

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PALESTRA DE ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO: PARA QUÊ?**

**MARÍLIA CRISTINA BERARDI**

**UBERLÂNDIA**

**2017**

**MARÍLIA CRISTINA BERARDI**

**PALESTRA DE ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO: PARA QUÊ?**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.**

**Área de concentração: Ciências da Saúde.**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro.**

**Co-orientador: Prof. Dr. Clesnan Mendes-Rodrigues**

**UBERLÂNDIA**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

B483p  
2017      Berardi, Marília Cristina, 1980  
            Palestra de aconselhamento contraceptivo: para quê? / Marília  
            Cristina Berardi. - 2017.  
            59 p.

            Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.  
            Coorientador: Clesnan Mendes-Rodrigues.  
            Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
            Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.  
            Inclui bibliografia.

            1. Ciências médicas - Teses. 2. Planejamento familiar - Teses. 3.  
            Anticoncepção - Aspectos sociais - Teses. 4. - Teses. I. Paro, Helena  
            Borges Martins da Silva, 1977. II. Mendes-Rodrigues, Clesnan, 1978.  
            III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em  
            Ciências da Saúde. IV. Título.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Marília Cristina Berardi**

**Palestra de aconselhamento contraceptivo: para quê?**

**Presidente da banca:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

### **Banca Examinadora**

**Titular:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

**Titular:** Dra. Paula Carolina Bejo Wolkers

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

À Universidade Federal de Uberlândia, ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, ao Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e aos profissionais do Serviço de Planejamento Familiar, especialmente à Érika Finotti.

Aos usuários do serviço de planejamento familiar, pela sensibilidade em contribuir para a realização deste estudo.

À Caroline Viana, sempre educada e gentil e por me entender nos momentos de necessidade de dedicação aos estudos.

Às Jaqueline Resende e Vanessa Dias Gomes do Prado, pela amizade, troca de experiências e por estarem sempre presentes.

Às Prof<sup>as</sup>. Dra. Angélica Lemos Debs Diniz, Prof<sup>a</sup>. Dra. Efigenia Aparecida Maciel de Freitas e Dra. Paula Carolina Bejo Wolkers, por aceitarem os convites para participar das bancas de qualificação e defesa da dissertação e pela contribuição neste estudo.

Às alunas Carolina Oliveira Duarte e Emilly Azambuja Ferreira, pela presteza e parceria nos estudos, sempre dispostas a ajudar.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, pela confiança, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e por acreditar na capacidade de superação dos meus próprios limites, além do extremo cuidado na condução desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Clesnan Mendes-Rodrigues, pelos ensinamentos nas análises estatísticas, pela grande amizade, pela infinita dedicação à mim e à este estudo, além de ser meu maior incentivador pessoal e profissional.

Aos meus pais, minhas irmãs e minha sobrinha, por serem meu porto seguro e por sempre incentivarem o meu crescimento pessoal e profissional.

E, principalmente, ao Leandro Amaral de Aguiar, meu grande amor, pela paciência, tolerância e dedicação à mim e ao nosso casamento nos momentos mais cansativos e difíceis desta caminhada.

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar o impacto de uma palestra de aconselhamento multiprofissional e de variáveis sociodemográficas sobre métodos contraceptivos na opinião sobre efetividade e na escolha individual pelo método. **Métodos:** Variáveis sociodemográficas, método de escolha, opinião sobre efetividade dos métodos contraceptivos e grau de interferência da palestra na opção contraceptiva de 101 participantes foram analisados. **Resultados:** As mulheres mantiveram a laqueadura como opção contraceptiva majoritária ( $p=0,55$ ), enquanto os homens optaram por vasectomia. Uma menor proporção de homens declarou não saber qual método mais efetivo após o aconselhamento (24,3% versus 0,0%;  $p=0,006$ ) e uma menor proporção de mulheres (12,7% versus 1,8%;  $p=0,020$ ) e de homens (25,5% versus 7,7%;  $p=0,003$ ) declarou não saber qual método menos efetivo após a palestra. Para cada filho que o participante possui, a chance de optar por um método definitivo depois da palestra aumenta em 30,87 vezes (IC95% 5,503-173,168;  $p<0,001$ ). **Conclusão:** A palestra teve impacto positivo na opinião dos participantes a respeito da efetividade dos métodos contraceptivos, porém não influenciou a opção pelo método. O número de filhos é o fator principal na escolha por métodos contraceptivos definitivos. **Implicações práticas:** O uso de estratégias educacionais que valorizem emoções e saberes dos indivíduos devem ser estimuladas, em detrimento de palestras meramente informativas, para o exercício consciente da sexualidade.

Palavras-chave: planejamento familiar; contracepção; aconselhamento.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the impact of multidisciplinary contraceptive counseling lectures related to the efficacy and individual choices of contraceptive methods.

**Methods:** Sociodemographic variables, preferred methods, opinion about the efficacy of contraceptive methods, and the level of interference of the lecture on the contraceptive choice of 101 participants were analyzed.

**Results:** Female participants primarily chose tubal ligation as a contraceptive option ( $p=0.55$ ), whereas male participants opted for vasectomy. After the lecture, a lower percentage of men declared that they did not know which method was more efficacious (24.3% versus 0.0%;  $p=0.006$ ). Also, a lower percentage of women (12.7% versus 1.8%;  $p=0.020$ ) and men (25.5% versus 7.7%;  $p=0.003$ ) reported that they did not know which method was less efficacious. Number of children increased the likelihood of choosing an irreversible method in a 30.87-fold (95% CI, 5.503 to 173.168,  $p<0.001$ ). **Conclusion:** The lecture impacted on participants' opinions about the efficacy of contraceptive methods, making them have more informed choices. However, it did not influence their choice of contraception. Number of children was the most determining factor in choosing irreversible methods. **Practice implications:** Family planning programs should rethink lecture-based, in-service educational approaches if their aim is to foster the conscious practice of sexuality.

**Keywords:** family planning services; contraception; counseling.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo primário.....	15
3.2 Objetivos secundários.....	15
ARTIGO EM INGLÊS.....	16
ARTIGO EM PORTUGUÊS.....	34
REFERÊNCIAS .....	52
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PRÉ-CONSELHAMENTO.....	57
APÊNDICE C - FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PÓS-ACONSELHAMENTO.....	58
ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	59



## 1 INTRODUÇÃO

Diante das modificações comportamentais reprodutivas dos últimos séculos, do elevado número de nascimentos, da redução dos níveis de mortalidade infantil e do consequente aumento significativo nas taxas de crescimento da população (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015), as políticas de planejamento familiar vêm agregando um importante papel na sociedade nas últimas décadas.

Entendemos o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” (BRASIL, 1996, LEI Nº 9263..., 1996, art. 2º). Essas ações visam garantir autonomia, liberdade de escolha e bem-estar aos indivíduos, independentemente da influência de fatores econômicos ou culturais. O exercício da autonomia pressupõe que as pessoas tenham condições de exercer o controle sobre o total de filhos que terão. (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015; HARDEE; HARRIS et al., 2014).

As ações de planejamento familiar, como qualquer política pública de atenção à saúde, devem garantir a prevenção de doenças através da equidade e esclarecimento, além de diminuir os agravos relacionados à saúde e aos custos relativos ao tratamento e melhorar a qualidade de vida e saúde da população. No entanto, a implementação dessas ações ainda constitui um desafio em nosso país. A ineficiência de políticas de planejamento familiar é refletida no número de gravidezes indesejadas, famílias desestruturadas e mortalidade materna por abortos clandestinos no Brasil. (ALENCAR JÚNIOR, 2006). Em outros países, o uso de métodos contraceptivos inadequados ou ineficazes (pouco efetivos) também é fator significativo no aumento das taxas de abortos. (GANATRA; FAUNDES, 2016; THE LANCET, 2002; LILJESTRAND, 2000; NOBILI et al., 2007). Alternativas para superação desses desafios têm sido propostas no âmbito da saúde reprodutiva. Alguns autores têm demonstrado o impacto das sessões de aconselhamento na escolha mais consciente dos métodos contraceptivos pelos indivíduos. (ADANIKIN; ONWUDIEGWU; LOTO, 2013; FERREIRA et al., 2011; LOPEZ-DEL BURGO; OSORIO; DE IRALA, 2014). As sessões de aconselhamento contraceptivo podem incluir diversas estratégias e ações para ampliar e facilitar o acesso à informação e variam desde abordagens individuais a abordagens em grupos. No entanto, o tipo de estratégia para um aconselhamento contraceptivo eficaz ainda é controverso. (LOPEZ et al., 2013; NOBILI et al., 2007). Uma revisão sistemática comparou três tipos de aconselhamentos contraceptivos, o individual, palestras e *workshops*. Os autores

observaram maior consciência e compreensão sobre a efetividade dos métodos contraceptivos quando se tem auxílio audiovisual nos grupos. Porém, o estudo foi inconclusivo quanto a melhor abordagem contraceptiva. (LOPEZ et al., 2013). Independentemente da abordagem, estratégias de aconselhamento promovem maior esclarecimento, autonomia e escolha mais consciente pelo método contraceptivo. (FERREIRA et al., 2011; JAVADI et al., 2013; LEE et al., 2011).

Na estratégia de abordagem individual, muito utilizada em países desenvolvidos, os profissionais de saúde geralmente utilizam gráficos e tabelas sobre a efetividade dos métodos contraceptivos para auxiliar no aconselhamento. (OMU et al., 1989; STEINER et al., 2003; STEINER et al., 2006). Essa abordagem parece permitir maior esclarecimento e compreensão das opções contraceptivas por considerar as dúvidas individuais, as preferências e o respeito a intimidade de cada um, além de promover uma escolha mais consciente, diminuir o risco de falhas por mau uso ou descontinuidade do método e o arrependimento por escolhas desinformadas. (DEHLENDORF et al., 2013; WHO, 2015).

Embora existam outras opções para o aconselhamento individual, como a utilização de *softwares* (LOPEZ et al., 2014) para auxiliar os profissionais na orientação da escolha do método contraceptivo de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2015), o acesso à internet ainda é restrito em alguns países para a utilização desse instrumento.

A abordagem em grupos, mais utilizada em países em desenvolvimento, talvez pelo potencial de maior abrangência populacional, também parece ser capaz de aumentar o conhecimento dos indivíduos acerca da efetividade dos métodos contraceptivos. (KRAFT et al., 2007; LANGSTON; ROSARIO; WESTHOFF, 2010; STEPHENSON et al., 2011). A abordagem geralmente inclui o uso de materiais educativos para manuseio e/ou recursos audiovisuais sob a forma de aulas expositivas ou palestras didáticas. (LANGSTON; ROSARIO; WESTHOFF, 2010; LOPEZ et al., 2013; STEPHENSON et al., 2011). O termo palestra ou conferência deriva da palavra latina *legō*, que significa "eu recito". Tem sido o método predominante de ensino desde a criação das universidades há mais de 900 anos. (FREEMAN et al., 2014). É muito comumente criticada por utilizar estratégias passivas de ensino-aprendizagem, com pouco uso das teorias de aprendizagem de adultos (COLLINS, 2004; MISCH, 2002), em que o público apenas recebe a informação sem participação ativa no conteúdo (ISMAIL et al., 2015). Isso pode desestimular os indivíduos que procuram por informações diferentes das oferecidas nas palestras. Essas críticas podem ser um dos motivos pelos quais as políticas de planejamento que utilizam as palestras como abordagem de

aconselhamento ainda são ineficazes para o desafio da redução dos índices de mortalidade materna e gravidezes indesejadas nos países em desenvolvimento.

Para superarmos esse desafio, sabemos que os valores e as preferências de cada indivíduo devem ser considerados para o planejamento das ações de aconselhamento contraceptivo. Os programas devem possibilitar o exercício pleno dos direitos humanos, da autonomia, do respeito e evitar práticas que possam levar a coerção (FREIRE, 1996; HARDEE et al., 2014), uma vez que suas escolhas são influenciadas pelo meio social, econômico e cultural em que estão inseridos os indivíduos. (WHO, 2015). As ações de aconselhamento devem, ainda, priorizar práticas educacionais pautadas nas teorias de aprendizagem de adultos e alcançar a população de adolescentes e adultos jovens.

Sabemos que a população brasileira, em geral, procura informações nos grupos de aconselhamentos, em sua grande maioria, apenas para "encerrar" as famílias. Não está habituada a procurar por profissionais habilitados para esclarecimentos a respeito do melhor método contraceptivo de escolha antes de iniciar a sua composição familiar. Talvez por isso, percebemos altas taxas de falha dos métodos e a descontinuidade do uso na população brasileira. (POLI et al., 2009).

