total, aceitaram participar do estudo 114 participantes.

O processo de seleção dos participantes deu-se em primeira instância no mapeamento e escolha das participantes através de análise do prontuário. Esta etapa foi realizada após autorização pelo serviço e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). A garantia ética ocorreu através da assinatura do

Termo de Compromisso e Utilização de Dados (TCUD) (ANEXO A).

Após esta etapa, as participantes selecionadas foram convidadas pelo pesquisador para receber informações sobre a pesquisa (objetivos da pesquisa, formas de coleta de dados) e as que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B).

As etapas da coleta de dados encontram-se descritas detalhadamente no tópico 4.4 desta Metodologia.

A amostra do estudo foi não probabilística intencional e foram convidadas todas as gestantes atendidas pelas UBS, desde que atendessem aos critérios de seleção estabelecidos.

Para Moreira, Santos e Moreira (2021) e Bussab e Bolfarine (2005), amostragens não probabilísticas intencionais são interessantes do ponto de vista científico, pela sua simplicidade, ou pela impossibilidade de se utilizar amostragem probabilística. Amostras intencionais em estudos não probabilísticos são utilizadas quando existem elementos representativos da população estudada, o que incorpora o objeto deste estudo.

Oliveira *et al.* (2018) discorrem sobre a viabilidade científica das intervenções educativas individuais em gestantes, bem como ressalta a importância do método de cartilha educativa em grupos intervenção.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão para a amostra

Foram adotados como critérios de elegibilidade: mulheres gestantes, maiores de 18 anos, que participassem de consultas e/ou outras atividades do pré-natal exclusivamente no âmbito do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde 409 Norte e 603 Norte.

Já os critérios de exclusão, se estenderam às usuárias que não residiam no município de Palmas e que possuíam limitações físicas, cognitivas, neurológicas ou mentais que a impossibilitassem de participar da pesquisa.

4.4 Técnicas e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu em quatro fases distintas e totalmente complementares:

1. Mapeamento e escolha das participantes através de análise do prontuário.
2. Apresentação Geral, aplicação individual de Questionário de Avaliação do Conhecimento antes da intervenção, aplicação do questionário socioeconômico e reprodutivo;
3. Intervenção Educativa Individual;
4. Aplicação do Questionário de Avaliação do Conhecimento nas participantes depois.

Detalhando cada etapa, compreende-se que a primeira delas iniciou após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Palmas e anuência do CEP.

Por se tratar de um estudo antes e depois por meio de uma intervenção educativa individual, todas as participantes foram submetidas ao momento educativo individual e a avaliação do conhecimento após esta intervenção.

A **primeira fase** foi constituída pela pesquisa de prontuários de gestantes que realizam pré-natal na UBS 409 Norte e UBS 603 Norte, seguida de estudo minucioso destes prontuários, para estabelecimento dos critérios de exclusão e inclusão para a pesquisa.

Na consulta ao prontuário foram levantadas também as informações para contato com as gestantes (telefone, endereço, Agente Comunitário de Saúde da participante) para futuro convite para participar da pesquisa. Esta atividade visou a organização das informações básicas das prováveis participantes, bem como a gestão destas informações durante todo o processo de coleta de dados da pesquisa.

Nela foram desenvolvidas reuniões com Agentes Comunitários de Saúde e Coordenação das UBS, para apresentar o projeto e orientá-los sobre a rotina de visitas dos pesquisadores às Unidades para a coleta de dados.

Para a coleta de dados, o pesquisador principal contou com uma equipe de pesquisa, composta por 3 alunas do curso de Enfermagem, matriculadas no PIBIC-UFT (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica), que tiveram a função de realizar a coleta de dados junto ao pesquisador principal.

Para tanto, houve a necessidade de promover uma capacitação que visou trabalhar os seguintes tópicos:

- Leitura e análise do projeto em sua totalidade;
- Fases da coleta de dados;
- Construção do POP (procedimento operacional padrão) da coleta de dados;
- Tabulação dos dados em planilha *Excel Office*;

O documento Procedimento Operacional Padrão (APÊNDICE D) foi criado com a intenção de padronizar toda a etapa de coleta de dados, desde a abordagem das mulheres gestantes, até o segundo momento de aplicação do questionário de investigação do conhecimento pós-intervenção educativa. O pesquisador principal e as demais pesquisadoras utilizaram este documento orientador em todas as abordagens.

A **segunda fase** diz respeito à apresentação individual da pesquisa a todas as participantes, momento no qual foi explicado o Projeto de Pesquisa, sua relevância científica e

social, justificativa, riscos e benefícios do estudo, modo de funcionamento das etapas do estudo. Ademais, foram aplicados – após leitura geral e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – o **questionário de investigação socioeconômica e reprodutiva** e o **questionário de avaliação do conhecimento acerca da minipílula exclusiva de progestógeno**.

O formulário de investigação socioeconômica e reprodutiva (APÊNDICE A) teve a finalidade de traçar o perfil social, econômico, ginecológico e obstétrico das gestantes voluntárias, no qual constava questionamentos sobre idade, naturalidade, nacionalidade, cor/etnia, estado civil, escolaridade, profissão, orientação sexual, renda individual e/ou familiar, quantidade de gravidezes, partos, abortos, menarca (idade da primeira menstruação), sexarca (idade do primeiro intercurso sexual).

Por conseguinte, o Questionário de Avaliação do Conhecimento sobre o Uso de Minipílula Exclusivo de Progestógeno (APÊNDICE B) terá por finalidade verificar o conhecimento antes e depois das participantes sobre a minipílula exclusiva de progestógeno, suas principais características, modos de uso, efeitos colaterais mais comuns, modos de uso correto e incorreto, bem como situações corriqueiras no uso deste medicamento.

Deste modo, no ato da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi também aplicado o Questionário de Avaliação do Conhecimento. Dito isto, o prazo estipulado para a realização desta fase do projeto foi de 10 dias úteis, dispostos em 2 semanas, pelo pesquisador e equipe de pesquisa.

Esta etapa inicial teve duração estipulada 10 minutos para apresentação geral do Projeto de Pesquisa de Mestrado, dos pesquisadores e das participantes; de 10 minutos para preenchimento individual do formulário socioeconômico e reprodutivo e questionário de avaliação do conhecimento antes.

Esta pesquisa reservou intervalo de tempo entre a primeira fase e a segunda, o prazo de 1 semana, informado e acordado entre os participantes e os pesquisadores no momento de apresentação geral do Projeto de Pesquisa.

A **terceira fase** versou sobre a intervenção educativa, sendo desenvolvida no mesmo dia da segunda fase, em único momento, com duração de 20 minutos, logo após a aplicação do questionário de avaliação do conhecimento.

Esta intervenção foi realizada individualmente para as participantes do estudo. Nesta fase a Cartilha "**Pílula Só de Progestógeno e seu uso durante o aleitamento materno: educando no pré-natal**" (APÊNDICE C), desenvolvida pelo pesquisador, foi apresentada à participante, demonstrando seus aspectos gerais, sessões e o conteúdo constante no produto. A

cartilha educativa tem dimensões 148 X 105 mm, com 8 páginas frente e verso.

O método anticoncepcional foi exposto de modo dialogado pela equipe da pesquisa, explicando o conteúdo da cartilha, demonstrando as informações inerentes aos mitos e verdades sobre a PSP, seus efeitos colaterais comuns, critérios de elegibilidade e situações recorrentes em mulheres que fazem seu uso. O momento foi de prestação de informações, com orientação dialogada e profissional do pesquisador e equipe de pesquisa.

O momento de intervenção educativa individual foi composto de leitura do material em sala reservada, individualmente com a grávida e em seguida ela levava um exemplar para casa.

Esta abordagem foi desenvolvida pelo pesquisador do Projeto e equipe de pesquisa.

Por fim, na **quarta fase** desta pesquisa foi reaplicado o questionário de avaliação do conhecimento (APÊNDICE B) da primeira fase em todas as participantes. Esta etapa foi relevante e definidora, uma vez que tivemos a possibilidade de trazer resultados significativos acerca da intervenção educativa e seu potencial na mudança de conhecimento das gestantes participantes da pesquisa.

Esta fase ocorreu novamente em encontros individuais. Para isso, foram lançadas 2 opções para a realização desta etapa e a mulher escolher a que mais lhe for agradável. Na primeira alternativa, era proposta a aplicação do questionário pós em no mínimo 10 dias após a etapa de intervenção educativa individual, por meio de visita domiciliar à gestante; já a segunda propunha a aplicação do questionário pós na data da próxima consulta de pré-natal da mulher na sua Unidade Básica de Saúde em sala reservada. Estabeleceu-se tempo de 30 minutos para a aplicação do questionário, seguida de uma fala de encerramento da coleta de dados do estudo, pelo pesquisador e equipe de pesquisa, a qual teve duração média de 10 minutos.

A equipe de pesquisadores foi treinada previamente por meio de reuniões, com a finalidade de padronizar a coleta de dados em ambos os grupos, teste piloto (questionários e intervenção educativa), temática abordada no projeto e intervenção educativa.

4.5 Análise das informações

Quanto à análise quantitativa que pretendeu-se realizar a partir dos formulários (APÊNDICES C e D), ficou estabelecido sua realização por meio do *software* estatístico SPSS versão 22.0.

Para as variáveis categóricas foi calculada estatística descritiva nas frequências absoluta e relativa. Quanto às variáveis numéricas dos resultados, estas foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão, definidas após o Teste de Shapiro Wilk.

Para verificar a relação entre variáveis de exposição com o desfecho do estudo (O

conhecimento das gestantes sobre a minipílula) aplicamos o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher, considerando-se categórica dicotômica, ou seja, as gestantes respondiam um questionário com 10, cada uma valia 1 ponto e a partir da nota recebida, a participante era classificada com conhecimento satisfatório ou insatisfatório. As participantes com nota de 0 a 5 foram classificadas como **Conhecimento Insatisfatório**, e as com nota de 6 a 10 foram classificadas com **Conhecimento Satisfatório**. A comparação das variáveis antes e depois foi feita aplicando-se o teste McNemar (FIELD, 2009).

4.6 Princípios éticos adotados

A pesquisa foi submetida a apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa da FESP-Palmas e aprovada sob o Parecer Nº **5.829.489**.

Neste estudo, foram adotados os princípios éticos presentes na Resolução 466/12, que prega sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo orientação do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução congrega sob o cuidado ao indivíduo e a coletividade, os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

De acordo com a Resolução 466/2012, os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos incluem o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção aos grupos encontrados em situação de vulnerabilidade e aos considerados legalmente incapazes (autonomia), a ponderação entre os riscos e benefícios, sejam atuais ou potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), engajando-se no compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos ou riscos aos participantes, garantindo que os danos previsíveis da pesquisa fossem evitados (não maleficência), observando a relevância social do estudo com vantagens expressivas para os participantes da pesquisa e minimização do ônus para os vulneráveis, conferindo assim, equivalência dos interesses envolvidos, e mantendo o sentido de suas destinações sócio humanitárias (justiça e equidade).

Foi assegurada a todas as participantes, a garantia de acesso aos resultados provenientes da pesquisa em momento oportuno e reservado para esta finalidade, onde foram expostos os achados e considerações científicas dos resultados da pesquisa de modo acessível, grupal e objetivo às voluntárias.

Assegura-se que nesta pesquisa não há conflitos de interesse entre pesquisador e as participantes do estudo.

A participação das mulheres foi autorizada por elas, que após esclarecimentos dos objetivos do estudo, da metodologia e dos aspectos éticos vigentes, assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Assim, os dados oriundos da pesquisa foram utilizados exclusivamente para a pesquisa, conforme os preceitos éticos, legais e o acordado após apresentação e assinatura do TCLE.

Para a realização dentro dos preceitos éticos, no mês de Abril de 2021, o presente estudo foi submetido para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP Palmas, uma vez que foi desenvolvido em local resguardado pela rede municipal de assistência à saúde. Concomitantemente o projeto de pesquisa foi cadastrado na base nacional Plataforma Brasil, a qual abrangia todas as pesquisas que envolvem seres humanos em todos os comitês de ética do país.

4.7 Riscos e benefícios

Por se tratar de uma pesquisa cuja coleta de dados se deu por meio de entrevistas individuais, com anotação de dados pessoais e histórico sexual e reprodutivo, existiam riscos provenientes da participação para as voluntárias, os quais eram: constrangimento pela divisão de informações pessoais com estranhos, sentimento de invasão de privacidade e o risco relacionado a divulgação de dados confidenciais das partícipes.

Todavia, foram tomadas pelo pesquisador as devidas medidas de prevenção, atenuação e cautelares para minimizar os riscos relacionados à participação na pesquisa.

Deste modo, as medidas que foram tomadas para minimizar os riscos às participantes eram: para o **risco de divulgação de dados confidenciais** assegurou-se a proteção dos dados confidenciais das voluntárias, por meio de guarda em local de exclusividade para esta finalidade e sob controle do pesquisador responsável; e restringiu-se o acesso aos prontuários das participantes somente aos momentos de organização e coleta de informações necessárias e somente pelo pesquisador.

Quanto ao risco **sentimento de invasão da privacidade**, foi promovido um ambiente respeitoso e acolhedor nos momentos de entrevista e intervenção educativa.

Já, como ação para minimizar o risco de **constrangimento pela divisão de informações pessoais com estranhos nas entrevistas e intervenção educativa individual**, o pesquisador e sua equipe de apoio passaram por momento de capacitação, a qual constou este item como relevante na discussão formativa da equipe de pesquisa, assim, estavam atentos a todos os sinais de desconforto, constrangimento e agressividade durante os momentos de coleta de dados. Ademais foi garantido às gestantes participantes a garantia do respeito à opinião, às suas crenças, costumes, cultura e religião durante todas as fases da pesquisa.

