



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Cobertura contraceptiva na mudança ou na suspensão temporária do método contraceptivo

Ana Luísa Matos dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Coorientador: Prof. Doutor Jorge Manuel dos Reis Gama

Covilhã, maio de 2015

- Esta dissertação foi redigida ao abrigo do novo acordo ortográfico -

Dedicatória

Aos meus pais, pelo amor, motivação, paciência e ajuda incondicionais.

À Avô Luísa, exemplo de eterna juventude e perseverança.

Ao Avô Zé, a minha Estrela Guia.

À Paula, pela amizade incondicional, pela constante partilha e pelas profícuas aventuras que vivemos ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos Diana, Pêcega, Ana Luísa, Joel, Fula, Diogo e André pela amizade sólida, firme e verdadeira ao longo destes anos.

Ao Cristiano, pela compreensão, pela coragem, força e determinação que me transmite.

Àqueles que em vida foram verdadeiras fontes de inspiração para mim, pelo exemplo de profissionalismo e tenacidade. Dr.^a Eufémia Ribeiro e Dr. Albino Aroso.

“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”
Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

Ao Professor Martinez, pela oportunidade de realizar este estudo, pela partilha de conhecimentos, crítica construtiva, disponibilidade, entusiasmo e confiança sempre demonstrada e, acima de tudo, pelo alcance da epifania.

Ao Professor Jorge Gama pela profícua partilha dos seus conhecimentos matemáticos.

À Dr.^a Teresa Bombas, pelas sugestões e propostas que foram fundamentais no início da estruturação e elaboração deste estudo.

Ao Dr. Renato Martins, pela disponibilidade em colaborar no estudo.

Ao Dr. João Rodrigues da Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã por toda a receptividade participativa, disponibilidade, amabilidade e simpatia, indispensáveis à concretização deste trabalho.

À D. Ana J. Rodrigues da Unidade de Saúde da Ilha de S. Miguel e ao respetivo Conselho de Administração pelo precioso interesse participativo demonstrado desde o início.

A todos os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos neste estudo, cuja colaboração foi imprescindível para a sua realização.

A todas as participantes no estudo, por terem disponibilizado um pouco do seu tempo no preenchimento do questionário.

À Faculdade de Ciências da Saúde, pela oportunidade de formação e aprendizagem que me proporcionou ao longo destes anos.

À Universidade da Beira Interior, pela aposta constante na qualidade de ensino e no desenvolvimento científico.

À Cidade da Covilhã e aos Covilhanenses, por terem sido o meu berço durante estes anos.

A todos, o meu sincero agradecimento!

Resumo

Introdução: No âmbito do planeamento familiar, a continuidade contracetiva tem sido um desafio constante. A mudança ou a suspensão temporária de um método contracetivo podem ocorrer por indicação médica ou por decisão da mulher. Quando as mulheres mudam ou suspendem uma técnica anticoncepcional, com alguma frequência não iniciam de imediato o método seguinte nem utilizam um que proporcione cobertura contracetiva de segurança, expondo-se assim a gravidezes indesejadas, que podem constituir um problema de saúde pública. Este intervalo de tempo que ocorre no período de transição entre métodos, no qual existe risco de ocorrer uma gravidez indesejada por não existir cobertura contracetiva adequada designa-se hiato contracetivo.

Material e métodos: Estudo quantitativo, com delineamento transversal, baseado na aplicação de um questionário. População alvo constituída por mulheres em idade fértil, entre os 15 e os 49 anos de idade, acompanhadas em consulta de planeamento familiar em centros de saúde de diversas regiões do país, sendo as participantes selecionadas por amostragem do tipo não probabilística intencional. A análise estatística descritiva e analítica com utilização do teste do Qui-quadrado, teste Exato de Fisher, teste de McNemar e McNemar-Bowker foi realizada com recurso aos programas *IMB SPSS Statistics 22® (Statistical Package for the Social Sciences, Inc., Chicago, IL)* e *Microsoft Office Excel 2010*.

Resultados e conclusões: Não tendo havido participação efetiva da maioria dos Centros de Saúde convidados, a amostra ficou reduzida a um total de 53 mulheres, da Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã e do Centro de Saúde Ponta Delgada. Verificamos que 45,3% das mudanças ou suspensões ocorreram por indicação médica e 45,3% por decisão da mulher. Apuramos que um maior número de mudanças ou suspensões ocorre quando o motivo é a indicação médica ($p < 0,05$). Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre a existência de cobertura contracetiva de segurança e a idade de início da utilização dos métodos contracetivos ($p < 0,05$) assim como em relação ao número de mudanças ou suspensões contracetivas efetuadas ($p < 0,05$). A maioria das inquiridas (54,7%) realizou cobertura contracetiva de segurança, sendo o preservativo masculino o método mais utilizado (96,6%). Uma percentagem considerável de mulheres (32,1%) não utilizou qualquer cobertura contracetiva segurança durante esse período verificando-se, por isso, a ocorrência de um hiato contracetivo. Por conseguinte, 2,4% destas recorreram à contraceção de emergência e 2,4% referiram a ocorrência de uma gravidez indesejada. Assim, poderá concluir-se que os comportamentos e vivências contracetivas, para além de serem dotados de alguma subjetividade e imprevisibilidade, são influenciados pela indicação e deliberação médicas.