A avaliação da interferência das palestras de aconselhamento amplamente utilizadas nos serviços de planejamento familiar do Brasil na decisão pelos métodos contraceptivos é de suma importância para o planejamento das ações de educação em saúde. O conhecimento das vantagens e desvantagens do uso da palestra como estratégia de aconselhamento contraceptivo poderá direcionar a formação dos profissionais da saúde reprodutiva, que deve priorizar as evidências científicas disponíveis a respeito dos métodos contraceptivos (LOPEZ-DEL BURGO; OSORIO; DE IRALA, 2015) e das estratégias de educação em saúde.

Apesar de estudos demonstrarem a importância do aconselhamento na escolha pelo método contraceptivo (LEE et al., 2011; STEPHENSON et al., 2011), nossa hipótese é que a palestra exerce menor interferência na escolha do que variáveis sócio-demográficas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desde os primórdios da história médica, já existia o desejo ou a necessidade pelo controle da fertilidade, tanto por fatores econômicos e sociais, quanto pelos de ordem religiosa e, principalmente, política. Vários meios e métodos foram propostos e testados para auxiliar no controle da natalidade, como magias e poções com plantas venenosas, uso de duchas com soluções irritantes, esponjas e metais pesados intravaginais com produtos potencialmente infectantes, abstinência sexual e até mesmo o *coitus interruptus*, ou coito interrompido, que é citado na Bíblia Sagrada e considerada a técnica contraceptiva conhecida mais antiga. Todos esses métodos mostraram baixa efetividade e causaram a morte de muitas mulheres por infecções, envenenamento e abortos mal conduzidos. (CONNELL, 1999).

O preservativo masculino surgiu apenas em meados do século XVIII e continuou a ser aprimorado com o passar dos anos até os tempos atuais. Porém, questões sociais, culturais, políticas e religiosas contribuíram para a baixa adesão ao uso desses métodos contraceptivos. (CONNELL, 1999). Com o crescimento descontrolado da população trabalhadora nos Estados Unidos e Europa nas primeiras décadas do século XX, pesquisas sobre métodos contraceptivos mais efetivos começaram a surgir, apoiadas por órgãos governamentais. Como resultado dessas pesquisas, surgem os dispositivos intrauterinos e diafragmas, bem como as políticas públicas para o controle da natalidade. No mundo Ocidental, programas e ações para o controle da natalidade foram duramente criticados pela Igreja Católica, que possuía grande influência no crescimento populacional e na composição familiar até mesmo para os não-praticantes e desestimulava o uso de métodos contraceptivos artificiais, considerados “ilícitos” até então. (DONALDSON, 1988).

Aspectos religiosos também influenciaram as práticas contraceptivas no mundo Oriental. Na China, pessoas acreditavam que quanto mais filhos o casal tivesse, mais bênçãos a família teria. Com a fundação da República Popular da China, em 1949, o crescimento populacional acelerou pois as famílias foram desencorajadas a utilizar métodos de controle da natalidade por terem incentivos financeiros e materiais do governo. Em 1953, o governo chinês esboça uma primeira política de controle da natalidade ao aprovar a "Regulação da contracepção e do aborto induzido", com incentivo do uso de métodos contraceptivos e a legalização do aborto. Mesmo assim, as altas taxas de natalidade permaneceram, pois os programas e ações de planejamento não tiveram alcance nacional. A preocupação dos

governantes referente ao uso da água, quantidade de alimentos e tamanho de suas terras era crescente. Apenas com a política de filho único em 1979, considerada uma das políticas mais restritivas do mundo e que vigorou por mais de três décadas, o governo conseguiu reduzir drasticamente as taxas de natalidade do país. Clínicas de planejamento familiar foram implementadas, com oferta de vários métodos contraceptivos. A maioria dos métodos usados foram o DIU (dispositivo intrauterino) e a laqueadura tubária. (WANG, 2012).

A preocupação com o crescimento da população mundial, evidenciada a partir dos resultados dos censos do pós-guerra, propiciou a realização de conferências internacionais que auxiliaram na construção de um consenso sobre o controle das populações para o futuro. Dados indicavam que o tamanho da população mundial dobraria em menos de 25 anos, o que implicaria em ameaça ao desenvolvimento econômico, ao suprimento alimentar, aos recursos naturais e no impacto ao meio ambiente. As principais organizações responsáveis por reunir líderes mundiais nas décadas de 1950 e 1960 para discutir as implicações do rápido crescimento populacional mundial foram a Fundação *Ford e Rockefeller* e o *Population Council*. Em 1965, 36 países participaram da "Conferência Internacional sobre Programas de Planejamento Familiar", em Genebra, na Suíça. Participantes discutiram sobre a organização de agências de assistência bilateral e fundações privadas no auxílio ao planejamento familiar internacional com doações financeiras aos programas. Os casais passariam a ser incentivados a controlar o número de filhos com métodos contraceptivos modernos, o que reduziria o crescimento populacional e melhoraria os padrões de vida e o bem estar das mulheres a partir da redução das gravidezes indesejadas e da prevenção de abortos induzidos. (SELTZER, 2002).

Apenas nas décadas de 50 e 60 do século XX, Margaret Sanger (bióloga) e Katherine McCormick (enfermeira e sexóloga), duas mulheres consideradas feministas e ativistas no controle da natalidade, impulsionaram as pesquisas referentes à pílula hormonal contraceptiva feminina. Enfrentaram perseguições médicas, religiosas, políticas, sociais e legais até a comprovação da efetividade das pílulas contraceptivas, o que levou a ampla aceitação do uso do método pela população feminina. Após os primeiros anos de lançamento, o uso dos contraceptivos orais femininos cresceu em escala exponencial nos Estados Unidos. Isso teve impacto direto na carreira profissional das mulheres, nas relações entre gêneros, na prática sexual desvinculada da fertilidade e na centralidade da mulher no controle da natalidade. (TYRER, 1999). A introdução da pílula contraceptiva também proporcionou o empoderamento feminino, já que a mulher passou a assumir o controle da sua vida sexual e

reprodutiva. Com o desenvolvimento científico e tecnológico, a liberação sexual e o surgimento da pílula oral, a Igreja Católica perdeu grande parte da influência sobre os seus seguidores, o que a forçou a entender como aceitável a prática do planejamento familiar. (DONALDSON, 1988).

No Brasil, a mulher iniciou o uso de contraceptivos hormonais orais desde a década de 60, juntamente com os Estados Unidos. No entanto, não havia uma política pública voltada ao planejamento familiar e o uso não era incentivado por ações dos serviços de saúde. Apenas em 1983, com o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática) (SANT'ANNA et al., 1984) criaram-se ações para o planejamento familiar em dois focos principais: regulação da fecundidade nas ações de saúde materno-infantil e ações para redução dos riscos gravídicos. O conceito de assistência integral à saúde da mulher já abrangia ações numa visão holística, com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde. Para o programa,

o planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As ações são baseadas nos princípios de equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população - e de ordem médica, traduzidos no risco gravídico. (SANT'ANNA et al., 1984, v.6, p.16).

Em 1994, as políticas de saúde reprodutiva foram reforçadas pela definição do termo “saúde reprodutiva” proposta pela ONU (Organização das Nações Unidas):

saúde reprodutiva é a condição de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutor, suas funções e processos. (UNITED NATIONS, 1995).

Impulsionado pelas resoluções do programa de ações da ONU, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994 (UNITED NATIONS, 1995), o Governo Federal do Brasil, signatário da referida conferência, cria a Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, "que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências". A lei estabelece que

O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. (BRASIL. LEI Nº 9263..., 1996, art. 4º).

O Sistema Único de Saúde promoverá o **treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva**. (BRASIL. LEI Nº 9263..., 1996, § único, grifo nosso).

É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação no que couber às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. (BRASIL. LEI Nº 9263..., 1996, art. 5º).

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, **visando desencorajar a esterilização precoce**; risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. (BRASIL. LEI Nº 9263..., 1996, art. 10º, incisos I e II, grifo nosso).

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. (BRASIL. LEI Nº 9263..., 1996, art. 10º, §2º).

A lei proporcionou grande autonomia e liberdade na escolha do método contraceptivo pelo indivíduo. No entanto, observamos um paradoxo em seus dispositivos legais: a lei do planejamento familiar restringe a mulher na escolha por método definitivo em períodos de parto e aborto por considerar estados emocionais alterados nessas situações. Essa restrição foi fundamentada em um momento de taxas crescentes de cesáreas eletivas e foi criada inicialmente para coibir o alto número de cesáreas desnecessárias realizadas para aproveitar o momento do ato cirúrgico exclusivamente para a laqueadura tubária a pedido da mulher. Independente dos motivos da criação da lei, percebemos a importância de sua criação no controle da fecundidade no país e na orientação da população quanto aos métodos contraceptivos disponíveis, de maneira a evitar a esterilização precoce. Além disso, a lei reforça a importância do investimento na formação de profissionais de saúde capacitados para o aconselhamento contraceptivo. (BOYACIYAN, 2011).

A necessidade da capacitação em processos de educação em saúde para o Sistema Único de Saúde é reforçada em 2006, quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova as "Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde" (SUS). As diretrizes buscam promover o direito ao acesso nos processos pedagógicos com metodologias ativas de ensino-aprendizagem na educação em saúde, com linguagem adequada ao perfil dos usuários dos serviços e acessibilidade às

pessoas com deficiências. Procuram, ainda, valorizar os saberes de cada indivíduo, a cultura local e as diversidades sociodemográficas da população. (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Em 2011, os processos de ensino-aprendizagem na educação em saúde são mais uma vez reforçados com a publicação da portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e consolida a atenção básica em saúde da família como responsável pelas ações de educação em saúde (FONTENELLE, 2012):

A atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: ... II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais...Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica: ... XIV - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe. (BRASIL, 2011).

Apesar das orientações do CNS e do Ministério da Saúde realçarem a importância em utilizarmos estratégias ampliadas de educação em saúde, com uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, observamos que o uso de palestras, restritas aos cenários das unidades de saúde, ainda é muito difundido no Brasil como prática de educação em saúde. (FERNANDES et al., 2013; KIM et al., 2010; PELEGRINI, 2012; UCHÔA et al., 2004).

Nesse sentido, conseguimos identificar a necessidade de se estreitar as relações entre profissionais de educação sexual em atenção básica e a comunidade, para que haja trocas de conhecimentos, experiências pessoais e saberes por meio de estratégias mais benéficas do que as já praticados nos tempos de hoje, de maneira a alcançarmos resultados mais positivos e que satisfaçam as necessidades individuais dos usuários dos serviços de planejamento familiar.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo primário**

Avaliar o impacto da palestra de aconselhamento contraceptivo realizada no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia na opinião sobre efetividade e escolha dos métodos contraceptivos.

#### **3.2 Objetivos secundários**

- Comparar a opção do método escolhido pelo indivíduo antes e após a palestra de aconselhamento contraceptivo.
- Comparar a opinião dos participantes sobre a efetividade dos métodos contraceptivos antes e após a palestra de aconselhamento contraceptivo.
- Determinar as variáveis sociodemográficas preditoras da escolha por método irreversível antes e após a palestra de aconselhamento contraceptivo.

## ARTIGO EM INGLÊS\*

### Contraceptive counseling lectures: what for?

Marília Cristina Berardi<sup>a</sup>, Clesnan Mendes-Rodrigues<sup>b</sup>, Helena Borges Martins da Silva Paro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Nurse, Diagnosis Department, Federal University of Uberlandia.

Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, zipcode 38405-320, Brazil. E-mail: mariliaberardi80@gmail.com

<sup>b</sup>Professor, Nursing School, Federal University of Uberlandia.

Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, zipcode 38400-902, Brazil. E-mail: clesnan@hotmail.com

<sup>c</sup>Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Department of Medical Humanities and Bioethics, Medical School, Federal University of Uberlandia.

Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, zipcode 38400-902, Brazil. E-mail: helenabmsparo@gmail.com

Corresponding author: **Marília Cristina Berardi**

Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, zipcode 38405-320, Brazil. E-mail: mariliaberardi80@gmail.com

#### Abstract

**Objective:** To evaluate the impact of multidisciplinary contraceptive counseling lectures related to the efficacy and individual choices of contraceptive methods. **Methods:** Sociodemographic variables, preferred methods, opinion about the efficacy of contraceptive methods, and the level of interference of the lecture on the contraceptive choice of 101 participants were analyzed. **Results:** Female participants primarily chose tubal ligation as a contraceptive option ( $p=0.55$ ), whereas male participants opted for vasectomy. After the lecture, a lower percentage of men declared that they did not know which method was more efficacious (24.3% versus 0.0%;  $p=0.006$ ). Also, a lower percentage of women (12.7% versus 1.8%;  $p=0.020$ ) and men (25.5% versus 7.7%;  $p=0.003$ ) reported that they did not know which method was less efficacious. Number of children increased the likelihood of choosing an irreversible method in a 30.87-fold (95% CI, 5.503 to 173.168,  $p<0.001$ ). **Conclusion:** The lecture impacted on participants' opinions about the efficacy of contraceptive methods, making them have more informed choices. However, it did not influence their choice of

---

\*Submetido à *Patient Education & Counseling*

contraception. Number of children was the most determining factor in choosing irreversible methods. **Practice implications:** Family planning programs should rethink lecture-based, in-service educational approaches if their aim is to foster the conscious practice of sexuality.