Por seguinte, sobre os benefícios esperados, entende-se que a participação das gestantes

trouxe benefícios indiretos quanto à assistência em planejamento reprodutivo, aliada à reflexão sobre este planejamento reprodutivo ainda no período da gravidez, o que favoreceria a escolha da pílula exclusiva de progestógeno como um método eficaz no período pós-parto e sua relevância para a saúde sexual e reprodutiva. Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para fortalecer políticas públicas na área de saúde pública para mulheres e serviços de saúde. Entretanto, não estão previstos benefícios diretos sob o ponto de vista das voluntárias, com a sua participação na pesquisa.

4.8 Desfecho do estudo

O desfecho esperado a partir da realização do estudo traduz-se sob a consigna de que as atividades educativas sobre contraceptivo só de progestógeno realizadas com grupos de gestantes, modificaram significativamente o conhecimento destas sobre o uso do medicamento como método de planejamento reprodutivo no período pós-gravidez.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para exposição dos resultados da pesquisa, foram dispostos os dados do questionário de investigação socioeconômica e reprodutiva e do questionário de avaliação do conhecimento sobre pílula exclusiva de progestógeno prescrita no planejamento reprodutivo. A abordagem das participantes na pesquisa foi individual, em todas as etapas da coleta de dados. A ideia inicial seria realizar um grupo operativo para realizar a intervenção, todavia, essa estratégia precisou ser adaptada, para o modo individual. Esta mudança foi necessária ao verificar-se a dificuldade em manter o grupo coeso e participante das etapas da pesquisa, sendo necessário intervir individualmente, mas mantendo-se o desenho de pesquisa do tipo antes e depois, por meio da intervenção educativa individual.

A elaboração da cartilha educativa ocorreu durante uma disciplina desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) e constou de algumas etapas científicas: revisão da literatura utilizando descritores, construção do esboço inicial do material educativo, apresentação na disciplina para avaliação e colaboração para melhoria e ajustes finais para a versão final do material.

Na etapa de revisão da literatura para elaboração da Cartilha Educativa (APÊNDICE C), foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Educação em saúde, Anticoncepcionais, Estudos controlados antes e depois, Saúde da mulher e Atenção Primária à Saúde. Em seguida procedeu-se à leitura dos resumos dos artigos encontrados à medida em que iriam sendo desconsideradas as publicações que não correspondiam à proposta buscada no material técnico educativo. Nesse sentido, para compor e embasar o produto, foram lidos manuais sobre saúde da mulher do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

A etapa de construção do esboço inicial foi conduzida pelo pesquisador, já com o entendimento das literaturas selecionadas e leitura minuciosa do manual “Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde”, que serviu de referência principal para o sentido do material educativo.

A terceira fase da concepção da cartilha, foi a apresentação do produto técnico em disciplina do curso de mestrado, para a turma de alunos e professores. Esta etapa serviu como processo de validação do material, pois foram feitos os ajustes sugeridos pelos docentes e discentes.

Assim, na fase final de elaboração da cartilha educativa, foram feitos os ajustes finais técnicos pela análise da orientadora do pesquisador, assim como aplicação das técnicas corretas de formatação, aplicação da arte por meio dos desenhos e impressão gráfica da versão final do

livreto educativo.

Na cidade de Palmas, região norte, nos Centros de Saúde da Comunidade 603 norte e 409 norte, foram entrevistadas, a partir do cálculo amostral para estes centros, um total de 114 gestantes, sendo 50 na UBS 603 norte e 64 mulheres na UBS 409 norte.

A tabela 1 demonstra o perfil socioeconômico de todas as participantes da pesquisa, a partir da organização e tabulação das informações fornecidas pelas mulheres no formulário de Investigação Socioeconômica e Reprodutiva.

Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem (%) das mulheres gestantes que participaram da pesquisa sobre minipílula exclusiva de progestógeno, segundo o perfil socioeconômico. UBS 409 norte e 603 norte, da Estratégia de Saúde da Família, 2022. (n= 114)

Características	n	%
Raça/Cor		
Branca	82	71,9
Parda/Negra	31	27,2
Amarela	1	0,9
Faixa etária		
Até 27 anos	60	52,6
28 anos ou mais	52	45,6
Ausente	2	1,8
Estado civil		
União Estável/Noiva/Casada	80	70,2
Solteira	31	27,2
Ausente	3	2,6
Religião		
Católica	18	15,8
Evangélica	90	78,9
Não sabe/Não possui/Não quis informar	1	0,9
Ausente	5	4,4
Escolaridade		
Ensino fundamental	10	8,8
Ensino médio	68	59,6
Ensino técnico	7	6,1
Ensino superior	27	23,7
Mestrado	1	0,9
Ausente	1	0,9

Renda

Até 3000 reais	80	70,2
Acima de 3000,01 reais	26	22,8
Ausente	8	7

Fonte: Elaborado pelo autor. 2023.

Em virtude das diversas profissões/ocupações relatadas, não foram apresentadas na tabela. Entretanto, das 114 gestantes, 3 não relataram a ocupação. Assim, as ocupações descritas pelas participantes foram: dona de casa, microempreendedora, estudante, gerente de vendas, professora, operadora de caixa, camareira, secretária, babá, almoxarife, diarista e manicure.

Ao analisar a tabela, é possível relatar que quanto à cor/raça, 82 (71,9%) das mulheres eram autodeclaradas brancas.

Os achados desta pesquisa estão em conformidade com o perfil nacional trazido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que demonstra queda da fecundidade entre mulheres de todas as raças nas pesquisas nos anos de 2001 e 2015, especialmente as brancas, com taxa de fecundidade de 2,10 em 2001 e 1,69 em 2015. Em seguimento, mulheres negras em 2001 tinham taxa de fecundidade de 2,75, caindo para 1,88 em 2015 e as pardas 2,65 em 2001 e 1,96 em 2015. O panorama apresentado na pesquisa entre as gestantes evidencia semelhança ao padrão de fecundidade nacional, com a maioria de mulheres brancas apresentando mais filhos nascidos em comparação às autodeclaradas negras ou pardas (BRASIL, 2022).

Ainda sobre esta temática, o Fundo de População das Nações Unidas (2018) defende que os padrões de fecundidade no Brasil têm mudado com o passar das décadas, tanto em virtude da transição demográfica do país, quanto por outros fatores importantes, como mudança do cenário de trabalho, com mulheres trabalhando e estudando mais, bem como o uso de métodos contraceptivos. Destacando a permanência de mulheres brancas com maior fecundidade, seguidas das pardas e pretas.

Quanto à característica faixa etária, 52,6% (n=60) das mulheres possuía idade menor que 27 anos, 45,6% (n=52) tinham 28 anos ou mais e 2 não responderam a este questionamento. Demonstra-se aqui a variação da idade das participantes, pondo em evidência que a idade mínima foi 18 anos e a entrevistada de maior idade possuía 44 anos. A média obtida das idades foi de 27,62 anos, com um desvio padrão de 5,972. Esse achado corrobora a estatística nacional sobre fecundidade por faixa etária das mulheres brasileiras, onde é demonstrado que no Brasil as mulheres engravidam mais entre 20 e 24 anos. Esse dado afirma que a mãe brasileira controla

sua fecundidade em uma idade jovem, o que torna o Brasil um país diferente dos países desenvolvidos, como por exemplo os europeus, onde a transição da fecundidade ocorreu em idades maiores (UNFPA, 2018).

Estudos realizados em menor proporção no Brasil, também confirmam o achado desta pesquisa, a exemplo de Santos, Rohweder e Takenami (2021) que analisaram o perfil e fatores associados ao uso de contraceptivos orais combinados, ao destacarem que o uso de anticoncepcionais orais combinados foi significativamente mais prevalente em mulheres com idade entre 20 e 35 anos.

Sobre a característica estado civil, 70,2% (n=80) afirmaram estar enquadradas no contexto casada/união estável/noiva e 27,2% (n=31) estavam solteiras no momento da pesquisa. Completando a categoria, 2,6% (n=3) não responderam a este tópico em seus formulários. Este resultado pode ser analisado do ponto de vista da qualidade do planejamento familiar e sua relação com o estado civil, uma vez que a maioria das gestantes encontrarem-se em relação conjugal estável, uma parcela importante de 27,2% estava grávida e solteira, o que evidencia uma relação de vulnerabilidade nesta parcela pesquisada, pondo em contexto o provável não alcance oportuno do PR pelo serviço de estratégia saúde da família.

E sobre este resultado, Hellwig *et al.* (2023) concordam em sua pesquisa, ao revelarem em seu estudo internacional entre mulheres de países com renda baixa, que mulheres casadas que residiam com o marido tinham menor frequência no uso de métodos contraceptivos modernos – aqueles que envolviam procedimentos médicos ou tecnologia, como medicamentos – quando comparadas às solteiras.

Confrontando o achado desta pesquisa, Haakenstad *et al.* (2022) descrevem em seu estudo realizado em nível global que mulheres sem parceria utilizavam mais métodos contraceptivos, quando comparadas às casadas ou em algum tipo de união, evidenciando um padrão de planejamento reprodutivo que está condicionado à necessidade da mulher quando solteira, estando a união/casamento atrelada à necessidade de ter filhos ou uma demonstração de segurança para engravidar, em nível mundial entre os anos de 1973 e 2019.

Ainda no tocante ao estado civil, mas em nível mundial por meio do relatório Padrões Anticoncepcionais Mundiais da Organização da Nações Unidas (2013), em 2011, 56,4% das mulheres faziam uso de algum método contraceptivo, e destas, 7,5% tinham os anticoncepcionais orais como método de planejamento reprodutivo. Em nível nacional, em 2006, segundo Brasil (2009), 64% da população de mulheres em idade fértil do país encontrava-se em algum tipo de união, seja civil ou união consensual. Em adição, 25,8% das mulheres de 15 a 44 anos declararam serem solteiras, mas se somadas ao critério solteira as viúvas,

desquitadas, divorciadas e separadas, esse valor aumenta para 35,9%, um valor expressivo.

O achado de 27,2% (n=31) de mulheres gestantes solteiras nesta pesquisa demonstra a monoparentalidade e a respeito disto, reflete-se os impactos sociais como a vulnerabilidade, dificuldade em conseguir empregos formais e aliado a esse problema, o manejo na criação dos filhos sozinha. Este fato é discutido por Castro e Almeida (2021), ao revelarem estes assuntos como evidentes em um contexto social adverso para esta mulher solo e seus filhos no Brasil.

A religião praticada pelas participantes foi outra característica social pesquisada, onde verificou-se maioria expressiva com 78,9% (n=90) das mulheres declarando serem evangélicas, seguidas de 15,8% (n=18) de católicas praticantes, enquanto 0,9% (n=1) não quis informar e 4,4% (n=5) não responderam a este questionamento.

Os valores obtidos da análise da religião nesta pesquisa, são confrontados pelos dados nacionais do credo do brasileiro, que segundo o IBGE (2010), a partir do Censo Demográfico de 2010, o qual aponta que a maioria nacional, 64,63%, é Católica Apostólica Romana, e em segundo lugar, os de religião evangélica, que representam 22,16% do país. Em nível estadual, 68,27% dos tocantinenses eram católicos e 23,04% evangélicos na década passada.

Ainda conforme o mesmo Censo supracitado, em um nível local, em Palmas – TO, com 54,58% de praticantes, os católicos eram maioria, mas em quantidade menor à taxa estadual e nacional, seguidos os evangélicos, que eram 32,77% dos habitantes da cidade, revelando maior quantidade de cristãos evangélicos na capital. Ainda assim, os dados desta pesquisa nesta variável, não representam a cidade, por tratar-se de um grupo homogêneo de pessoas pesquisadas.

No tocante à escolaridade, houve maior prevalência de mulheres com ensino médio completo, 59,6% (n=68), seguido de 23,7% (n=27) que possuíam curso superior completo/incompleto. Gestantes com ensino fundamental eram 8,8% (n=10) do total, seguidas de 6,1% (n=7) que afirmaram possuir nível técnico, isto é, curso técnico ou equivalente. Apenas 0,9% (n=1) das participantes possuía mestrado, segundo a análise e 0,9 (n=1) configura como ausente na análise desta variável.

Segundo o Fundo de População para as Nações Unidas (2018), no Brasil, a taxa de fecundidade entre mulheres com 12 ou mais anos de estudo tem diminuído desde 2001 (1,6) até 2015 (1,2). Isto significa que mulheres com nível de escolaridade a partir do ensino médio, têm engravidado menos, o que foi diferente com o achado da variável escolaridade nesta pesquisa, que demonstrou maioria de gestantes com ensino médio. Já o resultado de 8,8% de gestantes com ensino fundamental nesta pesquisa também é confrontado pelo achado nacional que apresenta aumento de 2001 (1,6 filhos) a 2015 (1,8 filhos).

A pesquisa de Farias *et al.* (2016) não trabalhou com gestantes, entretanto, dentre as mulheres pesquisadas em nível nacional, as que possuem 12 ou mais anos de estudo que faziam uso de anticoncepcionais orais ou injetáveis eram 32,2%, superadas por aquelas de nível fundamental, com 32,4%. Estes dados revelam o perfil de interesse no método escolhido para o planejamento reprodutivo e traduz que nesta pesquisa envolvendo gestantes, o método pílula oral exclusiva de progestógenos tem potencial para uso em um PR a partir do puerpério.