Palavras-chave

Contraceção, mudança ou suspensão, cobertura contraceptiva, hiato contraceptivo, gravidez não planeada.

Abstract

Introduction: Under the family planning, contraceptive continuity has been a constant challenge. The change or temporary suspension of the birth control method can occur for medical advice or decision of the woman. When women stop using the contraceptive method, quite often not immediately begin the following method or use a method that provides contraceptive coverage and expose themselves to the risk of unwanted pregnancies, which may constitute a public health problem. This time interval that may occur during the transition between methods in which there is a risk of an unwanted pregnancy if there is no contraceptive coverage is called contraceptive gap.

Materials and Methods: Quantitative study with cross-sectional design, based on a questionnaire. Target population are women of childbearing age, between 15 and 49 years of age who attend family planning consultations in different regions of the country. Individuals were selected by non-probabilistic and intentional sampling model. Descriptive and analytical statistics with chi-square and Fisher's exact tests, McNemar and McNemar-Bowker tests were made with IBM SPSS Statistics 22® (*Statistical Package for the Social Sciences, Inc., Chicago, IL*) and Microsoft Office Excel 2010.

Results and Conclusions: In the absence of effective participation by most health institutions, the sample was reduced to a total of 53 women from Family Health Unit Serra da Lousã and Health Center Ponta Delgada. We found that 45,3% of switches or suspensions occurred by medic indication and 45,3% by woman's decision. We found that a greater number of switches or suspensions occurs when the subject is the medical indication ($p < 0,05$). There's a statistically significant association between the existence of contraceptive coverage and onset's age of contraceptive methods use ($p < 0,05$) as well as the number of switches or suspensions ($p < 0,05$). 54,7% of the womens performed contraceptive coverage and male's condom was the most used method (96,6%). A large percentage of women (32,1%) did not use any contraceptive coverage during this period and so there's a contraceptive gap. Therefore 2,4% of theses womens resorted to emergency contraception and 2,4% referred an unwanted pregnancy. Thus, it can be concluded that the contraceptive behaviors and experiences, as well as being endowed with some subjectivity and unpredictability, are influenced by medical indication and deliberation.

Keywords

Contraception, switch or suspension, contraceptive coverage, contraceptive gap, unplanned pregnancy.

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Palavras-chave	x
Abstract.....	xi
Keywords	xii
Índice	xiii
Lista de figuras	xv
Lista de tabelas	xvii
Lista de acrónimos.....	xix
1. Introdução	1
2. Material e métodos.....	3
2.1. Tipo de estudo	3
2.2. População alvo.....	3
2.3. Amostra	3
2.4. Método de recolha de dados	5
2.5. Instrumento de investigação	5
2.6. Método estatístico	6
3. Resultados	7
3.1. Estatística descritiva e inferencial	7
3.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	7
3.1.2. História pessoal ginecológica	9
3.1.3. História pessoal contraceptiva	11
3.1.4. Mudança ou suspensão contraceptivas, suas circunstâncias e consequências ...	14
3.1.5. Opinião das inquiridas.....	17
3.1.6. Análise inferencial relativamente à cobertura contraceptiva.....	18
4. Discussão	21
4.1. Conclusões e perspetivas futuras	24
5. Referências bibliográficas.....	26
6. Anexos	29
6.1. Anexo 1 - Questionário	29
6.2. Anexo 2 - Consentimento livre e informado.....	32
6.3. Anexo 3 - Aprovação Comissão de Ética FCS-UBI	33
6.4. Anexo 4 - Documento Comissão de Ética USF Serra da Lousã	34
6.5. Anexo 5 - Deferimento positivo da USF Serra da Lousã	36
6.6. Anexo 6 - Deferimento positivo do Centro de Saúde Ponta Delgada.....	37

6.7. Anexo 7 - Aprovação comunicação oral no XIII Congresso Português de Ginecologia .. 38

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição de frequências da idade das participantes.	8
Figura 2 - Resposta à questão “Tem filhos?”	10
Figura 3 - Caracterização agrupada do número de mudanças ou suspensões contraceptivas.	14
Figura 4 - Realização de cobertura contraceptiva de segurança em função da idade de início da utilização de contraceptivos - percentagem válida.	20
Figura 5 - Realização de cobertura contraceptiva de segurança em função do número de mudanças ou suspensões - percentagem válida	20