Keywords: family planning services; contraception; counseling.

### **Highlights**

- Participants of family planning programs are mostly women with more than one child.
- Most of participants opt for irreversible contraception methods.
- Number of children impacts most on the choice for irreversible methods.
- Opinion on contraceptive methods efficacy changes upon lecture participation.
- Choice of the contraceptive method does not change upon lecture participation.

## 1 Introduction

Contraceptive counseling is one of the main factors responsible for the decrease in rates of induced abortions and unplanned pregnancies around the world [1-3]. Thus, reproductive health professionals should develop educational competencies towards and an effective contraceptive counseling.

It is common knowledge that information provided in contraceptive counseling programs should consider individual values and preferences [4], since individual choices are influenced by social, economic, and cultural aspects [5]. In underdeveloped and developing countries [6], the number of children seems to exert considerable influence on these programs attendance. Usually, individuals seek counseling after having a first child [6] and, after a second one, there seems to exist the volition for an irreversible method.

Although family planning programs are recognized as fundamental in individuals' decision making process, strategies that should be used to ensure effective contraceptive counseling are still controversial [3,7]. Most of studies assessing counseling strategies use different approaches, making comparisons difficult. Individual-based approaches [8-10] seem to increase knowledge and understanding of contraceptive options. They foster conscious choices, reduce the risk of failure by misuse or discontinuation of the method, and prevent regret due to uninformed choices [5,11]. Group-based approaches, which are common in developing countries [12-16], perhaps because of the potential of higher population coverage in low-resource scenarios, may also increase the knowledge of individuals about the efficacy of contraceptive methods. Regardless of the approach, counseling strategies seem to promote greater knowledge, autonomy, and conscious choices of contraceptive methods [17-19].

In general, group-based approaches adopted in family planning services include the use of educational materials and/or audiovisual resources in the form of workshops or lectures [7,15,16]. Lectures usually involve passive learning strategies, with few activities based on adult learning theories [20,21]. For this reason, although studies show the importance of counseling in choosing contraceptive methods [22,23], our hypothesis is that lectures influence the contraceptive choice to a lesser degree than sociodemographic variables. Therefore, this study aimed to evaluate the impact of multidisciplinary counseling lectures held at our institution on participants' opinion about the efficacy and on choice of contraceptive methods. We also evaluated which sociodemographic variables predict choice for irreversible methods among participants.

## **2 Methods**

### **2.1 Study site and participants**

This cross-sectional study was approved by the local Research Ethics Committee. We evaluated 103 patients from the family planning outpatient clinic of our institution from June 2015 to July 2016. Eligible participants were literate respondents older than 18 years, who were part of the multidisciplinary counseling group of the family planning service. Pregnant women and participants who signed informed consent form but did not complete all survey forms were excluded.

The multidisciplinary team of our outpatient clinic comprises social workers, nurses, doctors, and psychologists. The team is involved in counseling activities on contraceptive methods via the provision of lectures and audiovisual material. Our family planning service is freely available to the local population.

### **2.2 Contraceptive counseling lectures**

Contraceptive counseling lectures were held once a month in classrooms for a maximum of 20 participants, with available audiovisual resources. Lectures were designed to the local population's spontaneous demand. Throughout the study period, the same multidisciplinary team was responsible for administering information on the counseling lectures with the use of audiovisual resources and educational material available for handling. Lecturers addressed all legal and practical information on the contraceptive methods offered by the national public health services, with emphasis on methods considered efficacious or very efficacious (oral and injectable hormonal contraceptives, copper intrauterine device, as well as irreversible methods, including tubal ligation and vasectomy). Counseling covered in the lectures followed recommendations of the World Health Organization (WHO) [5] and included information on the efficacy of all contraceptive methods, their proper use, mechanisms of action, side effects, risks and benefits, return to fertility, and their efficacy in the prevention of sexually transmitted diseases. Lectures lasted as long as two hours. In this study, only the contraceptive methods considered very efficacious or efficacious by the World Health Organization (WHO) [5] which are offered free of charge in our country were included for analysis.

### 2.3 Questionnaires

Participants who agreed to participate in the study signed an informed consent form before attending the counseling lecture. Before the lecture, participants individually answered a questionnaire on sociodemographic data (age, sex, marital status, education, number of pregnancies, number of abortions, and number of children), contraceptive method of choice, and individual opinion about the efficacy of each method. After the lecture, participants answered another questionnaire with items on the contraceptive method chosen at the end of counseling (“What is your contraceptive method of choice after the counseling lecture?”) and their opinion about the efficacy of the methods (“In your opinion, which is the most/least efficacious contraceptive method?”), with six response categories: “oral hormonal contraception”, “injectable contraception”, “intrauterine device”, “tubal ligation”, “vasectomy” and “do not know”. The influence of the lecture in participants’ decision-making process was also assessed (“To which degree did the lecture influence in your choice of contraception method?”). Responses were provided in a five-point Likert scale, with scores varying from 1 (no influence) to 5 (strong influence). Details of the survey forms were known only by a single member of the research team and were coded according to a list of random and sequential paired numbers (pre- and post-counseling).

### 2.4 Sample size and statistical analysis

Sample size with a maximum error margin of 5% and statistical power of 80% was calculated for 90 participants [24]. We used descriptive statistics to analyze the sociodemographic characteristics of the study participants and chi-square tests to determine differences in the sociodemographic characteristics according to gender. For paired dependent variables, we used the marginal homogeneity test to evaluate differences of opinion in regards to the efficacy of the contraceptive methods and the choice of the method before and after the lecture. We used the McNemar test to determine changes of opinion in regards to the efficacy of the methods after the lecture. For independent variables, we used the G-test to evaluate differences of opinion in regards to the efficacy and choice of the methods according to gender. We conducted binary logistic regression to identify the sociodemographic predictors of irreversible contraceptive options. The software programs IBM SPSS Statistics version 20 and BioEstat version 5.0 for Windows were used and the level of significance was defined at 0.05.



### 3 Results

Of the 103 participants recruited, two did not complete the post-counseling forms, which resulted in a total of 101 respondents. The sample consisted mostly of women (59.4%) aged 25 to 35 years (66.7%), with complete or incomplete high school education (61.8%). Among participants aged more than 35 years, men were the majority ( $X^2=7.65$ ;  $p=0.022$ ). Women had a higher educational degree compared to men ( $X^2=6.71$ ;  $p=0.035$ ) (Table 1).

For female participants, tubal ligation was considered the most efficacious method of contraception both before (65.4%) and after (51.9%) the lecture ( $p=0.433$ ). For the male participants, vasectomy was chosen as the most efficacious method both before (56.8%) and after (70.3%) counseling. Male participants placed a higher percentage of responses related to the choice of vasectomy as the most efficacious method, while a smaller proportion of respondents reported not knowing which method was more efficacious after counseling (24.3% versus 0.0%;  $p=0.006$ ). After counseling, a lower percentage of women (12.7% versus 1.8%;  $p=0.020$ ) and men (25.5% versus 7.7%;  $p=0.003$ ) reported not knowing which method was less efficacious, and a higher proportion of women (72.7% versus 83.6%;  $p=0.020$ ) and men (61.5% versus 87.2%;  $p=0.003$ ) have chosen oral contraceptive pills as the least efficacious method (Table 2).

After the lecture, women continued to prefer tubal ligation as a primary contraceptive option ( $p=0.550$ ). Among men, a significantly higher percentage of participants chose an initial contraceptive method ( $p=0.012$ ). Gender comparisons indicated that women chose tubal ligation more often than men and that men chose vasectomy more often than women both before and after the lecture ( $p<0.05$ ) (Table 3).

The lecture strongly influenced the final decision for 62.7% of women and 62.5% of men (data not shown).

A higher percentage of correct responses about the least efficacious method (oral contraceptives) were observed after the lecture among men ( $p=0.002$ ). Among women, a higher percentage of correct responses about the most efficacious method (vasectomy) was observed after the lecture ( $p=0.007$ ). These results indicate the presence of significant differences among men in choosing the least efficacious method and among women in selecting the most efficacious method ( $p<0.05$ ) (Table 4).

Binary logistic regression indicated that for each child participants had, the likelihood of choosing a definitive method increased 5.608-fold (95% CI, 2.082 to 15.106) before the

lecture and 30.870-fold (95% CI, 5.503 to 173.168) after the lecture. Being female significantly decreased (OR, 0.121; 95% CI, 0.019 to 0.759;  $p < 0.05$ ) the likelihood of choosing a definitive method before counseling (Table 5).

## **4 Discussion and Conclusion**

### **4.1 Discussion**

Family planning is intended to assist in the choice of family composition, to guide couples on the number of children desired, to help with the decision as to the interval between births, and to develop conscious and safe sexual relations [7]. However, the development of efficient strategies for the guidance of young adults is still limited in developing countries. At the beginning of their sexual lives, young individuals usually have little or misleading contraceptive information, and this information is not sufficient to prevent a poorly planned or unwanted pregnancy [3]. Our results reinforce this reality, considering that the minority of participants of the family planning service belonged to younger age groups. Our sample is consistent with the characteristics of the users of public family planning programs in developing countries: most of them are women, in a stable union, with more than a child and are in the third decade of life [6,25].

Gender within family planning is important to understand power relations within family and social groups. In our country, due to cultural and historical reasons, childbearing is considered a social demonstration of virility among men. However, pregnancy, childcare, and child education are the responsibility of women [26]. Changes in familiar structures and the need of women to get into the workforce have increased responsibilities and social demands on women. This patriarchal culture places women at the center of birth control. This may justify a higher proportion of women participating in our family planning service.

Women have achieved autonomy in terms of the choice of contraceptive methods probably due to their ability to negotiate within the family unit. They seem to consider that an irreversible method is the most efficacious solution to limit the number of children they have, despite their knowledge of the efficacy of other methods [26]. This may explain our results as we observed that women remained opting for an irreversible method to themselves, even after receiving information on more efficacious methods through the counseling lecture. In other words, women usually take the responsibility for contraception. Furthermore, we should consider the dissatisfaction of women with the reversible methods that are currently available



[27]. This dissatisfaction may be related to a possible failure of a reversible method used previously. Women who are actively involved in family composition choose tubal ligation after their ideal family size is achieved, especially in cases in which they have experienced a failure in the previous planning of family size [28-30]. We also need to consider the unwillingness of women to continue to assume the responsibility for reversible contraception and their decision to interrupt their reproductive cycle and enjoy sexual freedom without the fear of unwanted pregnancy [29].

Men rarely seek family planning services, probably because of their lack of concern with contraception, considering that the only methods available to them are male condom, abstinence, and vasectomy [31,32]. These methods are not well accepted by the male population [29,32]. Men who seek family planning services may do so because of their previous choice to receive a vasectomy. They are often willing to cease their offspring due to financial and familiar concerns [29]. These data are in accordance with our results, since men in our study seek vasectomy as a main choice of contraception, not only before but also after the counseling lecture.

Recent studies held in underdeveloped and in developing countries show the importance of contraceptive counseling tailored to male participants' degree of education. According to such studies, higher impact of counseling in participants' decision is observed among men with the lowest degree of education [33,34]. In our study, men sought counseling with little information on the least efficacious contraception methods. The counseling lecture clarified their doubts, as it was effective in decreasing mistaken opinions on the efficacy of methods. The lecture was also effective in fostering a final decision for any contraceptive method.

Most participants opted for irreversible methods. In the view of the society, irreversible methods are more common, more accepted and more efficacious. The lecture had a positive impact on participants' opinions regarding the efficacy of methods, but it was not effective in changing their choice at the end of the process. A previous study has shown that structured counseling has little impact on the choice of contraceptive methods [15] and that the selection of very efficacious or efficacious methods is already expected among participants of family planning services. It seems that these individuals attempt to cease their offspring instead of planning for the size of their family.

Despite reports of the strong influence on their final choices, study participants maintained their initial choice of definitive contraceptive methods. The level of the reported influence that counseling had on the choice of method may have been influenced by the effect

of social desirability (i.e., the answer to this question may have been provided by assuming that the answer was in accordance with the interviewer's expectations) [3].

The variable that most strongly influenced the choice of irreversible methods was the number of children. The option to not bear more children may have been influenced by factors related to family income, spending on health and education, and affective aspects [29,30]. We also observe a limited impact of existing family planning services in our country in the coverage of the population of teenagers and young adults, who have a greater potential to plan their family size rather than limit it [35].