A variável renda foi a que possuiu maior variabilidade, podendo-se estabelecer que a menor renda relatada era R\$ 134,00 (cento e trinta e quatro reais), contra a maior R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), com uma média calculada em 2709,42 e um desvio padrão de 2349,35, evidenciando maior dispersão entre os dados desta variável. Deste modo, 70,2% (n=80) tinham renda familiar de até 3000 reais, enquanto 22,8% (n=26) figuravam acima de 3000,01 reais na renda familiar. Em contrapartida, 7% (n=8) não informaram renda em suas entrevistas.

A média salarial das mulheres gestantes desta pesquisa ficou abaixo de 3 salários-mínimos, sendo que a maioria (70,2%) das entrevistadas declarou receber abaixo de R\$ 3000,00 reais brasileiros. Esses dados quando analisados à luz da literatura, refletem um problema social antigo no Brasil, o da prevalência de gestações entre mulheres com renda familiar baixa, assim como a renda abaixo do valor necessário para o sustento adequado de pessoas em uma família brasileira.

Esta afirmação é corroborada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), que em 2023 divulgou, que considerando a partir do salário-mínimo nominal em fevereiro de 2023 de R\$1.302,00, o valor de salário-mínimo necessário de R\$ 6.547,58, uma quantia muito acima da apresentada na média salarial das gestantes entrevistadas nesta pesquisa.

Em outro estudo sobre o tema, é revelado que o salário-mínimo nacional, necessita estar ajustado ao necessário para a garantia das nove necessidades básicas para as quais ele é calculado (moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social) em um nível familiar de ao menos dois adultos e duas crianças (CIRINO, ALVES e GIANI, 2021).

A pesquisa de Xavier *et al* (2013) obteve resultados semelhantes a este estudo com uma população de gestantes. Na pesquisa, a maior parte das grávidas 62,6%, declarou renda menor ou igual a três salários-mínimos, inclusive 7,6% das participantes em seu estudo relataram renda familiar inferior a um salário-mínimo, evidenciando padrão preocupante parecido ao deste estudo em análise.

O perfil sexual e reprodutivo das participantes e demonstrada na tabela 2. A tabela

estabelece um panorama reprodutivo da amostra estudada, o qual foi elaborado a partir da organização das respostas das participantes na coleta de dados.

Tabela 2 - Distribuição (%) das mulheres gestantes que participaram da pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno, segundo os dados ginecológicos e obstétricos. UBS 409 Norte e UBS 603 Norte da Estratégia Saúde da Família, 2022. (n=114)

Características	n	%
Menarca		
9 a 12 anos	57	50
13 a 17 anos	53	46,5
Ausente	4	3,5
Sexarca		
12 a 17 anos	67	58,8
18 a 24 anos	41	36,0
Ausente	6	5,3
Número de gestações		
1 gestação	31	27,2
2 gestações	32	28,1
3 a 4 gestações	38	33,3
5 ou mais gestações	13	11,4
Número de partos		
1 e 2 partos	55	48,2
3 ou mais partos	18	15,8
Não se aplica	41	36,0
Número de partos cesáreos		
1 e 2 partos	31	27,2
3 ou mais partos	3	2,7
Não se aplica	80	70,2
Número de partos normais		
1 e 2 partos	37	32,5
3 e 4 partos	9	7,9
5 o mais partos	1	0,9
Não se aplica	67	58,8
Número de Abortos		
1 aborto	24	21,1
2 abortos	7	6,1
3 abortos	2	1,8
Nenhum aborto	81	71,1

Fonte: Elaborado pelo autor. 2023.

Quanto ao histórico sexual e reprodutivo, foram analisadas as características menarca, sexarca, número de gestações, partos, partos cesarianas e partos normais e de abortos, para a demonstração do perfil sexual e reprodutivo das participantes do estudo, como estratégia para analisar estas variáveis no contexto do planejamento reprodutivo do grupo pesquisado e sua influência no desfecho do conhecimento das gestantes.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2009) realizada entre os anos de 1996 e 2006 expressa o cenário da fecundidade, revelando que as mulheres em maior vulnerabilidade social, as mais pobres e as solteiras apresentam maior prevalência de gravidezes não planejadas e não desejadas. As negras e de idade mais avançada apresentaram maior prevalência nas variáveis sobre não terem desejado o último filho.

Estes resultados refletem diretamente sobre a qualidade das ações em PR desenvolvidas pelos serviços de saúde, evidenciando uma realidade ainda carente de mudanças importantes e efetivas no cuidado à saúde sexual e reprodutiva feminina em âmbito nacional (BRASIL, 2009).

A idade para menarca variou entre 9 e 17 anos nas entrevistadas, sendo na faixa etária de 9 a 12 anos 50% (n=57), dos 13 aos 17 anos 46,5% (n=53) tiveram o primeiro episódio menstrual e 3,5% (n=4) não informaram este campo no formulário. Estes resultados evidenciam uma idade precoce para início do período menstrual. A média estabelecida na menarca foi de 12,55 anos e um desvio padrão de 1,646.

Quanto ao quesito menarca, estudos nacionais e internacionais discutem a média da menarca entre mulheres. No Brasil, Barros *et al.* (2019), por meio do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), foi estabelecida que a média da primeira menstruação é 11,71 anos, um resultado diferente em aproximadamente 1 ano se comparado ao achado em nossa pesquisa, que encontrou média de 12,55 anos. Já em nações desenvolvidas, como os Estados Unidos, esta faixa etária é ligeiramente diferente da brasileira. Segundo o *Committee on Adolescent Health Care* (2015), mulheres americanas têm menarca entre 12 e 13 anos e uma média de 12,43, um valor mais aproximado ao encontrado nesta pesquisa.

Esta análise acerca da menarca abre espaço para a interpretação de que apesar dos fatores genéticos que promovem sua chegada em tempo habitual, atrasado ou precoce, outros fatores também condicionam a mulher para a primeira menstruação e interferem de igual modo aos genéticos. Estas características são ambientais, estado nutricional e prática de exercícios físicos, dentre as quais, o padrão alimentar e nutricional tem maior influência (ROCHA, 2013).

Ainda neste contexto, Gemelli, Farias e Spitzer (2020), em seu estudo com mulheres da região norte do Brasil, enfatizam que os padrões alimentares e nutricionais têm forte influência na menarca. Em seu estudo, nas variáveis peso, índice de massa corporal, índice de massa

muscular e massa de gordura, os autores identificaram associação estatística significativa entre as variáveis e a chegada da menarca na faixa etária de 11 e 12 anos.

Nesta pesquisa não foi estabelecida análise nutricional e sua relação com a menarca, entretanto, a partir da discussão, percebeu-se a interferência que o estado nutricional apresenta na menarca de mulheres no Brasil e internacionalmente.

A média da sexarca – primeiro intercurso sexual – entre as gestantes entrevistadas ficou em 16,92 anos, acompanhada de um desvio padrão de 2,473. Ainda quanto à variável sexarca, a maior parte 58,8% (n=67) das entrevistadas afirmou a sexarca entre 12 e 17 anos, seguida de 36,0% (n=41) entre 18 e 24 anos e 5,3% (n=6) que não responderam a este questionamento. A faixa etária mais prevalente desta pesquisa está próxima da nacional de 15,3 anos, descrita por BRASIL (2013), ao descrever a média de início da atividade sexual do jovem brasileiro.

É interessante ressaltar que parâmetros sexuais e reprodutivos, como a sexarca e a menarca são importantes indicadores na educação em saúde de jovens para a realização do planejamento reprodutivo. Tais variáveis são uteis do ponto de vista da escolha do método mais adequado, auxiliando no juízo clínico do profissional no momento da prestação de cuidado relacionado ao uso do método contraceptivo mais adequado, tendo em vista que a mulher brasileira tem iniciado a prática sexual cada vez mais cedo, aliada ao uso de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2013).

O ponto de vista comportamental e social acerca da sexarca é discutido por Maranhão *et al.* (2017), ao demonstrarem média de sexarca semelhante de 15,32 anos, aliada a uma faixa etária entre 9 e 19 anos para o primeiro coito. Encontraram, ademais, significância estatística entre a sexarca e escolaridade, surgimento da menarca, o tempo de namoro com o primeiro parceiro sexual e a educação sexual fornecida na escola. Os autores corroboram, afirmando que estas características estão relacionadas à tomada de decisão do jovem sobre iniciar a prática sexual, assim como o uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual.

Em estudo desenvolvido no sudeste do Brasil, Vieira *et al.* (2021) encontraram média da sexarca menor, de 14,5 anos, se comparada à média de 16,92 anos desta pesquisa, demonstrando achados discordantes acerca da primeira relação sexual em mulheres.

No item sobre a quantidade de gestações, fica evidente que a maioria, 28,1% (n=32) já engravidou, seguida das primigestas com 27,2% (n=31) com pouca diferença percentual. Já, 33,3% (n=38) das gestantes tiveram entre 3 e 4 gravidezes, e por fim, mas demonstrando um valor expressivo, 11,4% (n=13) das participantes já teve 5 ou mais gestações. A média para a quantidade de gestações foi de 2,57 e desvio padrão de 1,426.

Tendo em vista a média de gestações, esta pesquisa revelou a tendência de pelo menos

2 filhos por mulher gestante, sendo que a maior parte, 28,1%, relatou ter 2 filhos. Este resultado não concilia com as descobertas de Pedro et al (2021), que enfatizam que primigestas são a maioria, entretanto há uma interpretação mais aprofundada da quantidade de filhos e sua relação com fatores causais. Segundo os autores, mulheres primíparas são maioria e até a primeira gestação foi realizado planejamento reprodutivo, entretanto, quando se chega à terceira gravidez, essa situação é relatada como inoportuna ou não planejada.

Apesar do valor significativo de mulheres com 5 gestações ou mais, 11,4%, outras publicações interpelam este resultado, trazendo uma média de gestações de 2,01 filhos, como descrito por Wender, Machado e Politano (2022). Os autores ainda descrevem as paridade do ponto de vista do não planejamento, ao inferirem que as principais causas de gestações não planejadas foi a ausência de uso de métodos contraceptivos, o uso incorreto e a falha destes métodos.

Quanto aos partos, verificou-se que maior parte das mulheres 48,2% (n=55) teve no máximo 2 partos, sendo 15,8% (n=18) de mulheres que tiveram 3 ou mais gestas e um valor expressivo de mulheres primigestas – primeira gestação – que constam no item não se aplica, 36,0% (n=41).

A análise das informações sobre os tipos de parto foi realizada separadamente, pela necessidade de demonstrar os tipos de partos aos quais as participantes já foram submetidas, tendo em vista que a mulher pode vivenciar tanto o parto cesáreo, quanto o vaginal ao longo da sua vida reprodutiva.

Especificando os tipos de parto, foi levantado que 70,2% (n=80) das mulheres ainda não foi submetida a parto cesáreo marcando a resposta não se aplica. 27,2% (n=31) afirmaram 1 ou 2 partos cesarianos, e 2,7% (n=3) das mulheres já foi submetida a 3 ou mais partos cesáreos, o que põe em evidência o maior risco obstétrico em virtude da quantidade de partos cesáreos.

O dado *não se aplica* equivale a maioria das respostas, o qual foi informado na variável parto cesáreo, pressupõe a interpretação de que até o momento da pesquisa, a mulher ainda não havia vivenciado o procedimento, como também pode se tratar de uma nulípara. A dimensão do desejo, indicação médica e outros motivos para o tipo de parto não foram abordados nesta pesquisa. Ainda assim, houve uma quantidade considerável de mulheres que já foram submetidas ao parto cesariano, ao menos 1 ou 2 vezes (27,2%).

Corroborando o achado desta pesquisa sobre o valor expressivo de cesarianas entre as participantes, Betran *et al.* (2021) trazem um panorama mundial sobre os partos cesáreos e alertam que a situação está em evidente crescimento, estando a taxa global de cesarianas em 21,1%, revelando ampla utilização do procedimento, especialmente na América Latina, em

destaque como uma das regiões de maior ocorrência de cesarianas.

No cenário nacional, especificamente no Sistema Único de Saúde, Guimarães *et al.* (2021) desenvolveram estudo retrospectivo investigando dados de partos entre os anos de 2000 e 2018, reportando que os partos vaginais são maioria, 51,3%, contra 48,7% de cesarianas, havendo uma heterogeneidade entre a distribuição destes partos em cada região, merecendo destaque o Norte, com 47% de todos os partos vaginais realizados no país. Já nas demais regiões brasileiras, prevaleceu o parto cesariana, com 67,8% do total.

Na concepção da prestação de assistência adequada à saúde materno-infantil, a Organização Mundial de Saúde, por meio de Betran *et al.* (2015) orienta que a taxa ideal de partos cesáreos em uma instituição de saúde está entre 10% e 15%, a qual é compreendida pela relação entre o número de cesáreos e o total de partos realizados. Assim, este procedimento é necessário quando há risco de agravo ou morte à mãe e criança, servindo como importante ferramenta médica, guardados os seus benefícios e a indicação clínica correta. Considerando a taxa ideal mundialmente estabelecida, a porcentagem de 27,2% (n=31) de cesáreos desta pesquisa apresenta desacordo com o preconizado.

Dentre os partos vaginais ou normais, 58,8% (n=67) das participantes não relataram sua ocorrência, 32,5% (n=37) encontravam-se entre 1 ou 2 partos normais e 0,9% (n=1) eram múltíparas, com 5 ou mais partos normais.