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização etária da amostra. (N=53).....	7
Tabela 2 - Raça, estado civil e habilitações literárias. (N=53)	8
Tabela 3 - Caracterização etária da menarca. (N=53)	9
Tabela 4 - Caracterização etária da coitarca. (N=53).....	9
Tabela 5 - Caracterização da paridade. (N=53)	10
Tabela 6 - Caracterização etária da idade de início de utilização de métodos contraceptivos. (N=53).....	11
Tabela 7 - Frequência das categorias dos métodos contraceptivos utilizados no passado e no presente - Teste de McNemar-Bowker. (N=53)	11
Tabela 8 - Frequência da utilização dos diversos métodos contraceptivos no passado e no presente - Teste de McNemar. (N=53)	12
Tabela 9 - Caracterização do número de mudanças ou suspensões contraceptivas. (N=53)	14
Tabela 10 - Motivo das mudanças ou suspensões contraceptivas e a sua relação com o número agrupado das mesmas. (N=53).....	14
Tabela 11 - Mudança ou suspensão por indicação médica - Avaliação do aconselhamento. (N=29).....	15
Tabela 12 - Mudança ou suspensão por decisão própria - caracterização dos motivos. (N=29)	15
Tabela 13 - Cobertura contraceptiva de segurança durante a mudança ou suspensão. (N=53)	16
Tabela 14 - Métodos contraceptivos de segurança usados durante a mudança ou suspensão do método. (N=29)	16
Tabela 15 - Frequência da utilização de contraceção de emergência durante o hiato contraceptivo. (N=17)	16
Tabela 16 - Frequência de gravidezes indesejadas resultantes do hiato contraceptivo. (N=17)	17
Tabela 17 - Importância das campanhas de sensibilização e/ou educação. (N=53)	17
Tabela 18 - Análise inferencial relativamente à cobertura contraceptiva - Teste Exato de Fisher.	18

Lista de Acrónimos

APF	Associação para o Planeamento da Família
Coef.	Coeficiente
DGS	Direção Geral da Saúde
DIU	Dispositivo intra uterino
EP	Erro padrão
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FSPGO	Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetrícia
ICC	Idade início de utilização de contraceptivos
IHC	Implante hormonal contraceptivo
Máx	Máximo
Min	Mínimo
N/A	Não aplicável
p	p-value
T	Total
UBI	Universidade da Beira Interior
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

1. Introdução

No âmbito do planeamento familiar, a continuidade contraceptiva tem sido um desafio constante, designadamente no que concerne à adesão e utilização correta dos métodos anticoncepcionais, bem como ao conhecimento e experiência que as mulheres têm sobre o seu modo de funcionamento. (1-17)

A mudança ou a suspensão temporária do método contraceptivo pode ocorrer por indicação médica ou por decisão da própria mulher. (1,6,7,19) No primeiro caso (por indicação médica) pode ser devido à existência ou surgimento de intercorrências que contra indicam a utilização do método até então em uso (23), e no segundo (por decisão da mulher) devido um conjunto de razões, designadamente: insatisfação relacionada com efeitos secundários do método, eventos de vida stressantes (mudança de casa, de trabalho ou alterações no estado civil), incapacidade financeira para suportar o custo do método ou dificuldade em aceder a consulta de planeamento familiar e/ou especialista em ginecologia em situações de dúvida. (13-15)

Quando ocorre mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo, com alguma frequência as mulheres não iniciam imediatamente o método seguinte sem que utilizem um método que proporcione cobertura contraceptiva de segurança como, por exemplo, métodos de barreira ou abstinência sexual, expondo-se, desta forma, ao risco de gravidezes indesejadas (2,4,9,11,16,18), as quais podem constituir um problema de saúde pública. (16,20) Este intervalo de tempo que pode ocorrer durante a transição entre métodos, no qual existe risco de ocorrer uma gravidez indesejada por não existir cobertura contraceptiva de segurança adequada designa-se hiato contraceptivo. (1,2,4,5) Certo é, também, que a ocorrência de hiatos contraceptivos não é a única causa para o surgimento de gravidezes indesejadas já que, nos países desenvolvidos, entre 48% a 54% destas gravidezes ocorrem sob anticoncepção, o que sugere uso inconsistente ou inadequado do método em uso. (1,14,17,20)

Em Portugal não existem estudos que explorem a problemática da descontinuidade contraceptiva e que avaliem a cobertura efetuada durante o hiato, daí a pertinência da elaboração de uma investigação nesta área, que possa facultar algumas informações relevantes sobre o tema.

Assim perspectivada esta problemática, a presente investigação tem como objetivos gerais:

- Compreender os padrões de utilização dos diferentes métodos contraceptivos durante a vida das mulheres;
- Conhecer as vivências, perspetivas e comportamentos das mulheres no âmbito da contraceção.

Os objetivos específicos são:

- Averiguar se existiu cobertura contraceptiva na mudança ou suspensão temporária do método, identificando a ocorrência de hiatos contraceptivos;
- Apurar se existiram gravidezes indesejadas resultantes do hiato contraceptivo;
- Investigar se foi realizado um aconselhamento contraceptivo adequado;
- Propor medidas que possam melhorar a assistência médica no âmbito da contraceção.