Limitations of family planning services may also be attributed to the lecture approach widely used among health professionals in developing countries. In general, lectures on contraceptive methods have an exclusively informational purpose, merely covering technical aspects of contraception. The lecturer-centered approach rarely considers the individual needs of the participants. Nowadays, the largest challenge for health professionals seems to be the practice of health education grounded on adult learning theories (for instance, group discussions, role-play, games) so as to value individual emotions and experiences, through a collaborative construction of knowledge among educators and learners. Such an approach might ensure the right to autonomy and dignity in individual choices [36].

Our study has some limitations. First, its cross-sectional design did not allow long-term analysis of the impact of the counseling lecture on contraceptive use. However, we believe that changes in contraception choices among participants opting for irreversible methods after the counseling lecture are unlikely. Second, we could not compare different teaching-learning strategies for contraceptive counseling. Further studies should investigate the impact of other learner-centered approaches in the opinion and choice of individuals who seek contraceptive counseling.

## **4.2 Conclusion**

Multidisciplinary counseling lectures are a useful tool for guidance on the efficacy of contraceptive methods (reversible or irreversible) but it does not impact the choice of the method. The number of children was the primary predictor for irreversible contraception choices.

### **4.3 Practice implications**

Family planning programs should rethink lecture-based, in-service educational approaches if their aim is to foster the conscious practice of one's sexuality. New teaching and learning practices planned from critical reflections of health professionals on their educational practices and tailored according to the emotional and educational needs of participants are necessary for the full exercise of individual autonomy. The ideal family planning strategy should consider the family unit as a whole and include the consideration of the ideal period for the establishment of a family. The use of educational strategies that value emotions and knowledge of individuals is essential to the conscious exercise of one's sexuality. Particularly in underdeveloped and developing countries, adolescents and young adults should be considered the target audience in the restructuring of family planning resources via an expansion of educational practices outside health services. Effective family counseling strategies should include social participation in community health councils, with adequate language and wide access to all communication media available. Educational strategies should also be able to reduce the rates of unsafe abortions and maternal-child morbidity and mortality, which are essential for the exercise of human rights.

**Conflicts of interest:** None.

### **Acknowledgements**

We are grateful to Carolina Oliveira Duarte and Emilly Azambuja Ferreira for their collaboration in data collection.

## References

- [1] The Lancet [editorial]. Undermining international family-planning programmers. 2002 Feb;352(9095):539.
- [2] Ganatra B, Faundes A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2016 Oct;36:145–155.
- [3] Nobili MP, Piergrossi S, Brusati V, Moja EA. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient Educ Couns*. 2007 Mar;65(3):361–368.
- [4] Hardee K, Harris S, Rodriguez M, Kumar J, Bakamjian L, Newman K, et al. Achieving the Goal of the London Summit on Family Planning By Adhering to Voluntary, Rights-Based Family Planning: What Can We Learn from Past Experiences with Coercion? *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2014 Dec;40(4):206–214.
- [5] World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5 edition. WHO, 2015.
- [6] Ervatti LR, Borges GM, Jardim APO. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios Para Projeções Popul Rio Jan:Inst Bras Geogr E Estat. 2015.
- [7] Lopez LM, Steiner M, Grimes DA, Schulz KF. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. *Cochrane Libr* [Internet]. 2008 [cit 4 Feb 2017]; Available in: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006964.pub2/full>
- [8] Steiner MJ, Dalebout S, Condon S, Dominik R, Trussell J. Understanding risk: a randomized controlled trial of communicating contraceptive effectiveness. *Obstet Gynecol*. 2003;102(4):709–717.
- [9] Steiner MJ, Trussell J, Mehta N, Condon S, Subramaniam S, Bourne D. Communicating contraceptive effectiveness: A randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(1):85–91.
- [10] Omu AE, Weir SS, Janowitz B, Covington DL, Lamptey PR, Burton NN. effect of counseling on sterilization acceptance by high-parity women in Nigeria. *Int Fam Plan Perspect*. 1989 Jun;15(2):66–71.
- [11] Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013 Aug;88(2):250–256.
- [12] Fernandes AMS, Souza VS, Borges IC, Andrade DC, Luedy FA, Martins RR, et al. Atividade educativa na sala de espera com pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Cardiol*. 2013;26(2):106–111.
- [13] Uchôa CMA, Serra CMB, Magalhães C de M, Silva RMM da, Figliuolo LP, Leal CA, et al. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. *Cad. Saúde Publica*. 2004;935–941.
- [14] Kraft JM, Harvey SM, Thorburn S, Henderson JT, Posner SF, Galavotti C. Intervening

with couples: assessing contraceptive outcomes in a randomized pregnancy and HIV/STD risk reduction intervention trial. *Women's Health Issues*. 2007;17(1):52–60.

[15] Langston AM, Rosario L, Westhoff CL. Structured contraceptive counseling—A randomized controlled trial. *Patient Educ. Couns*. 2010 Dec;81(3):362–367.

[16] Stephenson R, Vwalika B, Greenberg L, Ahmed Y, Vwalika C, Chomba E, et al. A randomized controlled trial to promote long-term contraceptive use among HIV-serodiscordant and concordant positive couples in Zambia. *J Women's Health*. 2011;20(4):567–574.

[17] Ferreira ALCG, Souza AI, Pessoa RE, Braga C. The effectiveness of contraceptive counseling for women in the post abortion period: an intervention study. *Contraception*. 2011 Oct;84(4):377–383.

[18] Adanikin AI, Onwudiegwu U, Loto OM. Influence of multiple antenatal counseling sessions on modern contraceptive uptake in Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2013 Oct;18(5):381–387.

[19] Lopez-del Burgo C, Osorio A, de Irala J. Informed choice in family planning: what do women want to know? *Contraception*. 2015 Mar;91(3):265.

[20] Collins J. Education Techniques for Lifelong Learning. *RadioGraphics* [Internet]. 2004 Jul [cit 23 Feb 2017]; Available in: <http://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/rg.244035179>

[21] Misch DA. Andragogy and Medical Education: Are Medical Students Internally Motivated to Learn? *Adv Health Sci Educ*. 1º de maio de 2002;7(2):153–160.

[22] Javadi M, Kargar A, Gholami K, Hadjibabaie M, Rashidian A, Torkamandi H, et al. Didactic Lecture Versus Interactive Workshop for Continuing Pharmacy Education on Reproductive Health: A Randomized Controlled Trial. *Eval Health Prof*. 2015 Sep;38(3):404–418.

[23] Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrero S, Schwarz EB. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. *J Gen Intern Med*. 2011;26(7):731–736.

[24] Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007 May;39(2):175–191.

[25] Olinto MTA, Galvão LW. Reproductive characteristics of women from 15 to 49 years of age: comparative studies and planning for actions. *Rev Saúde Pública*. 1999 Feb;33(1):64–72.

[26] Ferreira RV, Costa MR, Melo DCS de. Planejamento Familiar: gênero e significados / Family Planning: gender and significance. *Textos Context Porto Alegre*. 2014 Dec;13(2):387–397.

[27] Rosenfeld JA, Zahorik PM, Saint W, Murphy G. Women's satisfaction with birth control. *J Fam Pract*. 1993 Feb;36(2):169–174.

[28] Bumpass LL, Thomson E, Godecker AL. Women, men, and contraceptive

sterilization. *FertilSteril*. 2000 May;73(5):937–946.

[29] Marcolino C, Galastro EP. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. *Rev Enfermagem*. 2001 May;9(3):77–82.

[30] Santos JC dos, Freitas PM de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;1813–1820.

[31] Roth MY, Amory JK. Beyond the Condom: Frontiers in Male Contraception. In: *Seminars in reproductive medicine* [Internet]. Thieme Medical Publishers; 2016;183–190. Available in: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1571435>

[32] Ringheim K. Factors that Determine Prevalence of Use of Contraceptive Methods for Men. *Stud FamPlann*. 1993;24(2):87–99.

[33] Babalola S, Kusemiju B, Calhoun L, Corroon M, Ajao B. Factors associated with contraceptive ideation among urban men in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* 130.2015;E42-E46.

[34] Bietsch KE. Men's attitudes towards contraception in sub-Saharan Africa: original research. *Afr J Reprod Health*. 2015;19(3):41–54.

[35] Yanda K. Teenagers educating teenagers about reproductive health and their rights to confidential care. *Fam Plann Perspect*. 2000 Oct;32(5):256–257.

[36] Freire P. *Pedagogy of autonomy: knowledge necessary for educational practice*. São Paulo: Peace Earth. 1996.

## Tables

**Table 1. Sociodemographic characteristics of the study participants (n=101)**

Characteristics	Subgroups	Sex		$\chi^2$ statistics (p)*
		Female n=60 n (%)	Male n=41 n (%)	
Age	18–24 years	10 (16.7%)	5 (12.2%)	7.65 (0.022)
	25–35 years	40 (66.7%)	19 (46.3%)	
	>35 years	10 (16.7%)	17 (41.5%)	
Education **	Primary education	7 (12.7%)	14 (35.0%)	6.71 (0.035)
	High school education	34 (61.8%)	19 (47.5%)	
	Higher education	14 (25.5%)	7 (17.5%)	
Stable union**	No	16 (27.1%)	3 (7.3%)	4.94 (0.026)
	Yes	43 (72.9%)	38 (92.7%)	
Number of children**	No children	6 (10.0%)	9 (22.5%)	2.94 (0.230)
	1 child	12 (20.0%)	7 (17.5%)	
	>1 child	42 (70.0%)	24 (60.0%)	

$\chi^2$ : Chi-square test between genders

\*\* Missing data

**Table 2. Efficacy of contraceptive methods according to the opinion of the participants before and after the contraceptive counseling (n=101)**

Methods	More efficacious			
	Female		Male	
	Before n (%)	After n (%)	Before n (%)	After n (%)
Oral pills	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hormonal injection	1 (1.9%)	1 (1.9%)	1 (2.7%)	1 (2.7%)
Intrauterine device	2 (3.8%)	2 (3.8%)	0 (0%)	1 (2.7%)
Tubal ligation	34 (65.4%)	27 (51.9%)	6 (16.2%)	9 (24.3%)
Vasectomy	12 (23.1%)	22 (42.3%)	21 (56.8%)	26 (70.3%)
Does not know	3 (5.8%)	0 (0%)	9 (24.3%)	0 (0%)
Total*	52 (100%)		37 (100%)	
Marginal homogeneity test (p)	-0.784 (0.433)		2.746 (0.006)	
G-test (p) for gender	Before 23.981 (<0.001)		After 6.562 (0.087)	

  

Methods	Less efficacious			
	Female		Male	
	Before n (%)	After n (%)	Before n (%)	After n (%)
Oral pills	40 (72.7%)	46 (83.6%)	24 (61.5%)	34 (87.2%)
Hormonal injection	3 (5.5%)	5 (9.1%)	2 (5.1%)	0 (0%)
Intrauterine device	3 (5.5%)	0 (0%)	1 (2.6%)	0 (0%)
Tubal ligation	1 (1.8%)	3 (5.5%)	0 (0%)	1 (2.6%)
Vasectomy	1 (1.8%)	0 (0%)	2 (5.1%)	1 (2.6%)
Does not know	7 (12.7%)	1 (1.8%)	10 (25.6%)	3 (7.7%)
Total*	55 (100%)		39 (100%)	
Marginal homogeneity test (p)	2.334 (0.020)		3.015 (0.003)	
G-test (p) for gender	Before 4.036 (0.544)		After 7.763 (0.100)	

\*Missing data



**Table 3. Contraceptive method of choice before and after the counseling lecture according to gender (n=101)**

Method	Female		Male	
	Before n (%)	After n (%)	Before n (%)	After n (%)
Oral pills	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hormonal injection	2 (3.3%)	1 (1.7%)	0 (0%)	1 (2.5%)
Intrauterine device	11 (18.3%)	15 (25.9%)	5 (12.5%)	6 (15%)
Tubal ligation	30 (50%)	21 (36.2%)	4 (10%)	6 (15%)
Vasectomy	12 (20%)	21 (36.2%)	26 (65%)	27 (67.5%)
Does not know	5 (8.3%)	0 (0%)	5 (12.5%)	0 (0%)
Total*	60 (100%)	58 (100%)	40 (100%)	40 (100%)
Marginal homogeneity test	0.59 (0.550)		2.50 (0.012)	
G-test (p) for gender	Before 26.372 (<0.001)		After 9.274 (0.025)	