Detalhando o histórico de partos vaginais das mulheres gestantes entrevistadas, mais da metade relatou que ainda não vivenciou o parto vaginal, o que se julgado sob a estatística nacional, está em acordo com Guimarães *et al.* (2021), que atestam que entre os anos 2000 e 2018, 51,3% dos partos ocorridos no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS foram partos vaginais. No contexto da saúde privada do estado de São Paulo, os achados da pesquisa são confirmados por Borem *et al.* (2015), ao demonstrarem que no ano de 2014 o percentual de partos vaginais entre mulheres atendidas pelo plano de Saúde UNIMED atingiu a expressivos 71% do total de partos na cidade de Jaboticabal-SP.

No que tange à maioria dos partos vaginais, este estudo teve prevalência de partos vaginais menor que a média nacional estabelecida por Sanches *et al.* (2021), ao destacarem que no período compreendido entre 2010 e 2019, no Brasil 42,3% dos partos foi vaginal espontâneo. Damasceno *et al.* (2017) também discordam ao evidenciarem níveis de parto vaginal de 60% e taxa de 40% de cesarianas em seu estudo realizado no estado de Minas Gerais na década passada, entretanto, assim como este estudo os autores concordam com a alta taxa de partos cesáreos, inclusive acima da média estabelecida pela OMS, discutida anteriormente.

Ao tempo em que se discute a prevalência de partos vaginais, Gama *et al.* (2021) trazem

que a incorporação de enfermeiras obstetras aos serviços de atenção ao parto em Hospitais e Maternidades do Brasil aumentou o número de partos vaginais assistidos, redundando em melhores práticas como maior uso de partograma e queda no uso de ocitocina, episiotomias e posição litotômica para o parto, em comparação àquelas que não tinham esses profissionais em seus processos de trabalho.

Na variável abortos, verifica-se a maioria das gestantes entre as que não sofreram com a situação, 71,1% (n=81), entretanto, uma alta taxa 21,1% (n=24) de mulheres que já tiveram pelo menos 1 aborto, seguido de 6,1% (n=7) com 2 abortos e 1,8% (n=2) já conviveram com ao menos 3 episódios de aborto. A pesquisa não se ateve a classificar os tipos de aborto, pela necessidade de focar o objeto de estudo.

Embora esta pesquisa não tenha aprofundado a análise acerca das causas dos abortos relatados, a prevalência significativa dessa variável no estudo pode ser incorporada aos dados internacionais dispostos pela OMS (2013), ao descrever o aborto como uma situação de grande interesse público em saúde, dadas as suas proporções, causas e fatores que levam ao seu acontecimento, em especial, o abortamento inseguro – aquele realizado para interromper a gestação indesejada, feito por pessoas sem capacidade técnica para a prática, em locais sem regulamentação médica sanitária – que é o principal tipo encontrado entre as causas de morte materna no mundo. A entidade calcula que na década passada, anualmente eram realizados cerca de 22 milhões de abortos, dos quais 98% eram inseguros.

Apesar de encontrar-se entre as menores causas de mortalidade materna no mundo entre 2003 e 2012, com 7,9% dentre todas, Say *et al.* (2014) ainda mantém o abortamento como uma importante situação de saúde global sobre as causas de morte de mulheres em idade reprodutiva.

A política pública de saúde mundial demonstra preocupação acerca do abortamento inseguro. No relatório Tendências da Mortalidade Materna 2000-2020, de autoria da OMS (2023), em parceria com outras entidades de renome, como o UNICEF, elencaram as principais causas do óbito materno, dentre elas figuravam as complicações do abortamento inseguro.

A segunda parte da apresentação dos resultados diz respeito às respostas das participantes acerca da investigação do conhecimento sobre a minipílula exclusiva de progestógeno, antes e depois da intervenção educativa. Foi demonstrado, ademais, o resultado da análise do conhecimento quanto à nota conseguida com as respostas, bem como os resultados relativos ao nível de conhecimento.

As variáveis pesquisadas para a avaliação do conhecimento das participantes foram estabelecidas com base no manual Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde, de autoria da OMS, que traz situações do cotidiano de mulheres em idade

reprodutiva, aliadas às informações importantes sobre o uso da PSP para estas mulheres.

A seguir é apresentada a tabela 3, que dispõe as notas e porcentagem obtidas pelas mulheres, pela organização em conhecimento satisfatório (notas de 6 a 10) e não satisfatório (notas de 0 a 5), seguidas do resultado do teste Qui-quadrado, que foi realizado para procurar a associação estatística entre as variáveis socioeconômicas e reprodutivas e o nível de conhecimento verificados antes da intervenção educativa individual.

Tabela 3 – Distribuição (%) e teste qui-quadrado das mulheres gestantes que realizaram a pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno, segundo as características socioeconômicas, gineco-obstétricas e nível de conhecimento antes da intervenção educativa individual. UBS 409 Norte e 603 Norte, da Estratégia Saúde da Família 2022.

Características	conhecimento satisfatório N [%]	conhecimento insatisfatório N [%]	p-valor
Raça/Cor			
Branca	7 [38,9]	11 [61,1]	0,374*
Parda/Negra	22 [24,4]	68 [75,6]	
Amarela	0 [0]	1 [100]	
Faixa etária			
Até 27 anos	13 [21,7]	47 [78,3]	0,382*
28 anos ou mais	15 [28,8]	37 [71,2]	
Estado civil			
Casada/Noiva/União	23 [28]	59 [72]	0,345*
Estável			
Solteira	6 [19,3]	25 [80,7]	
Religião			
Católica	13 [40,6]	19 [59,4]	0,144*
Evangélica	12 [21,5]	44 [78,5]	
Não sabe/Não possui/ Não quis informar	4 [17,4]	19 [82,6]	
Escolaridade			
Ensino fundamental	1 [10]	9 [90]	0,348*
Ensino médio	17 [25]	51 [75]	
Ensino técnico	2 [28,5]	5 [71,5]	
Ensino superior	8 [29,7]	19 [70,3]	
Mestrado	1 [100]	0 [0]	
Renda			
Até 3000 reais	20 [25]	60 [75]	0,845*
Acima de 3000,01 reais	7 [26,9]	19 [73,1]	
Menarca			
9 a 12 anos	17 [29,8]	40 [70,2]	0,393*
13 a 17 anos	12 [22,6]	41 [77,4]	

Sexarca			
12 a 17 anos	18 [26,9]	49 [73,1]	0,997*
18 a 24 anos	11 [26,9]	30 [73,1]	
Número de gestações			
Até 2 gestações	15 [23,8]	48 [76,2]	0,657*
3 ou mais gestações	14 [27,4]	37 [72,6]	
Número de partos			
1 e 2 partos	15 [27,2]	40 [72,8]	0,594**
3 ou mais partos	5 [27,8]	13 [72,2]	
Número de Abortos			
Até 1 aborto	3 [12,5]	21 [87,5]	0,046*
2 ou mais abortos	4 [44,4]	5 [55,6]	

*Teste Qui-quadrado **Exato de Fisher

Fonte: elaborado pelo autor. 2023.

De todas as características analisadas no software SPSS versão 22.0, percebeu-se associação na amostra estudada apenas quanto à variável número de abortos, com um p-valor de 0,046, demonstrando correlação entre o número de abortos vivenciados e o nível de conhecimento observados antes da intervenção educativa.

Um dado alarmante foi evidenciado na população pesquisada, obtiveram conhecimento insatisfatório as mulheres gestantes negras e pardas, as solteiras e as que relataram ensino fundamental e médio. Este dado aponta para uma situação conflitante no contexto social e de saúde, que vigora pelo conhecimento insuficiente acerca da pílula exclusiva de progestógeno no contexto do planejamento reprodutivo, o que foi descrito já justificativa e hipótese desta pesquisa.

A pesquisa de Azees *et al* (2022) discute a correlação estatística entre a quantidade de anos de estudos da mulher gestante e o uso de métodos contraceptivos, uma vez que quanto maior o seu nível de conhecimento, mais atenção a mulher dá ao seu planejamento reprodutivo.

Nesse sentido, da Silva e de Paula (2021) alertam, ademais para a assistência sexual e reprodutivo insuficiente entre mulheres negras, a qual está diretamente relacionada como uma das causas do óbito materno entre este público-alvo, em adição à necessidade de uma atenção focada no ciclo gravídico puerperal e das complicações que o adoecimento neste período pode gerar.

Completando e reforçando estes resultados, Pedro *et al.* (2021) enfatizam que características sociodemográficas como baixa renda, baixa escolaridade e a ausência de companheiro estão relacionados à pouca adesão às ações do planejamento reprodutivo, o que evidencia a necessidade de estratégias educativas voltadas a melhorar o entendimento do PR

como um conjunto de ações em saúde que promovem autonomia e qualidade de vida sexual e reprodutiva, mas revela ainda um problema social proeminente e que ainda é pouco discutido do ponto de vista científico.

Sobre o aborto e o uso de contraceptivos, da Silva, Franco e Leite (2021) discutem em seu estudo que as mulheres que já vivenciaram algum tipo de aborto conhecem os tipos de anticoncepcional disponíveis, especialmente as pílulas, preservativo masculino, anticoncepcionais injetáveis e DIU (Dispositivo Intrauterino), entretanto ficou evidente a pouca procura por consultas especializadas com profissionais para escolha do método adequado ao seu comportamento sexual, o que possibilita, inclusive a falha no uso dos métodos citados.

Nesse contexto, Newton, Dickson e Hoggart (2020) contribuem ao afirmarem o valor da educação em saúde sexual e reprodutiva voltada para o uso correto dos métodos anticoncepcionais e contracepção de emergência, que se mostra como uma atividade com maior potencial de mudança de hábitos e a prevenção de situações conflitantes como a gravidez indesejada e o aborto.

A tabela 4 segue a mesma lógica estatística da anterior, entretanto, com a verificação da associação estatística entre as características socioeconômicas e gineco-obstétricas com o nível de conhecimento – satisfatório e insatisfatório – após a intervenção, e estabelecendo o valor de p pelo teste Qui-quadrado. Nela são dispostas as 11 variáveis que fundamentaram a análise do perfil socioeconômico, ginecológico e obstétrico da população estudada na pesquisa: raça/cor, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade, renda, menarca, sexarca, número de gestações, número de partos e número de abortos.

Tabela 4 – Distribuição (%) e teste qui-quadrado das mulheres gestantes que realizaram a pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno, segundo as características socioeconômicas, gineco-obstétricas e grau de conhecimento após a intervenção educativa individual. UBS 409 Norte e 603 Norte, da Estratégia Saúde da Família 2022.

Características	conhecimento satisfatório N [%]	conhecimento insatisfatório N [%]	p-valor
Raça/Cor			
Branca	18 [100]	0 [0]	0,441*
Parda/Negra	80 [92]	7 [8]	
Amarela	1 [100]	0 [0]	
Faixa etária			
Até 27 anos	55 [91,7]	5 [8,3]	0,311**
28 anos ou mais	47 [96]	2 [4]	
Estado civil			
Casada/Noiva/União	76 [95]	4 [5]	0,523**
Estável			
Solteira	28 [93,3]	2 [6,7]	

Religião			
Católica	32 [100]	0 [0]	
Evangélica	49 [92,5]	4 [7,5]	0,256*
Não sabe/Não possui/ Não quis informar	20 [87]	3 [13]	
Escolaridade			
Ensino fundamental	9 [90]	1 [10]	
Ensino médio	63 [95,4]	3 [4,6]	0,832*
Ensino técnico	6 [85,7]	1 [14,3]	
Ensino superior	24 [92,3]	2 [7,7]	
Mestrado	1 [100]	0 [0]	
Renda			
Até 3000 reais	72 [93,5]	5 [6,5]	0,525**
Acima de 3000,01 reais	25 [96,2]	1 [3,8]	
Menarca			
9 a 12 anos	52 [92,8]	4 [7,2]	0,552**
13 a 17 anos	48 [94,2]	3 [5,8]	
Sexarca			
12 a 17 anos	63 [95,4]	3 [5,6]	0,395**
18 a 24 anos	36 [92,3]	3 [7,7]	
Número de gestações			
Até 2 gestações	57 [91,9]	5 [8,1]	0,327**
3 ou mais gestações	47 [96]	2 [4]	
Número de partos			
1 e 2 partos	52 [96,3]	2 [3,7]	0,566**
3 ou mais partos	16 [94,2]	1 [5,8]	
Número de Abortos			
Até 1 aborto	22 [95,6]	1 [4,4]	0,490**
2 ou mais abortos	8 [88,9]	1 [11,1]	

*Teste Qui-quadrado **Exato de Fisher

Fonte: elaborado pelo autor. 2023.

A análise dos dados da tabela 4, permite inferir que não há associação estatística entre as variáveis e o nível de conhecimento após a intervenção na amostra examinada, entre características socioeconômicas como faixa etária, renda, religião, escolaridade, estado civil e raça com o conhecimento a partir da atividade educativa individual realizada com as participantes.

No entanto, a tabela 4 revela outro resultado digno de atenção, a mudança do conhecimento nas variáveis observadas na tabela 3: mulheres negras/pardas, solteiras com baixa renda e com apenas ensino médio e fundamental. Observa-se mudança significativa nas

notas de coorte após a atividade educativa, o que revela caráter modificador da atividade educativa nesses contextos sociais.

De igual modo, as características sexuais e reprodutivas (menarca, sexarca, número de partos, abortos e gestações) não demonstraram associação estatística significativa, mesmo após a intervenção educativa, pondo em evidência que estas variáveis não interferem no nível de conhecimento de uma mulher gestante que passou por intervenção educativa.