2. Material e métodos

2.1. Tipo de estudo

Estudo observacional, quantitativo, com delineamento transversal, de carácter analítico e descritivo, baseado nas respostas obtidas após a aplicação de um questionário.

2.2. População alvo

Constituída por mulheres em idade fértil, com idades entre os 15 e os 49 anos de idade, acompanhadas em consultas de planeamento familiar em centros de saúde de diversas regiões do país.

Os indivíduos foram seleccionados por amostragem do tipo não probabilística intencional.

Os critérios de inclusão foram:

1. Utilização de algum método contraceptivo;
2. Mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo pelo menos uma vez durante a vida;
3. Acompanhamento em consultas de planeamento familiar.

Os critérios de exclusão foram:

1. Infertilidade documentada;
2. Tentativa de engravidar no momento da aplicação no questionário.

2.3. Amostra

A fórmula para a margem de erro máxima, com confiança a 95%, na estimativa de uma proporção é: $1,96 \times \sqrt{0,25/n}$. De acordo com a mesma fórmula, a dimensão mínima da amostra para que a margem de erro máxima seja 10%, com 95% de confiança, é $n \geq (1,96 \times 0,5/0,1)^2 = 96,04$. Ou seja, para a margem de erro de 10% devem ser inquiridas, no mínimo, 97 mulheres.

2.4. Método de recolha de dados

Este projeto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

No início do mês de março de 2014, foram contactados através do correio eletrónico, e em alguns casos pessoalmente, os coordenadores e/ou administrações dos seguintes 11 estabelecimentos de saúde com consulta de planeamento familiar, dispersos por diversas regiões de Portugal continental e ilhas:

- Unidade de Saúde Familiar Sete Caminhos
- Unidade de Saúde Familiar Camélias
- Unidade de Saúde Familiar Horizonte
- Unidade de Saúde Familiar Ribeirinha
- Centro de Saúde São Miguel
- Unidade de Saúde Familiar S. Julião da Figueira
- Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã
- Centro de Saúde de Algueirão - Mem Martins
- Unidade de Saúde Familiar Farol
- Centro de Saúde Ponta Delgada
- Centro de Saúde Camacha

Os estabelecimentos, que no final do mês de março ainda não tinham dado uma resposta ao pedido de colaboração (que acabaram por ser 9), foram novamente contactados via correio eletrónico.

Todos os dados obtidos foram trabalhados de forma anónima e confidencial em relação à sua origem individual.

2.5. Instrumento de investigação

O questionário aplicado neste trabalho foi construído pela autora, após revisão cuidada e atenta da literatura científica e posteriormente foi submetido à análise e avaliação críticas por parte de três especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, designadamente: Professor Doutor José Martinez de Oliveira¹, Dr.^a Teresa Bombas² e Dr. Renato Martins³.

Para validação, o questionário foi então aplicado a uma pequena amostra de 10 voluntárias, com as características da população alvo, no sentido de avaliar o seu conteúdo e organização, a fim de identificar e corrigir eventuais desajustes.

O questionário é do tipo misto, composto por 19 questões: 9 de resposta fechada (questões de resposta única e questões de resposta múltipla), 5 de resposta semi fechada e 5 de resposta aberta curta (anexo 1).

O questionário está organizado em cinco grupos de questões:

- Informação sociodemográfica: idade, raça, estado civil, habilitações literárias.
- História pessoal ginecológica: idade da primeira menstruação (menarca), idade da primeira relação sexual (coitarca), paridade.
- História pessoal contracetiva: idade com que começou a utilizar métodos contraceptivos, método(s) contracetivo(s) que utiliza neste momento, método(s) contracetivo(s) que já utilizou durante a vida.
- Mudança e suspensão contraceptivas, suas circunstâncias e consequências: número de vezes que já teve que mudar ou suspender temporariamente o método contraceptivo, motivos, aconselhamento, cobertura contraceptiva de segurança, recurso à pílula do dia seguinte, ocorrência de gravidez indesejada.
- Opinião pessoal: importância das campanhas de sensibilização e educação para a saúde.

¹ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Professor Catedrático da FCS-UBI; Diretor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

² Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Mestrado em Saúde Sexual e Reprodutiva; Assistente Hospitalar no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra; Assistente da Secretária do Comité Executivo da European Society of Contraception and Sexual Health (ESC); Board Member do European Consortium of Emergency Contraception (ECEC); Vice tesoureira da Confederation Ibero-Americana de Anticoncepcion (CIC); Secretária da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC); Editora Associada da Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa.

³ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Assistente Hospitalar no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (Departamento de Saúde da Mulher e da Criança) do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE; Assistente convidado da FCS-UBI; Vogal da Direção Regional do Centro da Associação para o Planeamento da Família (APF).