\*Missing data

**Table 4. Change of opinion about the efficacy of contraceptive methods before and after the lecture (n=101)**

		Female		Male	
Factor		Incorrect answer after the lecture	Correct answer after the lecture	Incorrect answer after the lecture	Correct answer after the lecture
Least efficacious	Incorrect answer before the lecture	6 (10.9%)	9 (16.4%)	5 (12.8%)	10 (25.6%)
	Correct answer before the lecture	3 (5.5%)	37 (67.3%)	0 (0%)	24 (61.5%)
McNemar test (w) before and after the lecture		0.146		0.002	
Most efficacious	Incorrect answer before the lecture	27 (51.9%)	13 (25%)	8 (21.6%)	8 (21.6%)
	Correct answer before the lecture	2 (3.8%)	10 (19.2%)	4 (10.8%)	17 (45.9%)
McNemar test (w) before and after the lecture		0.007		0.388	

**Table 5. Sociodemographic predictors of initial and final choices of irreversible contraceptive methods (n=75)**

Prediction	Variable	B	p value*	Odds ratio	Confidence interval
Initial choice	Constant	-0.991	0.599	0.371	
	<b>Female gender</b>	<b>-2.112</b>	<b>0.024</b>	<b>0.121</b>	<b>0.019–0.759</b>
	Age	0.034	0.517	1.035	0.933–1.147
	Marital status	0.125	0.889	1.133	0.195–6.600
	Education (primary education)		0.787		
	Education (high school education)	0.376	0.733	1.456	0.168–12.645
	Education (higher education)	0.557	0.489	1.745	0.360–8.461
	<b>Number of children</b>	<b>1.724</b>	<b>0.001</b>	<b>5.608</b>	<b>2.082–15.106</b>
Final choice	Constant	-5.649	0.030	0.004	
	Female gender	1.965	0.082	7.138	0.778–65.466
	Age	0.043	0.447	1.044	0.934–1.167
	Marital status	1.533	0.299	4.632	0.256–83.780
	Education (elementary education)		0.509		
	Education (high school education)	0.972	0.493	2.644	0.164–42.686
	Education (higher education)	-0.698	0.536	0.497	0.054–4.546
	<b>Number of children</b>	<b>3.430</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>30.870</b>	<b>5.503–173.168</b>

\*Binary logistic regression

## ARTIGO EM PORTUGUÊS

### Palestra de aconselhamento contraceptivo: para quê?

Marília Cristina Berardi<sup>a</sup>, Clesnan Mendes-Rodrigues<sup>b</sup>, Helena Borges Martins da Silva Paro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Enfermeira, Departamento de Propedêutica, Universidade Federal de Uberlândia.  
Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, CEP 38405-320, Brasil. E-mail: mariliaberardi80@gmail.com

<sup>b</sup>Professor, Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Uberlândia.  
Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, CEP 38400-902, Brasil. E-mail: clesnan@hotmail.com

<sup>c</sup>Professor, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Departamento de Medicina Humana e Bioética, Universidade Federal de Uberlândia.  
Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, CEP 38400-902, Brasil. E-mail: helenabmsparo@gmail.com

Autor de correspondência: **Marília Cristina Berardi**  
Avenida Pará, 1720, Uberlândia, Minas Gerais, CEP 38405-320, Brasil. E-mail: mariliaberardi80@gmail.com

### Resumo

**Objetivos:** Avaliar o impacto de uma palestra de aconselhamento multiprofissional e de variáveis sociodemográficas sobre métodos contraceptivos na opinião sobre efetividade e na escolha individual pelo método. **Métodos:** Variáveis sociodemográficas, método de escolha, opinião sobre efetividade dos métodos contraceptivos e grau de interferência da palestra na opção contraceptiva de 101 participantes foram analisados. **Resultados:** As mulheres mantiveram a laqueadura como opção contraceptiva majoritária ( $p=0,55$ ), enquanto os homens optaram por vasectomia. Uma menor proporção de homens declarou não saber qual método mais efetivo após o aconselhamento (24,3% versus 0,0%;  $p=0,006$ ) e uma menor proporção de mulheres (12,7% versus 1,8%;  $p=0,020$ ) e de homens (25,5% versus 7,7%;  $p=0,003$ ) declarou não saber qual método menos efetivo após a palestra. Para cada filho que o participante possui, a chance de optar por um método definitivo depois da palestra aumenta em 30,87 vezes (IC95% 5,503-173,168;  $p<0,001$ ). **Conclusão:** A palestra teve impacto positivo na opinião dos participantes a respeito da efetividade dos métodos contraceptivos, porém não influenciou a opção pelo método. O número de filhos é o fator principal na escolha por

métodos contraceptivos definitivos. **Implicações práticas:** O uso de estratégias educacionais que valorizem emoções e saberes dos indivíduos devem ser estimuladas, em detrimento de palestras meramente informativas, para o exercício consciente da sexualidade.

Palavras-chave: planejamento familiar; contracepção; aconselhamento.

**Destaques**

- Mulheres com mais de um filho são a maioria entre participantes da palestra.
- Participantes da palestra optam por método contraceptivo definitivo para si.
- Número de filhos tem maior impacto na opção por método definitivo.
- A palestra tem impacto positivo na opinião sobre a efetividade dos métodos.
- A palestra de aconselhamento não interfere na escolha pelo método.

## 1 Introdução

O aconselhamento contraceptivo é apontado como um dos principais fatores responsáveis pela redução das taxas de abortos induzidos e gravidezes não planejadas no mundo (1–3). Nesse sentido, os profissionais da saúde reprodutiva devem desenvolver competências de educação em saúde voltadas para um aconselhamento contraceptivo eficaz.

Sabemos que a informação compartilhada nos programas de aconselhamento contraceptivo deve considerar os valores e preferências dos indivíduos (4) uma vez que suas escolhas são influenciadas pelo meio social, econômico e cultural em que estão inseridos (5). No Brasil, o número de filhos parece exercer grande influência na procura por esses programas. Geralmente, os indivíduos buscam aconselhamento somente após o primeiro filho (6) e, após o segundo filho, parece já existir o desejo pelo método definitivo.

Apesar do reconhecimento dos programas de planejamento familiar na tomada de decisão dos indivíduos, o tipo de estratégia para um aconselhamento contraceptivo eficaz ainda é controverso (3,7). A maioria dos estudos que avaliam estratégias pedagógicas para o aconselhamento utiliza abordagens distintas, o que dificulta a comparação dos resultados (7). A estratégia de abordagem individual (8–10), parece permitir maior esclarecimento e compreensão das opções contraceptivas. Promove uma escolha mais consciente, além de diminuir o risco de falhas por mau uso ou descontinuidade do método e o arrependimento por escolhas desinformadas (5,11). A abordagem em grupos, mais utilizada em países em desenvolvimento (12–16) talvez pelo potencial de maior abrangência populacional em cenários com poucos recursos, também parece ser capaz de aumentar o conhecimento dos indivíduos acerca da efetividade dos métodos contraceptivos. Independentemente da abordagem, estratégias de aconselhamento parecem promover maior esclarecimento, autonomia e escolha mais consciente pelo método contraceptivo (17–19).

Geralmente, a abordagem em grupos nos serviços de planejamento familiar inclui o uso de materiais educativos e/ou recursos audiovisuais, sob a forma de *workshops* ou palestras (7,15,16). As palestras utilizam estratégias passivas de ensino, com pouco uso das teorias de aprendizagem de adultos (20,21). Por esse motivo, apesar de estudos demonstrarem a importância da palestra de aconselhamento na escolha pelo método contraceptivo (22,23), nossa hipótese é que a essa estratégia exerce menor interferência na escolha do que variáveis sócio-demográficas. Nosso objetivo foi avaliar o impacto da palestra multiprofissional da nossa instituição na opinião sobre efetividade e na escolha do método. Objetivamos, ainda, avaliar quais os fatores sociodemográficos podem interferir na escolha por métodos

contraceptivos definitivos entre os participantes da palestra.

## **2 Métodos**

### **2.1 Local e participantes**

Estudo transversal, conduzido em um serviço de planejamento familiar da nossa instituição, entre Junho de 2015 e Julho de 2016, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. Participaram deste estudo 103 respondentes, com mais de 18 anos de idade, alfabetizados e presentes no grupo de orientação multiprofissional do serviço de Planejamento Familiar. As gestantes e os participantes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e não responderam todos os formulários da pesquisa foram excluídos do estudo.

O serviço conta com uma equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiro, médico e psicólogo) que realiza um trabalho de aconselhamento sobre métodos contraceptivos com aulas expositivas (palestra) e material audiovisual. Nosso serviço de Planejamento Familiar é aberto a toda a população do município de forma gratuita.

### **2.2 Palestra de aconselhamento sobre métodos contraceptivos**

As palestras de aconselhamento contraceptivo foram realizadas uma vez ao mês, em sala de aula com espaço para 30 participantes e disponibilidade de recursos audiovisuais. As palestras são voltadas ao público vindo de demanda espontânea, em grupos de no máximo 20 pessoas. A mesma equipe multiprofissional foi a responsável por ministrar o conteúdo. As palestras padronizadas foram oferecidas sob a forma de aula expositiva e dialogada, com o uso de recursos audiovisuais e materiais disponíveis para manuseio. Os ministrantes abordaram todas as informações legais e práticas a respeito de cada método contraceptivo ofertado pela rede pública do país, com ênfase aos métodos considerados efetivos ou muito efetivos (anticoncepcionais orais e injetáveis, dispositivo intra-uterino de cobre; métodos considerados irreversíveis ou definitivos: laqueadura tubária e vasectomia). As orientações abordadas nas palestras seguiram as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (5) e consistiram em informações sobre efetividade relativa de todos os métodos contraceptivos, uso correto e mecanismos de ação, efeitos colaterais, riscos e benefícios de cada um, retorno à fertilidade e estratégias de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A duração total da palestra de aconselhamento contraceptivo foi de, no máximo, duas horas. Neste estudo, foram incluídos apenas os métodos contraceptivos



considerados muito efetivos ou efetivos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (5) e que são ofertados no país de forma gratuita.

### **2.3 Etapas dos procedimentos**

Os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes das reuniões de aconselhamento multiprofissional. Antes da palestra, os participantes responderam individualmente a um formulário com informações sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade e número de gravidezes, número de abortos e número de filhos), método contraceptivo de escolha e opinião sobre a efetividade dos métodos contraceptivos. Após a palestra, os indivíduos responderam a outro formulário, com itens sobre o método contraceptivo de escolha no final do aconselhamento ("Qual o método contraceptivo de escolha após a palestra?") e a opinião sobre a efetividade dos métodos contraceptivos ("Em sua opinião, qual o método contraceptivo mais/menos seguro?"), com seis opções de respostas: pílula oral, hormônio injetável, DIU, laqueadura, vasectomia, não sei. Os participantes também foram questionados quanto a interferência da palestra de aconselhamento na sua tomada de decisão ("Como a palestra interferiu na escolha do seu método?"), com respostas em uma escala Likert de cinco pontos (1=nenhuma interferência; 5=extrema interferência). Os formulários de pesquisa, de conhecimento apenas por um único membro da equipe pesquisadora, foram codificados por números aleatórios e sequenciais pareados (pré e pós-aconselhamento).

### **2.4 Tamanho da amostra e análise estatística**

O tamanho da amostra com uma margem de erro máximo de 5%, e poder estatístico de 80% foi calculado para 90 participantes (24). Utilizamos a estatística descritiva para as características sociodemográficas dos participantes do estudo. Para determinarmos diferenças das características sociodemográficas entre os gêneros, utilizamos testes de Qui-quadrado. Para as variáveis pareadas dependentes, utilizamos o teste de homogeneidade marginal com o objetivo de determinarmos diferenças de opinião sobre a efetividade dos métodos e de escolha do método antes e após a palestra de aconselhamento e o teste de McNemar para determinarmos mudança de opinião sobre a efetividade dos métodos após a palestra de aconselhamento. Para as variáveis independentes, utilizamos o teste G de maneira a determinarmos diferenças de opinião sobre efetividade e escolha dos métodos de acordo com gênero. Realizamos regressão logística binária para identificar variáveis sociodemográficas preditoras das escolhas contraceptivas. Foram utilizados os programas *IBM SPSS Statistics*



versão 20 e *BioEstat* versão 5.0 para *Windows* e o nível de significância foi estabelecido em 0,05.

### 3 Resultados

Dos 103 participantes, dois não preencheram os formulários pós-aconselhamento, o que totalizou 101 respondentes para esta pesquisa. A amostra foi constituída, em sua maioria, por mulheres (59,4%) entre 25 e 35 anos de idade (66,7%), com 2º grau completo ou incompleto (61,8%). Entre os participantes acima dos 35 anos, os homens são a maioria ( $\chi^2=7,65$ ;  $p=0,022$ ). As mulheres que participaram da palestra de aconselhamento possuíam maior grau de escolaridade do que os homens ( $\chi^2=6,71$ ;  $p=0,035$ ) (Tabela 1).