Entretanto, diferentemente dos nossos achados, em um estudo nacional realizado por Trindade *et al.* (2021), foi descrito que mulheres brancas realizam a dupla proteção – uso de método hormonal aliado a outro método contraceptivo –, as casadas utilizando dupla proteção em menor quantidade, seguidas daquelas com mais de 12 anos de estudo que também seguem o método duplo. Estes achados revelam para estas variáveis socioeconômicas que a contracepção segue um padrão nacional de dupla proteção.

Esta pesquisa não encontrou evidências associáveis para as características socioeconômicas e reprodutivas com atividade educativa individual. No entanto, estudos revelam que existe um padrão duplicado de vulnerabilidade associado a educação reprodutiva para as mulheres brasileiras, onde mulheres mais vulneráveis como as pretas e pardas, as Nortistas, que residem em zona rural e com menor escolaridade sofrem pela pouca educação em saúde voltada ao PR, quanto ao acesso insuficiente a os métodos contraceptivos (TRINDADE *et al.*, 2021).

Do ponto de vista dos aspectos sociais e demográficos, xxxx corroboram com os resultados desta pesquisa em seu estudo nigeriano. Os autores relatam que o uso do contraceptivo futuro por mulheres gestantes está estatisticamente ($p < 0,05$) associado ao maior nível de escolaridade, idade do casamento e a profissão, do ponto de vista comportamental e a relação com o planejamento reprodutivo.

A correlação entre aspectos sociais, de vulnerabilidade e reprodutivos está evidente no estudo de Tareke *et al.* (2022), contrapondo também os resultados desta pesquisa. Os autores alertam para as necessidades não atendidas no Planejamento Reprodutivo, isto é, os interesses e autonomia da paciente durante o PR, em que tais necessidades aumentam conforme aumenta a paridade, mas também diminuem à medida em que estas mulheres estudam mais. Portanto, o maior grau de escolaridade permite à mulher entender melhor seus direitos, argumentar seus interesses reprodutivos e ser autônoma durante o seu planejamento reprodutivo.

A tabela 5 apresenta os conceitos obtidos pelas participantes no momento que antecedeu a atividade educativa e após ela, analisados por meio do teste de McNemar, estabelecendo-se conceito insatisfatório para as gestantes que obtiveram nota de 0 a 5, e satisfatório para aquelas

com nota de 6 a 10.

Tabela 5 – Distribuição (%) e resultado do teste de McNemar das mulheres gestantes que realizaram a pesquisa sobre o uso da minipílula exclusiva de progestógeno segundo o grau de conhecimento antes e após a intervenção educativa individual. UBS 409 Norte e 603 Norte, da Estratégia Saúde da Família 2022. (n=114 pré e n=111 pós)

Nível de conhecimento	Conhecimento pré-intervenção		Conhecimento pós-intervenção		p-valor McNemar
	N	%	N	%	
Conhecimento insatisfatório					< 0,001
0 a 5 pontos	85	74,6	7	6,1	
Conhecimento satisfatório					
6 a 10 pontos	29	25,4	104	91,2	
Total	114	100	111	97,3	

Fonte: Elaborado pelo autor. 2023.

Os dados da tabela 5 evidenciam as notas obtidas a a partir das respostas das participantes da pesquisa, antes e após a intervenção educativa individual. Destaca-se aqui que houve uma redução na amostra, de 114 mulheres que participaram respondendo ao questionário antes da intervenção educativa, para 111 após a atividade educativa, dito isto, a porcentagem calculada no *software* SPSS é demonstrada em 97,3% (n=111) no período pós educação em saúde.

O principal achado nesta análise é inferir que houve ganho de conhecimento pelas mulheres gestantes submetidas à atividade educativa individual, no tocante ao tema uso da minipílula exclusiva de progestógeno (PSP) como método contraceptivo, perceptível pelo **p-valor <0,001**, que demonstra associação estatisticamente significativa entre mudança no nível de conhecimento e aplicação da intervenção educativa

Isto permite a interpretação de que a atividade educativa desenvolvida de maneira dialogada, horizontalizada, individual, explanando a cartilha educativa e tirando as dúvidas durante esta explicação é um método eficaz de promoção da saúde para a amostra analisada e com potencial para divulgação em outras atividades envolvendo o público gestante, diferentemente das estratégias convencionais realizadas em grupo na Atenção Primária à Saúde.

Aliadas a um pré-natal integral, voltado às necessidades da gestante, com o envolvimento de todas as categorias profissionais na ESF, as atividades educativas são descritas por Schwab *et al.* (2021) como valiosas e promotoras de mudanças, sejam elas individuais ou em grupo, o que de certo ponto reforça o achado por esta pesquisa, tanto pelo

caráter individual da atividade educativa, quando pelo âmbito da estratégia saúde da família.

Quanto à característica da horizontalidade na educação à saúde de mulheres gestantes e foi debatida nesta pesquisa, estudos concordam com a prática, e afirmam sua potencialidade na proporção em que vai-se desenvolvendo um pré-natal centrado na mulher e família. Teodoro *et al.* (2021) destacam, ademais, que o profissional de saúde tem esse papel promotor da horizontalidade na prestação de educação em saúde.

No tocante às tecnologias utilizadas para promover a educação em saúde para as mulheres grávidas, as cartilhas educativas já demonstram resultados positivos, quando implementadas em gestantes. O estudo randomizado em cluster, desenvolvido por Oliveira *et al.* (2018), discute a mudança significativa de conhecimento em mulheres grávidas submetidas e intervenção educativa com a cartilha como ferramenta técnica para o aprendizado, reforçando os achados desta pesquisa que fez uso de objeto semelhante, o livreto educativo.

Nesse contexto, livretos são importantes materiais de cunho educativo para o público gestante, especialmente quando voltados às situações do cotidiano da mulher grávida, com características atrativas e lúdicas (SILVA *et al.*, 2021).

Ainda em concordância com estes achados, Berhane e Belachew (2022) em seu estudo Etíope, encontrou associação estatística importante na educação em saúde para mudança positiva no conhecimento de gestantes que participaram de atividade educativa com a tecnologia educativa “imagens ilustrativas”, o que foi positivo do ponto de vista da melhoria do acesso e utilização de ácido fólico entre as gestantes.

Aconselhamento do Plano de Vida Reprodutiva é o termo utilizado em países estrangeiros para o que denominamos no Brasil Planejamento Reprodutivo. Nesse contexto, Skogsdal *et al* (2021) identificaram que intervenções educativas promovidas em mulheres e homens que desejavam planejar gestações futuras foi significativa do ponto de vista da escolha dos métodos contraceptivos, fertilidade, idade e paridade, bem como fertilização *in vitro*. Os autores em seu estudo antes e depois, descrevem que 76% das mulheres relataram a necessidade do aconselhamento do plano de vida reprodutiva em sua rotina educativa e de atendimento pré-concepcional.

Em um cenário aproximado, Leekuan, Kane e Sukwong (2021) pesquisaram o fenômeno da gestação na adolescência e a necessidade/importância da educação sexual no período gravídico. Em reforço a esta pesquisa, os autores alertam para o potencial da educação sexual focada na utilização adequada dos métodos contraceptivos e a prática sexual entre adolescentes para a promoção do sexo seguro e a gravidez consciente e planejada no período certo.

Assim, uma proposta com finalidade educativa deve estar envolta de boa vontade, objetivos claros e atingíveis, de fácil leitura e, acima de tudo, focada em propor mudança positiva na realidade do público-alvo. Nesse sentido, Lima e Missio (2021) interpõem importantes relatos acerca da tecnologia desenvolvida por eles e que compactua com as evidências desta pesquisa, ao focarem sua tecnologia educativa no ponto de vista orientador para a paciente que realiza planejamento reprodutivo, visando a mudança de conhecimento e o papel orientador do profissional de saúde neste contexto educativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa trouxe a necessidade de se discutir e analisar a educação em saúde individual no conhecimento de gestantes acerca do uso da pílula exclusiva de progestógeno, como importante ferramenta no planejamento reprodutivo. Assim, a ótica focada na necessidade de trazer o método contraceptivo como importante aliado no período pós gravídico, para a prevenção de gravidezes inoportunas, indesejadas e em um curto intervalo gravídico, foi um assunto abordado integralmente neste estudo.

A pesquisa seguiu os objetivos propostos em sua completude, portanto, a mudança do conhecimento acerca do método contraceptivo hormonal pílula só de progestógeno foi avaliada cientificamente, descrevendo-se e discutindo-se à luz da ciência. O perfil socioeconômico, sexual e reprodutivo das mulheres gestantes que participaram do estudo, estudando o conhecimento destas acerca das particularidades do método PSP no seu cotidiano de uso, com posterior realização de uma intervenção educativa individual dialogada, horizontalizada com a utilização da cartilha “Pílula só de progestógeno e seu uso durante o aleitamento materno: educando no pré-natal”.

E por fim, comparando-se o efeito desta intervenção educativa no conhecimento destas partícipes foi descoberto que os fatores socioeconômicos, reprodutivos e obstétricos não estão cientificamente relacionados ao conhecimento da mulher grávida sobre a PSP, mas com um resultado promissor acerca da potencialidade da atividade educativa individual dialogada com a cartilha educativa, como importante tecnologia educativa que promove mudança de conhecimento acerca do método em um Planejamento Reprodutivo contextualizado durante o pré-natal, focado a permitir o entendimento da Pílula e suas particularidades.

Conjuntamente a isto, a hipótese de pesquisa que partia do entendimento de que a atividade educativa individual promoveria mudança significativa no conhecimento de gestantes foi comprovada, uma vez que o p-valor a partir do teste de McNemar demonstrou um resultado $<0,001$, o que demonstra a influência positiva da tecnologia educativa e seu valor como método de promoção do conhecimento.

Apesar de a temática educação em saúde individual com gestantes na orientação sobre o uso de contraceptivos apresentar escassa gama de publicações nos periódicos científicos, ainda foi possível perceber que o uso das tecnologias educativas foi mencionado e analisado como potenciais ferramentas de mudança do conhecimento.

Por fim, a pesquisa demonstrou que a utilização da cartilha educativa é viável e traz resultados promissores, entretanto, destaca-se como fragilidade deste estudo a amostra que não reflete toda a realidade do município de Palmas ainda, entretanto, tem o seu caráter

transformador, carecendo da realização de estudos semelhantes, com maior amostragem e conseqüentemente abrangência, para uma consolidação mais aprimorada de todo o universo populacional de gestantes do município.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, R; LEMOS, A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, 2011.
- ALMEIDA, J. D. *et al.*. Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram laqueadura tubária: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, 2021.
- ALVES, A. M. A trajetória do centro de pesquisas e atenção integrada à mulher e à criança (1975-1992). **Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 2, 2014.
- ALVES, F. L. C. *et al.* Group of high-risk pregnant women as a health education strategy. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180023, 2019.
- AZEES, A, S., *et al.* Prevalence, pattern and determinants of contraceptive use among pregnant women attending antenatal clinic (ANC) in a secondary health facility in Kebbi State: a cross-sectional study. **PanAfrican Medical Journal**, v, 41, n, 179, 2022.
- BARROS, B. DE S. *et al.*. ERICA: age at menarche and its association with nutritional status. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 1, p. 106–111, 2019.
- BERHANE, A. BELACHEW, T. Effect of Picture-based health education and counselling on knowledge and adherence to preconception Iron-folic acid supplementation among women planning to be pregnant in Eastern Ethiopia: a randomized controlled trial. **J Nutr Sci**, v. 11, n. 58, 2022.
- BETRAN, A. P. *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Glob. Health**, v. 6, n. 6, 2021.
- BETRAN, A. P. *et al.* WHO Statement on Caesarean Section Rates. **Wiley-Blackwell Online Open**, v. 123, n. 5, p. 667-670, 2016.
- BEZERRA, E. J. *et al.* Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 22, n. 2, 2018.
- BOMFIM, V. V. B. S *et al.* Mortalidade por aborto no Brasil: Perfil e evolução de 2000 a 2020. **Research, Society and Development**, v. 10, n, 7, 2021.
- BOREM, P. *et al.* Aumento do percentual de partos vaginais no sistema privado de saúde por meio do redesenho do modelo de cuidado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 10, p. 446–454, out. 2015.
- BRANDT, G. P; RODRIGUES, A. P; BURCI, L. M. Conhecimento de usuárias de anticoncepcionais orais acerca de hábitos e interações medicamentosas em uma unidade básica de saúde. **Visão Acadêmica**, v. 17, n. 4, Curitiba, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Estado do Tocantins. Município de Palmas. Unidade de Saúde da Família 409 Norte. **Relatório de cadastro individual**. Palmas, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estado do Tocantins. Município de Palmas. Unidade de Saúde da Família 409 Norte. **Relatório de cadastro domiciliar e territorial**. Palmas, 2021.

BRASIL. Relatório n. 2, de 1993 - CN: relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília, Senado Federal, 144 p., 1993.

BRASIL. Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília. Legislação Federal e marginária.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. **PNAD Contínua -Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques>>. Acesso em: 15 nov 2022.

BRASIL. Painel Coronavírus. Coronavírus Brasil. Disponível em <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em 03 abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013.

BUSSAB, W.; BOLFARINE, H. **Elementos de amostragem**, São Paulo: Edgar Blucher, 2005.

CANÁRIO, M.A.S.S *et al.* Planejamento reprodutivo e a vulnerabilidade após o parto: uma coorte do sul do Brasil. **Rev. Enferm. UFSM.**, v. 10, e. 87, 2020.