2.6. Método estatístico

Para a realização da análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS *Statistics 22*® (*Statistical Package for the Social Sciences, Inc., Chicago, IL*) e o *Microsoft Office Excel 2010*. Na análise das variáveis foram utilizadas algumas técnicas descritivas básicas: frequências, percentagens, medidas de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e medida de dispersão (desvio padrão). No pressuposto da normalidade dos resíduos foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (com correção de Lilliefors). Para a análise de associações foram utilizados os testes do qui-quadrado ou, alternativamente, o exato de Fisher. Para amostras de variáveis dicotômicas emparelhadas recorreu-se ao teste de McNemar e para amostras policotômicas emparelhadas ao de McNemar-Bowker, que é uma extensão do anterior. Os testes de hipóteses foram considerados estatisticamente significativos sempre que o respetivo valor de prova, p , não excedeu o nível de significância de 5%.

3. Resultados

Somente a Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã e o Centro de Saúde Ponta Delgada foram autorizados e mostraram interesse em colaborar no estudo. Durante o mês de abril de 2014 foram enviados 50 questionários para cada estabelecimento (100 no total), através dos CTT - Correios de Portugal S.A.. Este número de inquéritos seria suficiente para obter um erro máximo de 10% com um intervalo de confiança de 95%. O questionário foi aplicado por médicos e/ou enfermeiros dos referidos estabelecimentos durante as consultas de planeamento familiar. Em agosto foram recebidos 27 questionários totalmente preenchidos referentes à Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã e em setembro foram recebidos 26 questionários completamente preenchidos referentes ao Centro de Saúde Ponta Delgada. Relativamente aos restantes 9 estabelecimentos, não foi obtida nenhuma resposta no período compreendido entre março e junho de 2014. No total foram obtidos 53 inquéritos. Desta forma, a margem de erro máxima, com 95% de confiança, é $1,96 \times \sqrt{(0,25/53)} = 0,1346134$, ou seja, em percentagem é aproximadamente 13,5%.

Para cada questão a dimensão da amostra é variável, em consequência da não aplicabilidade de algumas delas.

3.1. Estatística descritiva e inferencial

3.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 1- Caracterização etária da amostra. (N=53)

	N	%	
Idade (classes)	20-24 anos	1	1,9%
	25-29 anos	6	11,3%
	30-34 anos	17	32,1%
	35-39 anos	15	28,3%
	40-44 anos	10	18,9%
	45-49 anos	4	7,5%
	Total	53	100,0%
	Idade (anos)	Média ± DP	35,7 ± 5,9
Mediana		35,0	
(Min-Máx)		(24-49)	
Coef. Assimetria ± EP		0,318 ± 0,327	
Curtose ± EP		-0,347 ± 0,644	
Teste K-S ^{a)}		p > 0,2	

^{a)} Com correção de Lilliefors.

A tabela 1 resume as características etárias da amostra. O conjunto apresenta uma idade mínima de 24 anos e máxima de 49 anos (média de $35,7 \pm 5,9$ anos), sendo que 32,1% das mulheres têm idades compreendidas entre os 30 e 34 anos, 28,3% entre os 35 e 39 anos e 18,9% entre os 40 e 44 anos. A figura 1 apresenta o histograma da distribuição de frequências da variável idade, assim como a curva de normalidade. A classe etária mais representada é a dos 30 a 34 anos (tabela 1 e figura 1).

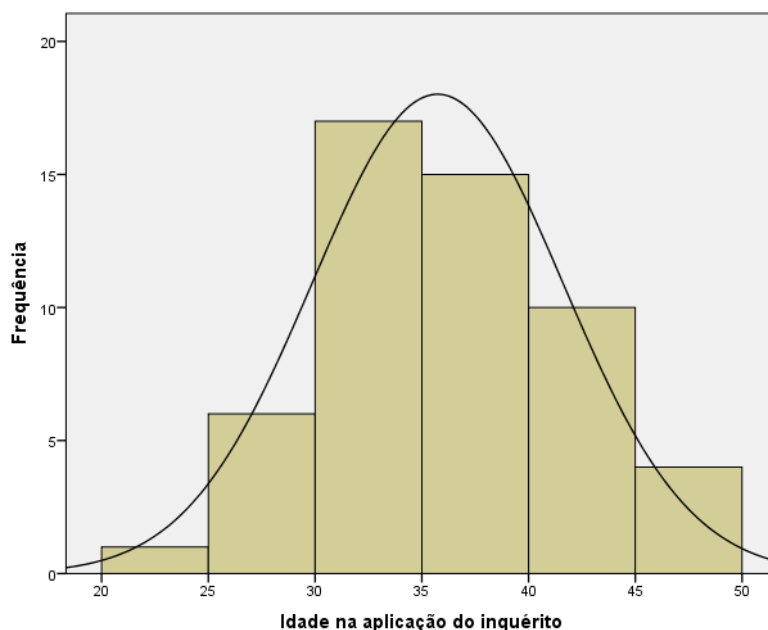


Figura 1 - Distribuição de frequências da idade das participantes.