Para as mulheres, a laqueadura foi considerada o método contraceptivo mais efetivo, tanto antes (65,4%) quanto depois (51,9%) da palestra ( $p=0,433$ ). Para os homens, a vasectomia foi escolhida como o método mais efetivo, tanto antes (56,8%) quanto depois (70,3%) do aconselhamento. Os participantes do sexo masculino mudaram de opinião em relação à maior efetividade dos métodos, com uma maior proporção de respostas para a vasectomia como método mais efetivo e uma menor proporção de respondentes que declarou não saber qual método mais efetivo após o aconselhamento (24,3% versus 0,0%;  $p=0,006$ ). Uma menor proporção de mulheres (12,7% versus 1,8%;  $p=0,020$ ) e de homens (25,5% versus 7,7%;  $p=0,003$ ) declarou não saber qual método menos efetivo e uma maior proporção de mulheres (72,7% versus 83,6%;  $p=0,020$ ) e homens (61,5% versus 87,2%;  $p=0,003$ ) optaram pela pílula oral depois do aconselhamento como método menos efetivo (Tabela 2).

Após a palestra de aconselhamento, as mulheres mantiveram a laqueadura como opção contraceptiva majoritária ( $p=0,550$ ). Já entre os homens, percebemos que houve uma maior proporção de participantes que apresentavam um método de escolha final ( $p=0,012$ ). Na comparação entre homens e mulheres, percebemos que as mulheres escolheram a laqueadura em maior proporção do que os homens e esses escolheram a vasectomia em maior proporção do que as mulheres, tanto antes como depois da palestra de aconselhamento ( $p < 0,05$ ) (Tabela 3).

De acordo com auto-relatos dos participantes, a palestra teve muita interferência na tomada de decisão final de 62,7% das mulheres e 62,5% dos homens.

Observamos uma maior proporção de respostas corretas em relação ao método menos efetivo (contraceptivos orais) após a palestra de aconselhamento entre os homens ( $p=0,002$ ) e

uma maior proporção de respostas corretas em relação ao método mais efetivo (vasectomia) após a palestra entre as mulheres ( $p=0,007$ ). Esses dados demonstram que houveram diferenças significativas para os homens na escolha do método menos efetivo e para as mulheres no método mais efetivo ( $p<0,05$ ) (Tabela 4).

Quando analisamos as variáveis sociodemográficas por meio da regressão logística binária, conseguimos identificar que para cada filho que o participante possui, a chance de escolha por um método definitivo antes da palestra aumenta em 5,608 vezes (IC 95% 2,082 - 15,106) e em 30,870 vezes (IC 95% 5,503 - 173,168) depois da palestra de aconselhamento. O fato de ser mulher diminuiu as chances de escolha por um método definitivo antes do aconselhamento (OR 0,121; IC 95% 0,019 - 0,759) ( $p<0,05$ ) (Tabela 5).

## **4 Discussão e Conclusão**

### **4.1 Discussão**

Sabemos que o planejamento familiar tem como objetivo auxiliar na formação da família, orientar os casais na quantidade de filhos desejados, no intervalo entre os filhos e nas relações sexuais conscientes e protegidas(7). No entanto, no Brasil, atualmente, não conseguimos desenvolver ações eficazes na orientação de adultos jovens. Quando esses jovens iniciam suas vidas sexuais, geralmente, encontram-se sem informações ou com orientações equivocadas e cheias de tabus, as quais são insuficientes para impedirem uma gravidez mal planejada ou não desejada (3). Nossos resultados reforçam essa realidade, já que a minoria dos participantes do serviço de planejamento familiar pertencia à faixa etária mais jovem. As características sócio-demográficas dos participantes do nosso estudo são compatíveis com as características dos usuários dos serviços públicos de saúde do nosso país: as mulheres são as principais usuárias e estão, no momento das ações de planejamento familiar, em uma união estável, com mais de um filho e na terceira década de vida (6,25).

O gênero dentro do planejamento familiar é de grande importância na compreensão das relações de poder dentro da construção familiar e social. No Brasil, para o homem, culturalmente e historicamente, ter filhos pode ser considerado uma demonstração social da sua virilidade, porém a gravidez, os cuidados com o bebê e a educação das crianças são de responsabilidade da mulher(26). Com as modificações nas estruturas familiares e a necessidade da mulher em ir para o mercado de trabalho, aumentaram as cobranças e a responsabilidade sobre ela. Essa cultura patriarcal coloca a mulher na centralidade do controle

da natalidade. Isso pode justificar a maior participação das mulheres no nosso serviço de planejamento familiar.

A partir da necessidade do diálogo e da sua capacidade de negociação dentro do relacionamento, a mulher assumiu a autonomia na escolha do método contraceptivo e parece considerar o método definitivo como a solução mais efetiva para o problema do controle do número de filhos, mesmo tendo conhecimentos sobre a efetividade de outros métodos (26). Isso pode justificar nossos resultados, que demonstram que, mesmo após as informações compartilhadas na palestra de aconselhamento, as mulheres continuaram optando por método definitivo para si. Em outras palavras, as mulheres assumem a responsabilidade pela contracepção. Além disso, devemos considerar a insatisfação da mulher em relação aos métodos não definitivos disponíveis atualmente (27). Essa insatisfação pode ser referente a uma provável falha de método não definitivo utilizado anteriormente. As mulheres, como responsáveis pela composição familiar, optam pela laqueadura tubária quando já completaram o tamanho idealizado de suas famílias, principalmente se já vivenciaram falhas no planejamento prévio do número de filhos (28–30). Devemos ainda considerar a indisposição da mulher em continuar a assumir a responsabilidade pela contracepção reversível, de maneira a romper com a sua vida reprodutiva e viver a sua liberdade sexual de forma mais tranquila, sem o temor de uma gravidez indesejada (29).

Os homens, no geral, procuram pouco os serviços de planejamento familiar, muito provavelmente devido à sua despreocupação com a contracepção, visto que os únicos métodos disponíveis para o gênero são o preservativo masculino, a abstinência sexual e a vasectomia(31,32). Estes métodos, geralmente, não são bem aceitos pela população masculina(29,32). Os homens que procuram o serviço de planejamento familiar, o fazem com a opção já estabelecida pela vasectomia, preocupados em encerrar a prole, devido às suas condições financeiras e o aumento da responsabilidade na vida familiar (29). Esses dados são compatíveis com os resultados encontrados no nosso estudo, em que os homens buscam pela vasectomia como principal método de escolha, tanto antes quanto depois do aconselhamento contraceptivo.

Estudos recentes realizados em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, relatam a importância do aconselhamento voltado ao grau de instrução dos homens e mostram que quanto menor o grau de escolaridade, maior o efeito do aconselhamento sobre suas opiniões (33,34). Em nosso estudo, os homens chegam com poucas informações sobre os métodos contraceptivos menos efetivos e a palestra de aconselhamento esclarece suas dúvidas ao diminuir os erros sobre a opinião na efetividade destes métodos, além de proporcionar uma

decisão por algum método no final do aconselhamento.

A maioria dos participantes optou por métodos mais conhecidos, mais aceitos pela sociedade, mais efetivos e definitivos. A palestra de aconselhamento teve um impacto positivo na opinião dos participantes a respeito da efetividade dos métodos, porém, isso não foi o suficiente para uma mudança de escolha no final do processo. Resultados anteriores demonstram que o aconselhamento estruturado tem pouco impacto na escolha por métodos contraceptivos (15) e a busca por métodos muito efetivos ou efetivos já era esperada entre os participantes do serviço de planejamento familiar. Eles parecem buscar "encerrar" a família e não planejá-la.

Apesar de relatarem que houve uma grande interferência sobre as suas escolhas finais, percebemos que os participantes permaneceram com suas opções por métodos definitivos, com a escolha do método para si. O grau da interferência do aconselhamento na escolha do método pode ter sido influenciado pelo efeito da "desejabilidade social", ou seja, a resposta a esse questionamento foi dada ao pensar que está de acordo com as expectativas do entrevistador (3).

A variável de maior interferência na escolha pelos métodos irreversíveis foi o número de filhos. Ao optarem pelo encerramento da prole, os participantes parecem ser influenciados por questões relacionadas à renda familiar, às condições reais de manutenção dos gastos com saúde e educação e aos aspectos afetivos (29,30). Também percebemos com clareza o impacto limitado dos serviços de planejamento familiar existentes no país em relação à abrangência do público de adolescentes e adultos jovens, que tem maior possibilidade de planejar, ao invés de encerrar, sua composição familiar (35).

As limitações dos serviços de planejamento familiar também podem ser atribuídas à abordagem de palestras ainda amplamente utilizada por profissionais de saúde do nosso país. A palestra sobre métodos contraceptivos tem um caráter exclusivamente informativo e oferece apenas a exposição de aspectos técnicos dos métodos contraceptivos. Essa estratégia centrada no palestrante não considera as necessidades individuais dos participantes. O maior desafio dos profissionais de saúde, atualmente, é tentar utilizar práticas de educação em saúde pautadas nas teorias de aprendizagem de adultos (por exemplo, discussão em grupos, role-play, jogos), de maneira a valorizar as emoções, experiências e os saberes individuais, com a construção coletiva do conhecimento entre educadores e educandos. Com isto, exercemos o direito à autonomia e a dignidade na escolha individual (36).

Nosso estudo tem algumas limitações. Primeiro, o desenho transversal do estudo não permitiu analisarmos o impacto da palestra na adesão aos métodos contraceptivos a longo

prazo. No entanto, acreditamos ser pouco provável uma mudança na opção contraceptiva dos participantes após a palestra de aconselhamento. Segundo, não foi possível compararmos diferentes estratégias de ensino-aprendizagem. Estudos posteriores deverão investigar o impacto de outras estratégias na opinião e escolha dos indivíduos que buscam aconselhamento contraceptivo.

## **4.2 Conclusão**

A palestra de aconselhamento multiprofissional foi uma importante ferramenta na orientação a respeito da efetividade dos métodos contraceptivos (definitivos ou não), porém não influenciou a opção pelo método. O número de filhos foi o principal preditor para a escolha por métodos contraceptivos definitivos.

## **4.3 Implicações práticas**

Novas práticas pedagógicas de ensino-aprendizagem, planejadas a partir da reflexão crítica dos profissionais envolvidos sobre a prática educativa e das necessidades emocionais e de aprendizagem dos participantes são necessárias para o amplo exercício da autonomia dos indivíduos. O planejamento familiar ideal deve considerar a unidade familiar como um todo, isso também inclui o momento de formação da família. O uso de estratégias educacionais que valorizem as emoções e os saberes dos indivíduos é essencial para o exercício da sexualidade consciente. Especialmente no Brasil, adolescentes e adultos jovens devem ser considerados o público alvo na reestruturação do planejamento familiar, por meio da ampliação de práticas educativas fora dos serviços de saúde. Estratégias efetivas de aconselhamento familiar devem incluir a participação social em conselhos de saúde na comunidade, com a criação comissões de comunicação e informação nesses conselhos, com linguagem adequada ao público e garantia de acesso à informação através de todos os meios de comunicação disponíveis. Devem, também, diminuir os índices de abortos clandestinos e de morbi-mortalidade materno-infantil, aspectos fundamentais para o exercício dos direitos humanos e crescimento social, político e econômico do nosso país.

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

## **Agradecimentos**

Agradecemos à Carolina Oliveira Duarte e Emilly Azambuja Ferreira pela colaboração na coleta dos dados.

## Referências

- (1) The Lancet [editorial]. Undermining international family-planning programmers. 2002 Fev;352(9095):539.
- (2) Ganatra B, Faundes A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 2016 Oct;36:145–55.
- (3) Nobili MP, Piergrossi S, Brusati V, Moja EA. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient Educ Couns*. 2007 Mar;65(3):361–8.
- (4) Hardee K, Harris S, Rodriguez M, Kumar J, Bakamjian L, Newman K, et al. Achieving the Goal of the London Summit on Family Planning By Adhering to Voluntary, Rights-Based Family Planning: What Can We Learn from Past Experiences with Coercion? *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2014;40(4):206–14.
- (5) World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5 edition. WHO, 2015.
- (6) Ervatti LR, Borges GM, Jardim APO. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios Para Projeções Popul Rio Jan Inst Bras Geogr E Estat. 2015;
- (7) Lopez LM, Steiner M, Grimes DA, Schulz KF. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. *Cochrane Libr* [Internet]. 2008 [citado 4 de fevereiro de 2017]; Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006964.pub2/full>
- (8) Steiner MJ, Dalebout S, Condon S, Dominik R, Trussell J. Understanding risk: a randomized controlled trial of communicating contraceptive effectiveness. *Obstet Gynecol*. 2003;102(4):709–17.
- (9) Steiner MJ, Trussell J, Mehta N, Condon S, Subramaniam S, Bourne D. Communicating contraceptive effectiveness: A randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(1):85–91.
- (10) Omu AE, Weir SS, Janowitz B, Covington DL, Lamptey PR, Burton NN. The effect of counseling on sterilization acceptance by high-parity women in Nigeria. *Int Fam Plan Perspect*. 1989;66–71.
- (11) Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. agosto de 2013;88(2):250–6.
- (12) Fernandes AMS, Souza VS, Borges IC, Andrade DC, Luedy FA, Martins RR, et al. Atividade educativa na sala de espera com pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Cardiol*. 2013;26(2):106–111.
- (13) Uchôa CMA, Serra CMB, Magalhães C de M, Silva RMM da, Figliuolo LP, Leal CA, et al. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. *Cad Saude Publica*. 2004;935–41.
- (14) Kraft JM, Harvey SM, Thorburn S, Henderson JT, Posner SF, Galavotti C. Intervening

with couples: assessing contraceptive outcomes in a randomized pregnancy and HIV/STD risk reduction intervention trial. *Women's Health Issues*. 2007;17(1):52–60.