CARDOSO, B. P; VIEIRA, F. M. S. B; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, suppl, 1, 2020.

CASTRO, T. D. V.; ALMEIDA, V. Famílias monoparentais, vulnerabilidade social e cuidado. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCIVIL**, v. 28, p. 77-96, Belo Horizonte, 2021.

CHEN, M. *et al.* Reproductive health status and related knowledge among women aged 20–39 years in rural China: a cross-sectional study. **Reproductive Health.**, v. 17, n. 90, 2020.

CIRINO, L. F. R.; ALVES, F. F. A.; GIANI G. O salário mínimo brasileiro o valor legal e o necessário na perspectiva do princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista Panorâmica**, v. 34, São Paulo, 2021.

Committee on Adolescent Health Care. Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, n. 651, 2015.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil.**, Recife, v. 6, n. 1, pág. 75-84, março de 2006.

DAMASCENO, V. C. *et al.* Taxa de cesariana nas primigestas atendidas numa maternidade pública com assistência humanizada no município de Juiz de Fora – MG. **HU Revista**, v. 43, n. 2, Juiz de Fora, 2017.

Da SILVA, A. R.; FRANCO, A. P. M.; LEITE, D. S. Conhecimento, uso e falha de métodos contraceptivos dentre as mulheres marabaenses que já tiveram aborto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.

DA SILVA, B. M. C.; DE PAULA, S. H. B. Mortalidade materna de mulheres negras em município da Região Metropolitana de São Paulo: iniquidades, lacunas e possibilidades de intervenção. **BIS**, v. 22, n. 2, 2021.

DE RANGO, P. Prospective Cohort Studies. **Eur J Vasc Endovasc Surg.**, v. 51, n. 1, 2016.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Pesquisa nacional da cesta básica de alimentos. **Salário-mínimo nominal e necessário**. São Paulo. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>>. Acesso em 10 mar 2023.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Acesso e utilização dos serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 4, pág. 953-965, dezembro de 2013.

FARIAS, M. R, *et al.* Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2016.

FAÚNDES. A; MORAES FILHO O. B. Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – Eliminando a perda de oportunidades. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). São Paulo: 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Manual de anticoncepção**. Rio de Janeiro, 2015.

FERNANDES, E. T. B. S. *et al.* Condições de vida de mulheres quilombolas e o alcance da autonomia reprodutiva. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 2, 2021.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de população da ONU alerta para grave

retrocesso. UNFPA no Brasil, 2022. Disponível em < <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>>. Acesso em 02 abr 2023.

GAMA, S. G. N. *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021.

GUEDES, K. F; RAIMUNDO, V. K; BASTOS, S. Saúde reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da pandemia de covid-19. **Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II**, v. 22, n. 2, 2021.

GUIMARÃES, N. M. *et al.* Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.2, p. 11942-11958, Curitiba, 2021.

HAAKENSTAD, A, *et al.* Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet**. v. 400, 2022.

HELLWIG, F; *et al.* Women's marital status and use of family planning services across male- and female-headed households in low- and middle-income countries. **J Glob Health**. v. 13, n 04015, 2023.

HERVAL, A. M. *et al.* Health education strategies targeting maternal and child health: A scoping review of educational methodologies. **Medicine.**, v. 98, n. 26, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Palmas – Tocantins. **IBGE**, Brasília, 1 de Jul. de 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>>. Acesso em: 09 de Fev. de 2021.

LEEKUAN, P.; KANE, R.; SUKWONG, P. Narratives on Sex and Contraception From Pregnant Adolescent Women in a Northern Province in Thailand: A Phenomenological Study. **Inquiry**, v. 58, 2021.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, June 2014.

LIMA, A. P. de; MISSIO, L. Construção e validação de uma tecnologia educativa para educação em saúde no planejamento familiar. **Sér.-Estud.**, Campo Grande, v. 26, n. 57, p. 167-183, maio 2021.

LUIZ, M. S; NAKANO, A. R; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, 2015.

MARANHÃO, T. A *et al.* Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 12, 2017. Acessado 11 mar 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.16232015>>.

- MARINO, J. L *et al.*. Mães adolescentes. **Médico Aust. Fam.**, v. 45, n. 10, 2016.
- MAUS, L. C. DOS S. *et al.*. Attention on contraception by family health teams: convergence of educational and investigational practices. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20170124, 2019.
- MOREIRA, T. J. R. V; dos SANTOS, M. R; MOREIRA, A. L. **Estatística Básica**. 1ed. eDUESPI, 2021.
- MOZZAQUATRO, C. O; ARPIN, D. M. Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o Tradicional, a Mudança e os Novos Desafios. **Psicol. cienc. prof.**, v. 37, n. 4, 2017.
- NASSER, N. A, *et al.* Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 77, 2017.
- NEDEL, W. L; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 3, 2016.
- NIELSSON, J. G. Planejamento familiar e esterilização de mulheres no Brasil. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, v. 23, n. 45, 2020.
- NEWTON, V. L.; DICKSON, J.; HOGGART, L. Young women's fertility knowledge: partial knowledge and implications for contraceptive risk-taking. **Bmj Sex Reprod Health**, v. 465, n. 2, 2020.
- OLIVEIRA, S. C. *et al.* Efeito de uma intervenção educativa na gravidez: ensaio clínico randomizado em cluster. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v. 31, n. 3, 2018.
- OLSEN, J. M. *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.. Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2.ed. Genebra, 2013.
- ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 37, n. 1 [Acessado 3 Abril 2023], e00259120. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00259120>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00259120>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos. Divisão de Saúde Global. **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. Baltimore, 2007.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. **Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos**. 3 ed, 2018.
- PALMAS, TOCANTINS. Portaria inst nº 063/SEMUS/gab, de 10 de fevereiro de 2014. Normatiza a adesão do município de Palmas-TO a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros integrantes dos serviços de saúde municipais de Atenção Primária, de acordo com

as recomendações do Ministério da Saúde e Legislação da profissão. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Palmas, 10 fev 2014, p. 7.

PALMAS, TOCANTINS. Portaria inst nº 518/SEMUS/gab, de 14 de junho de 2016. Institui e Rede de Atenção e Vigilância em Saúde. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Palmas, 14 Jun 2016, p. 12.

PALMAS, TOCANTINS. Portaria inst nº 758/SEMUS/gab, de 23 de agosto de 2018. Inclusão de medicamentos à Portaria nº 063 de 10 de fevereiro de 2014, que normatiza a adesão do Município de Palmas To a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros integrantes dos serviços de saúde municipais de atenção primária de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e Legislação da Profissão. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Palmas, 23 ago 2018, p. 8.

PARREIRA, B. D. M; SILVA, S. R; MIRANZI, M. A. S. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. **Cienc Cuid Saude.**, v. 9, n. 2, 2010.

PEDRO, C. B. *et al.*. Fatores relacionados ao planejamento familiar em região de fronteira. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200180, 2021.

PITANGA, A. F. Pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa: refletindo sobre as decisões na seleção de determinada abordagem. **Revista pesquisa qualitativa**, v.8, n. 17, São Paulo, 2020.

RESENDE, A. C. A. P. *et al.* Ações em saúde sexual e reprodutiva: garantindo a assistência em tempos de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, 2020.

ROCHA, A. W. O. *et al.* Menarca: um estudo de revisão sobre os fatores influenciadores nesse processo. **EFDeportes.com, Revista Digital**. v. 18, n. 181, Buenos Aires, 2013.

SANCHES, A. M. *et al.* Parto vaginal espontâneo no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.3, Curitiba, 2021.

SCHWAB, F. C. B. DE S. *et al.*. Fatores associados à atividade educativa em saúde bucal na assistência pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1115–1126, mar. 2021.

SANTOS D. C. J; ROHWEDER, M; TAKENAMI, I. Perfil e fatores associados ao uso de anticoncepcionais orais combinados em mulheres férteis atendidas em um centro de planejamento familiar. **J Health Biol Sci**. vol, 9, n. 1, 2021.

SANTOS, J. M. de J. *et al.* Influência no planejamento reprodutivo e a satisfação das mulheres com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infantil.**, Recife, v. 19, n. 3, pág. 529-535, setembro de 2019.

SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, 2014.

SILVA, R. M. *et al.* Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, May 2011.

- SILVA, B. C. *et al.*. Pregnant women's contribution in the construction and evaluation of an educational technology: the "Comics for Pregnant Women". *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, p. e20201243, 2021.
- SKOGSDAL, Y., *et al.* An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health-a randomized controlled trial. **Upsala journal of medical sciences.**, v, 124, n, 3, 2019.
- SOBRINHO, D. F. **Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1993.
- SOUZA, L. M.; MORAIS, R. L. G. L.; OLIVEIRA, J. S. Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade. **Saúde debate**, v. 39, n. 106, 2015.
- SOUSA, C. S. *et al.*. Perfil dos pacientes submetidos ao processo de planejamento reprodutivo. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 4, 2020.
- TAREKE, A. A. Trends and predictors of change of unmet need for family planning among reproductive age women in Ethiopia, based on Ethiopian demographic and health surveys from 2005-2016: Multivariable decomposition analysis. **Plos One**, v. 17, n. 8, 2022.
- TEODORO, L. P. P *et al.*. Só engravida quem quer? Práticas educativas nas ações de planejamento reprodutivo. **Saud Pesq**, v. 14, n. 4, 2021.
- TRINDADE, R. E. *et al.*. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 2, 2021.
- UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas. **Fecundidade e Dinâmica da População Brasileira.** Brasília, 2018. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf>. Acesso em: 08 mar 2023.
- VIEIRA, K. J. *et al.*. Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021.
- WENDER, M. C. O; MACHADO, R. B; POLITANO, CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejadas em mulheres brasileiras. *Femina*, v. 50, n. 3, 2022.
- WHO - World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva, 2023.
- WULIFAN, J. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. **BMC Women's Health.**, v. 16, n. 2, 2016.
- XAVIER, R. B. *et al.* Riesgos reprodutivos e cuidados integraes a las embarazadas com

síndromes hipertensivos: estúdio transversal. **Online braz. j. nurs. (Online)**., v. 12, n. 4, 2013.

ZAMBONIN, F. *et al.* O papel do Enfermeiro na anticoncepção: uma revisão integrativa. **Mens Agitat**, v. 12, 2017.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO SOCIOECONÔMICA E REPRODUTIVA.

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO ANTES E DEPOIS.

Pesquisador: Emmanuel Calisto da Costa Brito

Orientadora: Prof.^a Dra. Danielle Rosa Evangelista

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Nome da entrevistada:		Idade:
Telefone: _____ / Cartão SUS:		
Data da coleta:	Nome do ACS:	
Renda familiar mensal (em Reais \$): _____		
Ocupação:	Nível de escolaridade:	
Religião:	Naturalidade:	
Cor/Etnia:	Estado Civil:	
Deseja informar orientação sexual? () Não Sim () _____		
A primeira vez que menstruou tinha quantos anos?		
A primeira relação sexual foi com quantos anos?		
Número de gestações _____		
Número de partos _____		
Número de abortos _____		
Quantidade de partos normais _____	Quantidade de partos cesáreos _____	

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE
PÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO PRESCRITA NO PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO.**

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO ANTES E DEPOIS.

<p>1. As pílulas só de progestógeno protegem contra Infecções Sexualmente Transmissíveis? Sim () Não ()</p>
<p>2. Deve-se tomar as pílulas só de progestógeno no mesmo horário todos os dias? Sim () Não ()</p>
<p>3. Marque os que você considera como os principais efeitos colaterais das pílulas só de progestógeno:</p> <p>a. Alteração na quantidade da menstruação Sim () Não ()</p> <p>b. Dor de cabeça Sim () Não ()</p> <p>c. Provoca espinhas Sim () Não ()</p> <p>d. Eles engordam a mulher Sim () Não ()</p> <p>e. Seios ficam sensíveis Sim () Não ()</p> <p>f. Outros: _____</p>
<p>4. As pílulas só de progestógeno têm o efeito reduzido em mulheres que tratam Hanseníase e Tuberculose? Sim () Não () Não sei ()</p>
<p>5. Mulheres com enxaqueca podem tomar as pílulas só de progestógeno? Sim () Não () Não sei ()</p>
<p>6. Posso tomar outra pílula só de progestógeno se eu vomitar depois de ter ingerido a primeira? Sim () Não () Não sei ()</p>

<p>7. Posso tomar pílula de progestógeno enquanto estiver amamentando? Sim () Não () Não sei ()</p>
<p>8. As pílulas só de progestógenos engordam? Sim () Não () Não sei ()</p>
<p>9. As pílulas só de progestógenos provocam aborto? Sim () Não () Não sei ()</p>
<p>10. A mulher que está amamentando não pode fazer uso das pílulas só de progestógenos: Verdade () Mentira () Não sei ()</p>
<p>11. Anotações, impressões sobre o questionário:</p>

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de saúde reprodutiva e pesquisas. Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Estados Unidos, 2007.

APÊNDICE C - CARTILHA EDUCATIVA “PÍLULA SÓ DE PROGESTÓGENO E SEU USO DURANTE O ALEITAMENTO MATERNO: EDUCANDO NO PRÉ-NATAL.”

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO ANTES E DEPOIS.

Pesquisador: Emmanuel Calisto da Costa Brito

Orientadora: Prof.^a Dra. Danielle Rosa Evangelista

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE.

EMMANUEL CALISTO DA COSTA BRITO



PÍLULA SÓ DE PROGESTÓGENO E SEU
USO DURANTE O ALEITAMENTO
MATERNO: EDUCANDO NO PRÉ-NATAL.