Tabela 2 - Raça, estado civil e habilitações literárias. (N=53)

		N	%
Raça	Caucasiana	52	98,1%
	Hispanica	1	1,9%
	Total	53	100%
Estado civil	Solteira	3	5,7%
	Casada	36	67,9%
	União de facto	9	17,0%
	Divorciada	5	9,4%
	Total	53	100,0%
Habilitações literárias	4ºano	6	11,3%
	6ºano	3	5,7%
	9ºano	8	15,1%
	12ºano	10	18,9%
	Tecnológico/profissional	1	1,9%
	Ensino Superior	25	47,2%
	Total	53	100,0%

A tabela 2 resume a raça, o estado civil e habilitações literárias da amostra em estudo. Do total de mulheres, 98,1% são de raça caucasiana. A maioria é casada (67,9%) ou vive em união de facto (17%). 5,7% são solteiras e 9,4% divorciadas. Relativamente às habilitações literárias, 47,2% concluíram o ensino superior, 18,9% têm o 12º ano e 15,1% o 9º ano de escolaridade.

3.1.2. História pessoal ginecológica

Tabela 3 - Caracterização etária da menarca. (N=53)

Idade da primeira menstruação (Menarca)	Média ± EP	12,4 ± 1,6
	Mediana	12,0
	(Min-Máx)	(10-17)
	Coef. Assimetria ± EP	0,792 ± 0,327
	Curtose ± EP	0,536 ± 0,644
	Teste K-S ^{a)}	p < 0,001

^{a)} Com correção de Lilliefors.

Tabela 4 - Caracterização etária da coitarca. (N=53)

Idade da primeira relação sexual (Coitarca)	Média ± EP	18,6 ± 2,1
	Mediana	18,0
	(Min-Máx)	(15-25)
	Coef. Assimetria ± EP	0,895 ± 0,327
	Curtose ± EP	0,744 ± 0,644
	Teste K-S ^{a)}	p < 0,001

^{a)} Com correção de Lilliefors.

Relativamente à menarca, a idade média do seu surgimento é aos 12,4 ± 1,6 anos, sendo a idade mínima de 10 anos e máxima de 17 anos (tabela 3). No que concerne à coitarca, a idade média da sua ocorrência é aos 18,6 ± 2,1 anos, sendo o mínimo de 15 e o máximo de 25 anos (tabela 4).

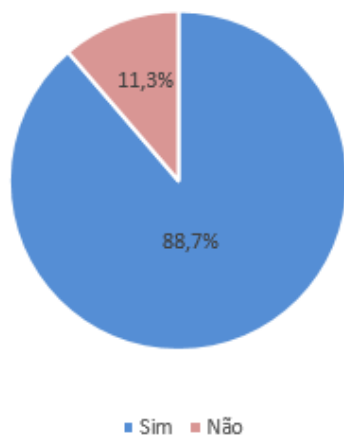


Figura 2 - Resposta à questão “Tem filhos?”

Tabela 5 - Caracterização da paridade. (N=53)

	N	%
0 filhos	6	11,3%
1 filho	22	41,5%
2 filhos	22	41,5%
3 filhos	2	3,8 %
4 filhos	1	1,9%
Total	53	100,0%

No que se refere à paridade, 88,7% das mulheres têm filhos (figura 2), sendo que 41,5% têm 1 um filho, 41,5% têm 2 filhos, 3,8% têm 3 filhos e 1,9% têm 4 filhos (tabela 5). O número médio de filhos por mulher é 0,8.

3.1.3. História pessoal contraceptiva

Tabela 6 - Caracterização etária da idade de início de utilização de métodos contraceptivos. (N=53)

Idade de início de utilização de métodos contraceptivos.	Média ± EP	19,1 ± 3,1
	Mediana	19,0
	(Min-Máx)	(13-30)
	Coef. Assimetria ± EP	0,823 ± 0,327
	Curtose ± EP	1,898 ± 0,327
	Teste K-S ^{a)}	p =0,071

^{a)} Com correção de Lilliefors.

A idade média de início de utilização de métodos contraceptivos foi aos 19,1 ± 3,1 anos, sendo a idade mínima de 13 e a máxima de 30 anos.

Entre as variáveis “Coitarca” (tabela 4) e “Idade de início de utilização de métodos contraceptivos” (IIC) verificou-se existir uma correlação positiva forte (R=0,802).

Tabela 7 - Frequência das categorias dos métodos contraceptivos utilizados no passado e no presente - Teste de McNemar-Bowker. (N=53)

		Presente n(%)				
		Hormonal	Intra uterina	Barreira	Natural	Total
Passado n(%)	Hormonal	7 (13,2)	1 (1,9)	3 (5,7)	0 (0,0)	11 (20,8)
	Intra uterina	1 (1,9)	0 (0,0)	2 (3,8)	1 (1,9)	4 (7,5)
	Barreira	25 (47,2)	2 (3,8)	5 (9,4)	1 (1,9)	33 (62,3)
	Natural	2 (3,8)	0 (0,0)	1 (1,9)	2 (3,8)	5 (9,4)
	Total	35 (66,0)	3 (5,7)	11 (20,8)	4 (7,5)	53 (100,0)
Teste de McNemar-Bowker: p<0,001						

De acordo com a FSPGO e a DGS (21,22), os métodos contraceptivos podem ser agrupados em diferentes categorias, designadamente: contraceção hormonal (pílula, adesivo, anel vaginal, injeção trimestral, implante hormonal), métodos de barreira (preservativo masculino, preservativo feminino, espermicida), métodos naturais (método do calendário/Ogino-knauss, método das temperaturas, avaliação do muco cervical/Billings), contraceção intra uterina (DIU mirena, DIU ativo).