(15) Langston AM, Rosario L, Westhoff CL. Structured contraceptive counseling—A randomized controlled trial. *Patient EducCouns*. 2010 Dec;81(3):362–7.

(16) Stephenson R, Vwalika B, Greenberg L, Ahmed Y, Vwalika C, Chomba E, et al. A randomized controlled trial to promote long-term contraceptive use among HIV-serodiscordant and concordant positive couples in Zambia. *J Women's Health*. 2011;20(4):567–574.

(17) Ferreira ALCG, Souza AI, Pessoa RE, Braga C. The effectiveness of contraceptive counseling for women in the post abortion period: an intervention study. *Contraception*. 2011 Oct;84(4):377–83.

(18) Adanikin AI, Onwudiegwu U, Loto OM. Influence of multiple antenatal counseling sessions on modern contraceptive uptake in Nigeria. *Eur J ContraceptReprod Health Care Off J EurSocContracept*. 2013 Oct;18(5):381–7.

(19) Lopez-del Burgo C, Osorio A, de Irala J. Informed choice in family planning: what do women want to know? *Contraception*. 2015 Mar;91(3):265.

(20) Collins J. EducationTechniques for Lifelong Learning. *RadioGraphics [Internet]*. 1º de julho de 2004 [citado 23 de fevereiro de 2017]; Disponível em: <http://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/rg.244035179>

(21) Misch DA. Andragogy and Medical Education: Are Medical Students Internally Motivated to Learn? *Adv Health Sci Educ*. 1º de maio de 2002;7(2):153–60.

(22) Javadi M, Kargar A, Gholami K, Hadjibabaie M, Rashidian A, Torkamandi H, et al. Didactic Lecture Versus Interactive Workshop for Continuing Pharmacy Education on Reproductive Health: A Randomized Controlled Trial. *Eval Health Prof*. 2015 Sep;38(3):404–18.

(23) Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrerro S, Schwarz EB. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. *J Gen Intern Med*. 2011;26(7):731–736.

(24) Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 1º de maio de 2007;39(2):175–91.

(25) Olinto MTA, Galvão LW. Reproductive characteristics of women from 15 to 49 years of age: comparative studies and planning for actions. *Rev Saúde Pública*. fevereiro de 1999;33(1):64–72.

(26) Ferreira RV, Costa MR, Melo DCS de. Planejamento Familiar: gênero e significados / Family Planning: gender and significance. *Textos Context Porto Alegre*. 2014 Dec;13(2):387–97.

(27) Rosenfeld JA, Zahorik PM, Saint W, Murphy G. Women's satisfaction with birth control. *J Fam Pract*. 1º de fevereiro de 1993;36(2):169–74.

- (28) Bumpass LL, Thomson E, Godecker AL. Women, men, and contraceptive sterilization. *Fertil Steril*. maio de 2000;73(5):937–46.
- (29) Marcolino C, Galastro EP. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. *Rev LatAm Enfermagem*. 1º de maio de 2001;9(3):77–82.
- (30) Santos JC dos, Freitas PM de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;1813–20.
- (31) Roth MY, Amory JK. Beyond the Condom: Frontiers in Male Contraception. In: *Seminars in reproductive medicine* [Internet]. Thieme Medical Publishers; 2016 [cited 23 Feb 2017]. p. 183–190. Available in: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1571435>
- (32) Ringheim K. Factors that Determine Prevalence of Use of Contraceptive Methods for Men. *Stud Fam Plann*. 1993;24(2):87–99.
- (33) Babalola S, Kusemiju B, Calhoun L, Corroon M, Ajao B. Factors associated with contraceptive ideation among urban men in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015 [citado 23 de fevereiro de 2017];130(S3). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.05.006/full>
- (34) Bietsch KE. Men's attitudes towards contraception in sub-Saharan Africa: original research. *Afr J Reprod Health*. 2015;19(3):41–54.
- (35) Yanda K. Teenagers educating teenagers about reproductive health and their rights to confidential care. *Fam Plann Perspect*. 2000 Oct;32(5):256–7.
- (36) Freire P. *Pedagogy of autonomy: knowledge necessary for educational practice*. Sao Paulo Peace Earth. 1996;



## Tabelas

**Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo (n= 101)**

Características	Subgrupos	Sexo		Estatística $\chi^2$ (p)*
		Feminino	Masculino	
		n= 60 n (%)	n= 41 n (%)	
Idade	18-24 anos	10 (16,7%)	5 (12,2%)	7,65 (0,022)
	25-35 anos	40 (66,7%)	19 (46,3%)	
	>35 anos	10 (16,7%)	17 (41,5%)	
Escolaridade**	1º grau	7 (12,7%)	14 (35,0%)	6,71 (0,035)
	2º grau	34 (61,8%)	19 (47,5%)	
	3º grau	14 (25,5%)	7 (17,5%)	
União Estável**	Não	16 (27,1%)	3 (7,3%)	4,94 (0,026)
	Sim	43 (72,9%)	38 (92,7%)	
Nº de filhos**	Sem filhos	6 (10,0%)	9 (22,5%)	2,94 (0,230)
	1 filho	12 (20,0%)	7 (17,5%)	
	> 1 filho	42 (70,0%)	24 (60,0%)	

$\chi^2$ : Teste Qui-quadrado dentre os grupos (feminino ou masculino)

\*\* *Missing data*

**Tabela 2. Efetividade dos métodos contraceptivos, segundo a opinião dos participantes antes e depois da palestra sobre métodos contraceptivos (n=101)**

Método	Mais efetivo			
	Feminino		Masculino	
	Antes n (%)	Depois n (%)	Antes n (%)	Depois n (%)
Pílula Oral	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hormônio Injetável	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)
DIU	2 (3,8%)	2 (3,8%)	0 (0%)	1 (2,7%)
Laqueadura	34 (65,4%)	27 (51,9%)	6 (16,2%)	9 (24,3%)
Vasectomia	12 (23,1%)	22 (42,3%)	21 (56,8%)	26 (70,3%)
Não Sabe	3 (5,8%)	0 (0%)	9 (24,3%)	0 (0%)
Total*	52 (100%)		37 (100%)	
Teste de homogeneidade marginal (p)	-0,784 (0,433)		2,746 (0,006)	
Teste G (p) para gêneros	Antes 23,981 (<0,001)		Depois 6,562 (0,087)	

  

Método	Menos efetivo			
	Feminino		Masculino	
	Antes n (%)	Depois n (%)	Antes n (%)	Depois n (%)
Pílula Oral	40 (72,7%)	46 (83,6%)	24 (61,5%)	34 (87,2%)
Hormônio Injetável	3 (5,5%)	5 (9,1%)	2 (5,1%)	0 (0%)
DIU	3 (5,5%)	0 (0%)	1 (2,6%)	0 (0%)
Laqueadura	1 (1,8%)	3 (5,5%)	0 (0%)	1 (2,6%)
Vasectomia	1 (1,8%)	0 (0%)	2 (5,1%)	1 (2,6%)
Não Sabe	7 (12,7%)	1 (1,8%)	10 (25,6%)	3 (7,7%)
Total*	55 (100%)		39 (100%)	
Teste de homogeneidade marginal (p)	2,334 (0,020)		3,015 (0,003)	
Teste G (p) para gêneros	Antes 4,036 (0,544)		Depois 7,763 (0,100)	

\*Missing data

**Tabela 3. Método contraceptivo de escolha antes e depois da palestra de aconselhamento de acordo com gênero (n=101)**

Método	Feminino		Masculino	
	Antes n (%)	Depois n (%)	Antes n (%)	Depois n (%)
Pílula Oral	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hormônio Injetável	2 (3,3%)	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (2,5%)
DIU	11 (18,3%)	15 (25,9%)	5 (12,5%)	6 (15%)
Laqueadura	30 (50%)	21 (36,2%)	4 (10%)	6 (15%)
Vasectomia	12 (20%)	21 (36,2%)	26 (65%)	27 (67,5%)
Não Sabe	5 (8,3%)	0 (0%)	5 (12,5%)	0 (0%)
Total*	60 (100%)	58 (100%)	40 (100%)	40 (100%)
Teste de Homogeneidade Marginal	0,59 (0,550)		2,50 (0,012)	
Teste G (p) para gêneros	Antes 26,372 (<0,001)		Depois 9,274 (0,025)	

\*Missing data

**Tabela 4. Análise da mudança de opinião à respeito da efetividade dos métodos contraceptivos antes e depois da palestra (n=101)**

		Feminino		Masculino	
Fator		Resposta incorreta depois	Resposta correta depois	Resposta incorreta depois	Resposta correta depois
Menos efetivo	Resposta incorreta antes	6 (10,9%)	9 (16,4%)	5 (12,8%)	10 (25,6%)
	Resposta correta antes	3 (5,5%)	37 (67,3%)	0 (0%)	24 (61,5%)
McNemar (p) antes e depois		0,146		0,002	
Mais efetivo	Resposta incorreta antes	27 (51,9%)	13 (25%)	8 (21,6%)	8 (21,6%)
	Resposta correta antes	2 (3,8%)	10 (19,2%)	4 (10,8%)	17 (45,9%)
McNemar (p) antes e depois		0,007		0,388	

**Tabela 5. Variáveis sociodemográficas preditoras das escolhas iniciais e finais para métodos não reversíveis (n=75)**

Predição	Variável	B	p valor*	OddsRatio	IC
Escolha inicial	Constante	-0,991	0,599	0,371	
	<b>Gênero feminino</b>	<b>-2,112</b>	<b>0,024</b>	<b>0,121</b>	<b>0,019 - 0,759</b>
	Idade	0,034	0,517	1,035	0,933 - 1,147
	Estado civil	0,125	0,889	1,133	0,195 - 6,600
	Escolaridade (1ª grau)		0,787		
	Escolaridade (2º grau)	0,376	0,733	1,456	0,168 - 12,645
	Escolaridade (3º grau)	0,557	0,489	1,745	0,360 - 8,461
	<b>Nº de filhos</b>	<b>1,724</b>	<b>0,001</b>	<b>5,608</b>	<b>2,082 - 15,106</b>
Escolha final	Constante	-5,649	0,030	0,004	
	Gênero feminino	1,965	0,082	7,138	0,778 - 65,466
	Idade	0,043	0,447	1,044	0,934 - 1,167
	Estado civil	1,533	0,299	4,632	0,256 - 83,780
	Escolaridade (1º grau)		0,509		
	Escolaridade (2º grau)	0,972	0,493	2,644	0,164 - 42,686
	Escolaridade (3º grau)	-0,698	0,536	0,497	0,054 - 4,546
	<b>Nº de filhos</b>	<b>3,430</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>30,870</b>	<b>5,503 - 173,168</b>

\*Regressão logística binária

## REFERÊNCIAS

ADANIKIN, A. I.; ONWUDIEGWU, U.; LOTO, O. M. Influence of multiple antenatal counseling sessions on modern contraceptive uptake in Nigeria. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception**, v. 18, n. 5, p. 381–387, out. 2013.

ALENCAR JÚNIOR, C. A. High maternal mortality rates in Brazil: reasons for its permanence. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 7, p. 377–379, jul. 2006.

BOYACIYAN, k. (Org.). Ética em ginecologia e obstetrícia. **Cadernos CREMESP**, 4ª edição. Conselho regional de medicina do estado de São Paulo, São Paulo, SP, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996: Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl. 1, p. 48–51, 1 mar. 2009.

COLLINS, J. Education Techniques for Lifelong Learning: Principles of Adult Learning. **RadioGraphics**, v. 24, n. 5, p. 1483–1489, 2004.

CONNELL, E. B. Contraception in the prepill era. **Contraception**, v. 59, n. 1, p. 7S–10S, 1999.

DEHLENDORF, C.; LEVY, K.; KELLEY, A.; GRUMBACH, K.; STEINAUER, J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. **Contraception**, v. 88, n. 2, p. 250–256, ago. 2013.