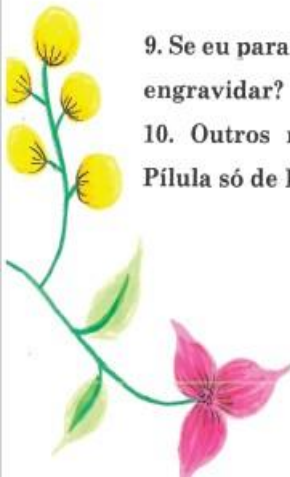
PALMAS – TO
2021



SUMÁRIO

Perguntas e respostas Pág

- | | |
|--|---|
| 1. O que são pilulas só de progestógeno? | 1 |
| 2. Como elas evitam a gravidez? | 1 |
| 3. Qual das Pilulas só de Progestógenos está disponível de graça, no SUS em Palmas? Onde consigo elas? | 2 |
| 4. Elas são realmente eficazes? | 3 |
| 5. Como devo usá-las? | 3 |
| 6. Quais as vantagens do uso delas durante a amamentação? | 4 |
| 7. Quem pode usar? E quem não pode? | 5 |
| 8. E as desvantagens, quais são? | 6 |
| 9. Se eu parar de tomar as pilulas, vou demorar a engravidar? | 7 |
| 10. Outros recados importantíssimos sobre a Pilula só de Progestógeno. | 7 |





OLÁ, GESTANTE!
O OBJETIVO DESTE LIVRETO É
PROPORCIONAR A VOCÊ UMA
FONTE SIMPLES E PRÁTICA DE
INFORMAÇÃO, QUE TE AJUDE A
TIRAR DÚVIDAS SOBRE A
CONTRACEPÇÃO COM USO DA
PÍLULA SÓ DE PROGESTÓGENO NO
PERÍODO DE ALEITAMENTO DA
CRIANÇA! BOA LEITURA!
Atenciosamente, Emmanuel.

I. O que são pílulas só de progestógeno?



• As pílulas só de progestógeno (PSPs), ou pílulas, ou pílulas exclusivas de progestógeno são anticoncepcionais com doses

sempre baixas de progestógenos, que são hormônios semelhantes à progesterona existente no corpo das mulheres.

2. Como elas evitam a gravidez?

As pílulas só de progestógeno evitam que você engravide basicamente por meio de 2 métodos:

•Elas deixam o muco cervical mais grosso, o que não deixa o espermatozoide caminhar até o seu óvulo, impedindo uma gravidez!

•Outro mecanismo da PSP é o fato de ela interromper o seu ciclo menstrual e também a produção do óvulo. Dessa maneira, o medicamento impede também o surgimento da gravidez!






3. Qual das Pílulas só de Progestógenos está disponível de graça, no SUS em Palmas? Onde consigo elas?

- Em Palmas – TO, a PSP disponível é a Noretisterona 0,35 mg e você pode marcar uma consulta com sua/seu Enfermeira (o) da Estratégia Saúde da Família (ESF) para conversarem e ver a viabilidade do uso deste método contraceptivo.




4. Elas são realmente eficazes?

- 
- Claro que sim! Principalmente se a mulher estiver amamentando. Olha só, quando você toma ela todos os dias, a chance de engravidar é menos de 1 mulher em cada 100 que usam o método PSP. Se você não toma diariamente, a chance de gestação é de 1 em cada 100 mulheres, o que significa que de 100 mulheres, só uma poderá engravidar mesmo tomando esse anticoncepcional.



5. Como devo usá-las?

- 
- Elas são prescritas pelo enfermeiro da ESF na visita puerperal para serem usadas a partir da 6ª semana pós-parto, durante todo o período que a mulher estiver amamentando.
 - Elas são tomadas no modo 1 pílula por dia, sempre no mesmo horário porque as chances de esquecer são menores;

- Não precisa de intervalo entre uma cartela e outra.

6. Quais as vantagens do uso delas durante a amamentação?

- A mulher pode parar de usar as PSP a qualquer momento;
- Você pode usar durante o tempo que estiver amamentando, elas não vão secar o seu leite!
- Elas não atrapalham as relações sexuais;
- Você tem mais autonomia no uso do anticoncepcional!





7. Quem pode usar? E quem não pode?

Quem pode?

- Praticamente toda mulher pode usar, especialmente se ela estiver dando de mamar depois da sexta semana do parto!
- Mulheres que tiveram aborto ou parto recentemente;
- Mulher não grávida, que não quer engravidar;
- As tabagistas também podem;
- As que convivem com o HIV ou AIDS também podem usar as PSP;
- Mulheres com varizes, ou anemia ou com histórico de anemia.





E quem não pode usar?

- Mulheres que possuem doenças com coágulo nas pernas ou nos pulmões;
- Mulheres que têm ou tiveram câncer de mama;
- Se você tem tumores no fígado, cirrose hepática ou outras infecções hepáticas, não é recomendado usar PSP como anticoncepcional;
- Não é recomendado PSP para quem toma medicamento para crises convulsivas ou epilepsia; para quem trata Tuberculose também não é indicado, pois os medicamentos da Tuberculose e os anticonvulsivantes podem diminuir o efeito da PSP.

8. E as desvantagens, quais são?

- Elas não protegem contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST 's)!

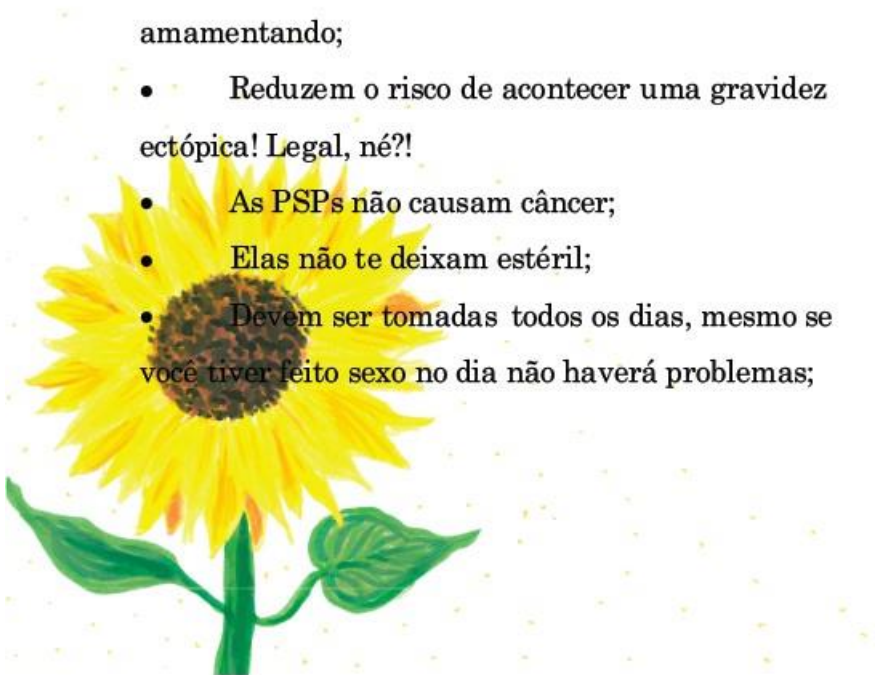


9. Se eu parar de tomar as pílulas, vou demorar a engravidar?

- A fertilidade vai voltar normalmente, por que elas não atrasam o retorno da fertilidade.

10. Outros recados importan tíssimos sobre a Pílula só de Progestógeno:

- Não dão diarreia no bebê que está amamentando;
- Reduzem o risco de acontecer uma gravidez ectópica! Legal, né?!
- As PSPs não causam câncer;
- Elas não te deixam estéril;
- Devem ser tomadas todos os dias, mesmo se você tiver feito sexo no dia não haverá problemas;



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos. Divisão de Saúde Global. **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde.** Baltimore, 2007 .



MESTRANDO: Emmanuel Calisto da Costa Brito

ORIENTADORA E REVISORA: Profa. Dra. Daniëlle Rosa Evangelista.

ELABORAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO: Emmanuel Calisto da Costa Brito

ARTE: Jamires Pinto dos Santos da Costa Brito

APÊNDICE D - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA A COLETA DE DADOS.

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO ANTES E DEPOIS.

Pesquisador: Emmanuel Calisto da Costa Brito

Orientadora: Prof.ª Dra. Danielle Rosa Evangelista

Co-orientadora: Prof.ª Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre coleta de dados na Unidade Básica de Saúde.

ETAPA	DESCRIÇÃO DA ETAPA	FINALIDADE
1	Ao chegar na unidade de saúde 409 Norte ou 603 Norte, solicite os questionários com os termos de consentimento e as cartilhas para a recepcionista;	Organizar os documentos, repor material e preparar a coleta de dados.
2	Logo em seguida, comunique sua presença e seu propósito de visita para a profissional de Enfermagem na Sala de Triagem do CSC;	Técnico de Enfermagem da sala de triagem será útil para orientar o pesquisador sobre as gestantes agendadas.
3	Logo após, realize uma ronda na unidade buscando identificar gestantes que estão aguardando serem chamadas para a consulta;	Verificar a presença de potenciais participantes.
4	Ao identificar, cumprimente e se apresente à gestante, pergunte o nome da gestante;	Identificação do pesquisador;
5	Logo em seguida, realize uma explicação sobre a pesquisa e convide a mulher a participar da pesquisa como voluntária;	Apresentar a identidade e a proposta do projeto;
6	Se a gestante não aceitar participar, agradeça a atenção;	-----
7	Se a gestante aceitar participar da pesquisa, realize as seguintes etapas:	Atenção nas etapas;
7.1	Comece apresentando o TCLE e solicitando a leitura, logo em seguida solicite que a gestante assine dois termos de consentimento, fique com um termo e entregue outro para a participante;	Cumprimento dos princípios da Res. 466/12.
7.2	Agora, aplique o questionário de investigação socioeconômica e	Coletar informações

**CONTINUAÇÃO: APÊNDICE D - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PARA A COLETA DE DADOS.**

	reprodutiva;	para criação do perfil da participante do estudo;
7.3	Depois, apresente o questionário de avaliação do conhecimento;	Avaliar o conhecimento antes da atividade educativa;
7.4	Colete os dados da gestante e depois realize as perguntas do questionário coletando as respostas e repassando para o questionário;	Avaliar o conhecimento antes da atividade educativa;
7.5	Apresente o material didático à mulher, dando ênfase na importância do documento, na sua finalidade. Realize a leitura do conteúdo junto a mulher, os objetivos do material, expondo os capítulos, e em seguida, entregue 1 exemplar para a gestante e solicite que a ela realize o estudo e a leitura do material didático em sua casa;	Demonstrar o livreto, como material didático educativo sobre a PSP;
7.6	Explique que ela terá um prazo de 2 semanas para leitura do material em sua residência, e após isso você entrará em contato para agendar a nova aplicação do questionário no CSC.	Realizar a pesquisa de investigação do conhecimento pós-intervenção educativa individual;
7.7	Ao finalizar todas as etapas agradeça a gestante por participar; e oriente que os resultados da pesquisa serão apresentados no CSC e estarão disponíveis às gestantes futuramente.	Agradecimentos;

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Emmanuel Calisto da Costa Brito, inscrito sob o CPF Nº 042.122.353-74, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Intervenção educativa sobre minipílula exclusiva de progestógeno no conhecimento de gestantes: estudo antes e depois”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no e-SUS Atenção Primária/Prontuário Eletrônico do Cidadão, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas e do sistema CEP (Comitê de Ética em Pesquisa).


Essa pesquisa objetiva de maneira geral avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre pílulas exclusivas de progestógenos no conhecimento de gestantes. E objetivos específicos: Descrever o perfil socioeconômico e reprodutivo de mulheres gestantes participantes do estudo; Levantar o conhecimento das gestantes sobre os métodos contraceptivos antes e depois da intervenção educativa; Realizar intervenção educativa individual em todas as participantes; Comparar o efeito da intervenção educativa no conhecimento das gestantes.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos, prontuários e banco de dados e informações, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem ao processo de seleção de participantes da pesquisa, no período de 01/06/2022 a 30/11/2022.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas –FESP-TO.

Palmas, Tocantins, 02 de Abril de 2022.



Assinatura do pesquisador responsável
CPF: 042.122.353-74



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO ANTES E DEPOIS.

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com um membro da equipe de pesquisa. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com um membro da equipe de pesquisa. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa individual sobre pílulas exclusivas de progestógenos no conhecimento de gestantes. E objetivos específicos: Descrever o perfil socioeconômico e reprodutivo de mulheres gestantes participantes do estudo; Levantar o conhecimento das gestantes sobre os métodos contraceptivos antes e depois da intervenção educativa individual; Realizar intervenção educativa individual em todas as participantes; Comparar o efeito da intervenção educativa no conhecimento das gestantes.

Esta pesquisa se justifica por ter sido motivada pelo trabalho de um dos pesquisadores, na Estratégia Saúde da Família em regiões de maior vulnerabilidade social e econômica desde o ano de 2014 em Palmas. Na prática profissional, era percebido o surgimento de curtos intervalos entre gravidezes, fato observado em diferentes faixas etárias. Concomitante a estes fatos, motivou a realização da pesquisa, a observação da difícil adesão aos métodos contraceptivos por parte das pacientes assistidas, o desconhecimento acerca dos métodos contraceptivos disponíveis na rede de saúde municipal, especialmente os hormonais orais exclusivos de progestógeno após as gestações, aliado a isto, o crescimento de gestações não planejadas, a vulnerabilidade financeira e social das mulheres, a qual era agravada pelas gestações seguidas, residindo nisso a relevância social da pesquisa.