Uma vez que o teste de McNemar-Bowker é significativo (p <0,001), conclui-se que existe uma mudança significativa da categoria do método contraceptivo ao longo do tempo. No passado, os métodos de barreira foram os mais utilizados pelas mulheres (n=33) e no presente é a contraceção hormonal (n=35) (tabela 7).

Tabela 8 - Frequência da utilização dos diversos métodos contraceptivos no passado e no presente - Teste de McNemar. (N=53)

			Presente			Teste de McNemar p
			Sim	Não	T	
Hormonais	Pílula	Sim	12	27	39	0,030 ^{a)}
		Não	14	0	14	
		T	26	27	53	
	Adesivo	Sim	0	3	3	b)
		Não	0	50	50	
		T	0	53	53	
	Anel vaginal	Sim	1	4	5	1,000
		Não	4	44	48	
		T	5	48	53	
	Injeção trimestral	Sim	0	0	0	b)
		Não	0	53	53	
		T	0	53	53	
IHC	Sim	1	1	2	0,219	
	Não	5	46	51		
	T	6	47	53		
Intra uterina	DIU hormonal	Sim	0	3	3	1,000
		Não	2	48	50	
		T	2	51	53	
	DIU ativo	Sim	0	2	2	1,000
		Não	1	50	51	
		T	1	52	53	
Barreira	Preservativo masculino	Sim	6	33	39	<0,001
		Não	6	8	14	
		T	12	41	53	
	Preservativo feminino	Sim	0	1	1	b)
		Não	0	52	52	
		T	0	53	53	
	Espermicida	Sim	0	0	0	b)
		Não	0	53	53	
		T	0	53	53	
Naturais	Método do calendário	Sim	3	3	6	0,625
		Não	1	46	47	
		T	4	49	53	

	Método das temperaturas		Sim	0	0	0	b)
			Não	0	53	53	
			T	0	53	53	
	Avaliação do muco cervical		Sim	0	1	1	b)
			Não	0	52	52	
			T	0	53	53	

a) Teste de McNemar unilateral.

b) A dimensão da amostra não permitiu a realização do teste de McNemar.

De acordo com a tabela 8 pode verificar-se que, ao longo do tempo, a frequência de utilização da pílula diminuiu significativamente (teste de McNemar com $p=0,03$), apesar de continuar a ser o método mais utilizado pelas mulheres no presente ($n=39$ para $n=26$)

Verifica-se, ainda, apesar de não ter ocorrido de forma significativa, um aumento na frequência de utilização do anel vaginal ($n=5$) e do IHC ($n=6$).

Também se constata que houve uma redução significativa na utilização do preservativo masculino (teste de McNemar com $p < 0,001$).

3.1.4. Mudança ou suspensão temporária do método contraceptivos, suas circunstâncias e consequências

Tabela 9 - Caracterização do número de mudanças ou suspensões contraceptivas. (N=53)

	Média ± EP	Mediana	(Min-Máx)
Número de mudanças ou suspensões contraceptivas	2,5 ± 1,8	2,0	(1-10)

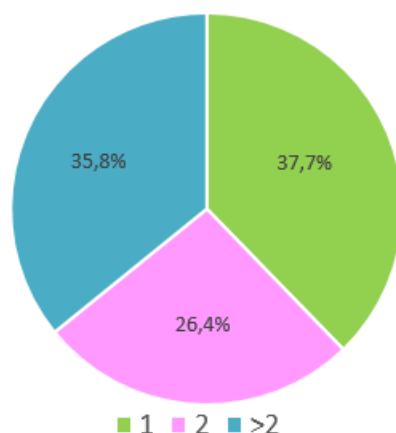


Figura 3 - Caracterização agrupada do número de mudanças ou suspensões contraceptivas.

Em média, cada mulher experienciou $2,5 \pm 1,8$ mudanças ou suspensões contraceptivas durante a sua vida. O número mínimo registrado foi 1 e o número máximo foi 10, sendo que 37,7% das mulheres tiveram apenas um episódio durante a sua vida, 26,4% tiveram 2 e 35,8% tiveram mais de dois episódios. (tabela 9 e figura 3).