DONALDSON, P. J. American Catholicism and the International Family Planning Movement. **Population Studies**, v. 42, n. 3, p. 367–373, 1988.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. O. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

FERNANDES, A. M. S.; SOUZA, V. S.; BORGES, I. C.; ANDRADE, D. C.; LUEDY, F. A.; MARTINS, R. R.; ARAS JÚNIOR, R.; DOS REIS, F. J. F. B. Atividade educativa na sala de espera com pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Bras Cardiol**, v. 26, n. 2, p. 106–111, 2013.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I.; PESSOA, R. E.; BRAGA, C. The effectiveness of contraceptive counseling for women in the postabortion period: an intervention study. **Contraception**, v. 84, n. 4, p. 377–383, out. 2011.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, 2012.

FREEMAN, S.; EDDY, S.; MCDONOUGH, M.; SMITH, M.; OKOROAFOR, N.; JORDT, H. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. 23, p. 8410–8415, 2014.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. **EGA**, São Paulo, SP, 1996.

GANATRA, B.; FAUNDES, A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 36, p. 145–155, out. 2016.

HARDEE, K.; HARRIS, S.; RODRIGUEZ, M.; KUMAR, J.; BAKAMJAM, L.; NEWMAN, K.; BROWN, W. Achieving the Goal of the London Summit on Family Planning By Adhering to Voluntary, Rights-Based Family Planning: What Can We Learn from Past Experiences with Coercion? **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 40, n. 4, p. 206–214, 2014.

ISMAIL, S.; SALAM, A.; ALATTRAQCHI, A.; ANNAMALAI, L.; CHOCKALINGAM, A.; ELENA, W.; RAHMAN, N.; ABUBAKAR, A.; HAQUE, M. Evaluation of doctors' performance as facilitators in basic medical science lecture classes in a new Malaysian medical school. **Advances in medical education and practice**, v. 6, p. 231, 2015.

JAVADI, M.; KARGAR, A.; GHOLAMI, K.; HADJIBABAIE, A. R.; TORKAMANDI, H.; SARAYANI, A. Didactic Lecture Versus Interactive Workshop for Continuing Pharmacy Education on Reproductive Health: A Randomized Controlled Trial. **Evaluation & the Health Professions**, v. 38, n. 3, p. 404–418, set. 2015.

KIM, D. D.; ARAÚJO, A. L. L.; TSAI, A. I. AN; KOJIMA, F. H.; TAKASHIMA, J. S. I.; OTSUKA JÚNIOR, L. F.; GAMBOA, R. A. B.; KIMURA, R.; SUGAWARA, R. T.; TAMBELLINI, E. F.; SILVEIRA, C.; DE OLIVEIRA, R. L. S. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1377-1381, 2010.

KRAFT, J. M.; HARVEY, S. M.; THORBURN, S.; HENDERSON, J. T.; POSNER, S. F.; GALAVOTTI, C. Intervening with couples: assessing contraceptive outcomes in a randomized pregnancy and HIV/STD risk reduction intervention trial. **Women's Health Issues**, v. 17, n. 1, p. 52–60, 2007.

LANGSTON, A. M.; ROSARIO, L.; WESTHOFF, C. L. Structured contraceptive counseling—A randomized controlled trial. **Patient Education and Counseling**, Reproductive health: Education and counseling issues. v. 81, n. 3, p. 362–367, dez. 2010.

LEE, J. K.; PARISI, S. M.; AKERS, A. I.; BORRERRO, S.; SCHWARZ, E. B. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. **Journal of general internal**

**medicine**, v. 26, n. 7, p. 731–736, 2011.

LILJESTRAND, J. Strategies to reduce maternal mortality worldwide. **General Obstetrics**, v. 12, p. 513-517, 2000.

LOPEZ, L. M.; STEINER, M.; GRIMES, D. A.; HILGENBER, D.; SHULZ, K. F. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. **The Cochrane Library**, 2013.

LOPEZ, R. G.; POLO, I. R.; BERRAL, J. E. A.; FERNANDEZ, J. G.; CASTELO-BRANCO, C. iContraception(®): a software tool to assist professionals in choosing contraceptive methods according to WHO medical eligibility criteria. **The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists**, v. 41, n. 2, p. 142–145, out. 2014.

LOPEZ-DEL BURGO, C.; OSORIO, A.; DE IRALA, J. Informed choice in family planning: what do women want to know? **Contraception**, v. 91, n. 3, p. 265, mar. 2015.

MISCH, D. A. Andragogy and Medical Education: Are Medical Students Internally Motivated to Learn? **Advances in Health Sciences Education**, v.7, p.153–160, 2002.

NOBILI, M. P.; PIERGROSSI, S.; BRUSATI, V.; MOJA, E. A. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. **Patient Education and Counseling**, v. 65, n. 3, p. 361–368, mar. 2007.

OMU, A. E.; WEIR, S. S.; JANOWITZ, B.; COVINGTON, D. L.; LAMPTEY, P. R.; BURTON, N. N. The effect of counseling on sterilization acceptance by high-parity women in Nigeria. **International Family Planning Perspectives**, p. 66–71, 1989.

PELEGRINI, P. B.; Educação em saúde bucal como instrumento de promoção de saúde materno-infantil. Dissertação apresentada à Universidade de Santo Amaro para obtenção do título de mestre em Saúde Materno-Infantil. Universidade de Santo Amaro. **Programa de pós-graduação. Mestrado em saúde materno-infantil**, São Paulo, SP, 2012.

POLI, M. E. H.; (Org.). Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**, v. 37, n. 9, p. 459–492, 2009.

SANT'ANNA, C. C. M.; RODRIGUEZ NETO, E.; NUNES, F. A.; ALBUQUERQUE, Z. P. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. **Centro de documentação do Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 1984.

SELTZER, J. R. The origins and evolution of family planning programs in developing countries. **Rand Corporation**, 2002.

STEINER, M. J.; DALEBOUT, S.; CONDON, S.; DOMINIK, R.; TRUSSELL, J. Understanding risk: a randomized controlled trial of communicating contraceptive effectiveness. **Obstetrics & Gynecology**, v. 102, n. 4, p. 709–717, 2003.

STEINER, M. J.; TRUSSELL, J.; MEHTA, N.; CONDON, S.; SUBRAMANIAM, S.; BOURNE, D. Communicating contraceptive effectiveness: A randomized controlled trial to inform a World Health Organization family planning handbook. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 195, n. 1, p. 85–91, 2006.



STEPHENSON, R.; VWALIKA, B.; GREENBERG, L.; AHMED, Y.; VWALIKA, C.; CHOMBA, E.; KILEMBE, W.; TICHACEK, A.; ALLEN, S. A randomized controlled trial to promote long-term contraceptive use among HIV-serodiscordant and concordant positive couples in Zambia. **Journal of Women's Health**, v. 20, n. 4, p. 567–574, 2011.

THE LANCET [editorial]. **Undermining international family-planning programmes**. [s.l.] Elsevier, 2002.

TYRER, L. Introduction of the pill and its impact. **Contraception**, v. 59, n. 1, p. 11S–16S, 1999.

UCHÔA, C. M. A.; SERRA, C. M. B.; MAGALHÃES, C. M.; DA SILVA, R. M. M.; FIGLIUOLO, L. P.; LEAL, C. A.; MADEIRA, M. F. Educação em saúde: ensinando sobre a leishmaniose tegumentar americana. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 4, p. 935-941, jul-ago, 2004.

UNITED NATIONS. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 September 1994. **United nations publication**, New York, 1995.

WANG, C. History of the Chinese family planning program: 1970–2010. **Contraception**, v. 85, n. 6, p. 563–569, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (Org.). Medical eligibility criteria for contraceptive use: a WHO family planning cornerstone. **World health organization**, 5<sup>a</sup> edition, 2015.

## APÊNDICES

### Apêndice A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**Palestra de aconselhamento contraceptivo: para quê?**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof<sup>as</sup>. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro e Marília Cristina Berardi.

Nesta pesquisa, nós estamos buscando entender se a **palestra de aconselhamento sobre os métodos contraceptivos auxilia o indivíduo participante a tomar uma decisão mais consciente, eficaz e que contribua para a vivência da sua sexualidade de forma segura e saudável.**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Marília Cristina Berardi, antes da palestra sobre métodos contraceptivos que você assistirá.**

Na sua participação, você **responderá a um questionário com dados referentes a você (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e número de filhos) e sobre sua opinião acerca dos métodos contraceptivos para responder antes da palestra. Outro questionário será aplicado após a palestra a respeito do que mudou em sua opinião sobre métodos contraceptivos e na escolha do seu método.**

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

**Os riscos consistem em algum tipo de desconforto psicológico durante o preenchimento dos questionários.**

No entanto, os pesquisadores envolvidos comprometem-se com a não divulgação dos seus dados de identificação. **Não há riscos financeiros ou biológicos nessa pesquisa.** Os benefícios serão o **acesso à informação sobre contracepção de forma clara, precisa e atualizada, direcionada às necessidades levantadas pelos indivíduos, permitindo a programação da família, a gravidez e o parto em condições mais adequadas.**

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

**Prof<sup>a</sup> Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro:** Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina – Departamento de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Avenida Pará, 1720 - Bloco 2H – Campus Umuarama - Uberlândia-MG– CEP: 38.400-902 - CP: 592 – Telefone: (34) 32258632.

**Marília Cristina Berardi:** Universidade Federal de Uberlândia – Hospital de Clínicas – Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia – Avenida Pará, 1720 – Bloco 2U - Campus Umuarama - Sala de Enfermagem – CEP: 38.405-382 – Uberlândia-MG – Telefone: (34) 32182460.

Poderá também entrar em contato com o **Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos** – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

## Apêndice B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE MÉTODOS  
 CONTRACEPTIVOS PRÉ-ACONSELHAMENTO**

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NÚMERO DO SUJEITO DA PESQUISA \_\_\_\_\_

(Preenchimento do Pesquisador)

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

ESTADO CIVIL: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) VIÚVO ( ) SEPARADO ( ) AMASIADO

ESCOLARIDADE: ( ) 1º GRAU INCOMPLETO

( ) 1º GRAU COMPLETO

( ) 2º GRAU INCOMPLETO

( ) 2º GRAU COMPLETO

( ) SUPERIOR INCOMPLETO

( ) SUPERIOR COMPLETO

( ) PÓS-GRADUADO

NÚMEROS DE GRAVIDEZES: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ABORTOS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE FILHOS VIVOS: \_\_\_\_\_

**1. QUAL O MÉTODO CONTRACEPTIVO QUE VOCÊ GOSTARIA DE USAR HOJE?**

( ) Pílula oral ( ) Hormônio injetável ( ) DIU ( ) Laqueadura tubária ( ) Vasectomia ( ) Não sei

**2. EM SUA OPINIÃO, QUAL É O MÉTODO CONTRACEPTIVO MAIS SEGURO?**

( ) Pílula oral ( ) Hormônio injetável ( ) DIU ( ) Laqueadura tubária ( ) Vasectomia ( ) Não sei

**3. EM SUA OPINIÃO, QUAL É O MÉTODO CONTRACEPTIVO MENOS SEGURO?**

( ) Pílula oral ( ) Hormônio injetável ( ) DIU ( ) Laqueadura tubária ( ) Vasectomia ( ) Não sei

**Apêndice C**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE MÉTODOS  
CONTRACEPTIVOS PÓS-ACONSELHAMENTO**

DATA\_\_/\_\_/\_\_

NÚMERO DO SUJEITO DA PESQUISA\_\_\_\_\_

(Preenchimento do Pesquisador)

**1. EM SUA OPINIÃO, QUAL É O MÉTODO CONTRACEPTIVO MAIS SEGURO?**

( ) Pílula oral ( ) Hormônio injetável ( ) DIU ( ) Laqueadura tubária ( ) Vasectomia ( ) Não sei

**2. EM SUA OPINIÃO, QUAL É O MÉTODO CONTRACEPTIVO MENOS SEGURO?**

( ) Pílula oral ( ) Hormônio injetável ( ) DIU ( ) Laqueadura tubária ( ) Vasectomia ( ) Não sei

**3. QUAL O MÉTODO CONTRACEPTIVO DE ESCOLHA APÓS A PALESTRA?**

( ) Pílula oral ( ) Hormônio injetável ( ) DIU ( ) Laqueadura tubária ( ) Vasectomia ( ) Não sei

**4. COMO A PALESTRA INTERFERIU NA ESCOLHA DO SEU MÉTODO?**

( ) Extremamente ( ) Muito ( ) Indiferente ( ) Pouco ( ) Nada

## ANEXO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Planejamento Familiar: preferências contraceptivas, aconselhamento multiprofissional e tomada de decisões

**Pesquisador:** Helena Borges Martins da Silva Paro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43999315.1.0000.5152

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.067.167

**Data da Relatoria:** 08/05/2015

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados e estão adequados.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não