Rubrica Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador

Procedimentos:

Sua participação ocorrerá em data e local previamente agendados e divulgados, na UBS 409 Norte e UBS 603 Norte, a depender de qual das UBS você realiza o pré-natal e se dará através da entrevista com uso de um questionário de investigação socioeconômica e reprodutiva e um questionário de avaliação do conhecimento sobre pílula exclusiva de progestógeno, seguido de uma intervenção educativa feita pelo pesquisador, por meio da leitura da cartilha educativa “Pílula só de progestógeno e seu uso durante o aleitamento materno: educando no pré-natal” e entrega de um exemplar para você levar para casa e ler à vontade. Você terá 2 opções para como realizaremos a etapa de investigação do conhecimento após a intervenção: a primeira é que seja realizada em visita ao seu domicílio após 10 dias corridos da intervenção educativa; e a segunda, poderá ser feita a entrevista no dia da sua próxima consulta de pré-natal na sua UBS onde é feito o pré-natal. Em seguida, na sua próxima consulta de pré-natal. Esses registros serão arquivados e mantidos em sigilo, guardado em local seguro, pelo período de 5 anos, com acesso somente aos pesquisadores envolvidos na pesquisa, e depois será descartado de maneira sigilosa. Portanto, solicitamos sua autorização para guardar e fazer uso das suas respostas nesta pesquisa, para utilização unicamente no que diz respeito a este projeto e seus achados.

Desconfortos e riscos:

Caso você fique cansada pelas perguntas e leitura da cartilha, ou sinta-se constrangida ou desconfortável, é possível interromper a sua participação na a qualquer momento. Em eventuais eventos adversos haverá acompanhamento do participante pelo tempo necessário até sua resolução.

Benefícios:

A sua participação na pesquisa trará benefícios à assistência em planejamento reprodutivo, aliada à reflexão sobre este planejamento reprodutivo ainda no período da gravidez, o que favorecerá a escolha da pílula exclusiva de progestógeno como um método eficaz no período pós-parto e sua relevância para a saúde sexual e reprodutiva.

Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para fortalecer políticas públicas na área de saúde pública para mulheres e serviços de saúde.

Acompanhamento e assistência:

A qualquer tempo, você poderá ter acesso, para suporte, ao pesquisador principal para quaisquer esclarecimentos e informações sobre a pesquisa.

Diante dos possíveis riscos, serão oferecidas informações e apoio para o acompanhamento necessário.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

A participação do projeto é voluntária, sendo que não há qualquer forma de remuneração e ajuda de custo pela participação. Não haverá nenhum tipo de custo para o participante. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente oriundo desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Rubrica Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Emmanuel Calisto da Costa Brito. O endereço Plano Diretor Sul, Alameda 08, HM 06, Residencial Estilo 507, casa 08, Palmas, TO, Tel: 63 99276-1195. E-mail: emmanuel.calisto@mail.uft.edu.br. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FESP) Quadra 405 Sul, Avenida LO 09 – S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, Biblioteca - sala do Comitê de Ética, Palmas - TO; CEP: 77015-611, e-mail: cepfesp.palmasto@gmail.com, telefone: (63) 3212-7166.

Dados da Orientadora para contato:

Danielle Rosa Evangelista. E-mail: daniellerosa@mail.uft.edu.br. Telefone: 63 99103-9339.

Consentimento Pós-informação:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Palmas, Tocantins, ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubrica Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ANEXO C – PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP**

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE MINIPÍLULA EXCLUSIVA DE PROGESTÓGENO NO CONHECIMENTO DE GESTANTES: ESTUDO ANTES E

Pesquisador: Emmanuel Calisto da Costa Brito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55960822.9.0000.9187

Instituição Proponente: FUNDACAO ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DE PALMAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.829.489

Apresentação do Projeto:

As informações apresentadas abaixo foram copiadas dos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2049079_E1.pdf" datado de 11/11/2022 e "PROJETO_CORRIGIDO_EMMANUEL.pdf" datado de 10/11/2022 em anexo a plataforma Brasil.

Problema de Pesquisa: "A participação de mulheres gestantes em atividade educativa durante um grupo focal, modifica o conhecimento a respeito de anticoncepcionais exclusivos de progestógeno prescritos por enfermeiros da ESF municipal de Palmas?"

Hipóteses: A participação de mulheres gestantes em uma atividade educativa individual sobre anticoncepcionais exclusivos de progestógeno modifica positivamente o conhecimento destas a respeito do uso destes contraceptivos no planejamento reprodutivo após a gravidez.

Universo e Amostragem: a população do estudo envolverá mulheres gestantes, residentes em Palmas, nas áreas abrangidas pelo CSC 409 norte e CSC 603 norte. A amostra do estudo será não probabilística intencional e serão convidadas todas as gestantes atendidas pelos CSC 's, ao todo 145 mulheres, desde que atendam aos critérios de seleção estabelecidos.

Local e Período de Realização do Estudo: CSC 409 norte da estratégia saúde da família e CSC 603

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 2 S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palmasto@gmail.com

**FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -** 

Continuação do Parecer: 5.829.489

norte, pertencente ao território Kanela 1, na rede de atenção básica do município de Palmas, Tocantins. O estudo será desenvolvido no período de abril de 2021 a abril de 2023.

Crítérios de Inclusão: Serão adotados como critérios de elegibilidade mulheres gestantes, maiores de 18 anos, que participem de consultas e/ou outras atividades do pré-natal exclusivamente no âmbito do SUS, nos Centro de Saúde da Comunidade 409 Norte e 603 Norte.

Crítérios de Exclusão:

Não participarão deste grupo as menores de idade (menores de dezoito anos), em virtude da dificuldade do manejo legal da participação desta faixa etária nesta pesquisa científica e as que não são usuárias exclusivas do sus, uma vez que o componente de assistência privada representará um viés importante para a intervenção planejada.

Usuárias que não residam no município de Palmas e que possuam limitações físicas, cognitivas, neurológicas ou mentais que a impossibilitem de participar da pesquisa.

Instrumentos e variáveis: questionário de investigação socioeconômica e reprodutiva e o questionário de avaliação do conhecimento acerca da minipílula exclusiva de progestógeno.

Variáveis: idade, naturalidade, nacionalidade, cor/etnia, estado civil, escolaridade, profissão, orientação sexual, renda individual e/ou familiar, quantidade de gravidezes, partos, abortos, menarca (idade da primeira menstruação), sexarca (idade do primeiro intercurso sexual).

Conhecimento antes e depois das participantes sobre a minipílula exclusiva de progestógeno, suas principais características, modos de uso, efeitos colaterais mais comuns, modos de uso correto e incorreto, bem como situações corriqueiras no uso deste medicamento.

Procedimento de coleta: A coleta de dados envolverá quatro fases distintas e totalmente complementares:

1. Mapeamento e escolha das participantes através de análise do prontuário.
2. Apresentação Geral, aplicação individual de Questionário de Avaliação do Conhecimento antes da intervenção, aplicação do questionário socioeconômico e reprodutivo;
3. Intervenção Educativa Individual;
4. Aplicação do Questionário de Avaliação do Conhecimento nas participantes depois.

O estudo terá Intervenção Educativa Individual com as mulheres, onde o método anticoncepcional

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 L S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palmas@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.829.489

será exposto de modo dialogado pelo pesquisador, explicando o conteúdo da cartilha, demonstrando as informações inerentes aos mitos e verdades sobre a PSP, seus efeitos colaterais comuns, critérios de elegibilidade e situações recorrentes em mulheres que fazem seu uso. O momento será de prestação de informações, com orientação dialogada e profissional do pesquisador e equipe de pesquisa. O momento de intervenção educativa individual será composto de leitura do material em sala reservada, individualmente com as grávidas e em seguida cada uma levará um exemplar para casa.

Estratégia de análise: Quanto à análise quantitativa que pretende-se realizar a partir dos formulários), fica estabelecido que ela será realizada por meio do software estatístico SPSS versão 22.0. Para as variáveis categóricas será calculada estatística descritiva nas frequências absoluta e relativa. Quanto às variáveis numéricas dos resultados, estas serão calculadas as medidas de tendência central e de dispersão, definidas após o Teste de Shapiro Wilk. Para verificar a relação entre variáveis de exposição com o desfecho do estudo (O conhecimento das gestantes sobre a minipílula) aplicaremos o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher, considerando-se categórica dicotômica, ou seja, as gestantes com nota de 0 a 5 serão classificadas como Conhecimento Insatisfatório, e as com nota de 6 a 10 serão classificadas com Conhecimento Satisfatório. A comparação das variáveis antes e depois será feita aplicando-se o teste McNemar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar os efeitos de uma intervenção educativa individual sobre pílulas exclusivas de progestógenos no conhecimento de gestantes.

Objetivos Específicos:

- Descrever o perfil socioeconômico e reprodutivo de mulheres gestantes participantes do estudo;
- Levantar o conhecimento das gestantes sobre os métodos contraceptivos antes e depois da intervenção educativa individual;
- Realizar intervenção educativa individual em todas as participantes do estudo;
- Comparar o efeito da intervenção educativa no conhecimento das gestantes.

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 L S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palmas@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.829.489

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Por se tratar de uma pesquisa cuja coleta de dados será por meio de entrevistas individuais, com anotação de dados pessoais e histórico sexual e reprodutivo, existem riscos provenientes da participação para as voluntárias, os quais são: constrangimento pela divisão de informações pessoais com estranhos, sentimento de invasão de privacidade e o risco relacionado a divulgação de dados confidenciais das participantes. Todavia, serão tomadas pelo pesquisador as devidas medidas de prevenção, atenuação e cautelares para minimizar os riscos relacionados à participação na pesquisa. Deste modo, as medidas que serão tomadas para minimizar os riscos às participantes serão: para o risco de divulgação de dados confidenciais pretende-se assegurar a proteção dos dados confidenciais das voluntárias, por meio de guarda em local de exclusividade para esta finalidade e sob controle do pesquisador responsável; e restringir o acesso aos prontuários das participantes somente aos momentos de organização e coleta de informações necessárias e somente pelo pesquisador. Quanto ao risco sentimento de invasão da privacidade, será promovido um ambiente respeitoso e acolhedor nos momentos de entrevista e intervenção educativa individual. Já, como ação para minimizar o risco de constrangimento pela divisão de informações pessoais com estranhos nas entrevistas e intervenção educativa individual, o pesquisador e sua equipe de apoio passarão por momento de capacitação, a qual constará este item como relevante na discussão formativa da equipe de pesquisa, assim, estarão atentos a todos os sinais de desconforto, constrangimento e agressividade durante os momentos de coleta de dados. Ademais será garantido às gestantes participantes a garantia do respeito à opinião, às suas crenças, costumes, cultura e religião durante todas as fases da pesquisa.

Benefícios: Por conseguinte, sobre os benefícios esperados, entende-se que a participação das gestantes trará benefícios indiretos quanto à assistência em planejamento reprodutivo, aliada à reflexão sobre este planejamento reprodutivo ainda no período da gravidez, o que favorecerá a escolha da pílula exclusiva de progestógeno como um método eficaz no período pós-parto e sua relevância para a saúde sexual e reprodutiva. Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para fortalecer políticas públicas na área de saúde pública para mulheres e serviços de saúde. Entretanto, não estão previstos benefícios diretos sob o ponto de vista das voluntárias, com a sua participação na pesquisa.

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 2 S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palmas@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.829.489

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e científica, pois buscará avaliar os efeitos de uma intervenção educativa sobre pílulas exclusivas de progestógenos no conhecimento de gestantes.

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado ao Programa de MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-UFT, o qual apresenta-se de modo parcialmente organizado, atendendo a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto – Adequada

Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável – Adequada

Orçamento financeiro - Adequado

Cronograma – coleta de dados 4º trimestre de 2022

TCLE – Adequado

Justificativa de dispensa do TCLE - não se aplica

Termo de Compromisso de uso dos dados (TCUD) - Adequado

Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – Adequado

Projeto de pesquisa - anexado na íntegra

Instrumentos de coleta – Adequados

Recomendações:

Sugere-se atualização do período de coleta de dados, especificando o mês de início da coleta de dados.

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 2 S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.palmasto@gmail.com

FUNDAÇÃO ESCOLA DE
SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -



Continuação do Parecer: 5.829.489

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa em segunda avaliação e encontra-se adequado para realização de coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2049079_E1.pdf	11/11/2022 18:20:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ASSINADO.pdf	11/11/2022 18:20:12	Emmanuel Calisto da Costa Brito	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	11/11/2022 18:19:35	Emmanuel Calisto da Costa Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CORRIGIDO_EMMANUEL.pdf	10/11/2022 16:57:53	Emmanuel Calisto da Costa Brito	Aceito
Outros	PARECER_DA_CAPP.pdf	02/04/2022 18:37:05	Emmanuel Calisto da Costa Brito	Aceito
Outros	DECLARACAO_DO_PESQUISADOR_CORRIGIDO.pdf	02/04/2022 18:35:36	Emmanuel Calisto da Costa Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 20 de Dezembro de 2022

Assinado por:

**Eliane Patricia Lino Pereira Franchi
(Coordenador(a))**

Endereço: Qd 405 Sul, Avenida LO 09 2 S/N, Lote 11, Edifício Instituto Vinte de Maio, Térreo, sala da parte interna da
Bairro: PLANO DIRETOR SUL **CEP:** 77.015-611
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3212-7166 **E-mail:** cepfesp.pal masto@gmail.com