Tabela 10 - Motivo das mudanças ou suspensões contraceptivas e a sua relação com o número agrupado das mesmas. (N=53)

		Número agrupado de mudanças e suspensões				Teste do Qui-quadrado p
		1 n(%)	2 n(%)	>2 n(%)	Total n(%)	
Por indicação médica	Sim	11 (55,0)	4 (28,6)	14 (73,7) ^{a)}	29 (45,3)	0,036
	Não	9 (45,0)	10 (71,4) ^{a)}	5 (26,3)	24 (54,7)	
	Total	20 (100,0)	14 (100,0)	19 (100,0)	53 (100,0)	
Por decisão própria	Sim	9 (45,0)	10 (71,4)	10 (52,6)	29 (45,3)	0,327
	Não	11 (55,0)	4 (28,6)	9 (47,4)	24 (54,7)	
	Total	20 (100,0)	14 (100,0)	19 (100,0)	53 (100,0)	

^{a)} Proporção significativamente maior para o nível de significância de 5%.

Relativamente ao motivo que esteve na origem da mudança ou suspensão (tabela 10), verifica-se que em 45,3% ocorreram por indicação médica e em 45,3% por decisão da mulher. Constata-se que 11,5% das mulheres experienciaram um episódio de mudança ou suspensão por ambos os motivos.

Existe uma associação significativa entre o motivo por indicação médica e o número de mudanças ou suspensões que cada mulher experienciou durante a sua vida ($p=0,036$). Ou seja, é possível constatar que um maior número de mudanças ou suspensões contraceptivas tem como principal motivo a indicação médica.

Não se encontrou uma associação significativa entre o número de mudanças e suspensões e o motivo por decisão própria ($p=0,327$).

Tabela 11 - Mudança ou suspensão por indicação médica - Avaliação do aconselhamento. (N=29)

		N	%
Considera que recebeu aconselhamento suficiente e adequado?	Sim	29	100,0%
	Não	0	0,0%
	Total	29	100,0%

Das mulheres que experimentaram uma mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo por indicação médica (tabela 11), 100% considera que recebeu aconselhamento e informação suficientes relativamente ao risco de gravidez a que ficou exposta durante esse período e da forma mais adequada de a evitar (tabela 11).

Tabela 12 - Mudança ou suspensão por decisão própria - caracterização dos motivos. (N=29)

		N	%
Motivos desencadeantes	Efeitos adversos do método anterior	10	18,9%
	Dificuldades em aceder a consulta	0	0,0%
	Evento de vida stressante	13	24,5%
	Incapacidade financeira	2	3,8%
	Ausência temporária do companheiro	4	7,5%
	Total	29	100,0%

Relativamente às mulheres que mudaram ou suspenderam o método por decisão própria (tabela 10), foram investigados os motivos que estiveram na sua origem. Verifica-se que a ocorrência de um evento de vida stressante foi responsável por 24,5% dos casos. Os efeitos adversos do método anterior são responsáveis por 18,9% casos e 7,5% referiram a ausência do companheiro como motivo principal (tabela 12).

Tabela 13 - Cobertura contraceptiva de segurança durante a mudança ou suspensão. (N=53)

		N	%
Realização de cobertura contraceptiva de segurança	Sim	29	54,7%
	Não	17	32,1%
	Transição direta do método anterior para o método seguinte	7	13,2%
	Total	53	100,0%

De acordo com a tabela 13 verificamos que 54,7% (n=29) das mulheres usaram contraceção de segurança durante a mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo. Por outro lado, 32,1% (n=17) referem não ter efetuado qualquer tipo de cobertura contraceptiva de segurança, verificando-se, desta forma, um hiato contraceptivo.

Por último, 13,2% (n=7) afirmam ter transitado diretamente do método anterior para o método seguinte.

Tabela 14 - Métodos contraceptivos de segurança usados durante a mudança ou suspensão do método. (N=29)

		N	%
Métodos contraceptivos de segurança usados	Preservativo masculino	28	96,6%
	Preservativo feminino	0	0,0%
	Espermicida	0	0,0%
	Abstinência sexual	1	3,4%
	Total	29	100,0%

No grupo de mulheres que afirmam ter usado contraceção de segurança durante o período intercalar entre dois métodos (tabela 13), 96,6% declaram o preservativo masculino como método de escolha e 3,4% abstiveram-se de relações sexuais durante esse período (tabela 14).

Tabela 15 - Frequência da utilização de contraceção de emergência durante o hiato contraceptivo. (N=17)

		N	%
Contraceção de emergência?	Sim	4	2,4%
	Não	13	97,6%
	Total	17	100,0%

No grupo de mulheres em que se verificou a ocorrência de um hiato contraceptivo (tabela 13), 2,4% mencionaram a ocorrência de relações sexuais desprotegidas com conseqüente recurso à contraceção de emergência durante esse período (tabela 15).

Tabela 16 - Frequência de gravidezes indesejadas resultantes do hiato contraceptivo. (N=17)

		N	%
Gravidez indesejada	Sim	4	2,4%
	Não	13	97,6%
	Total	17	100,0%

No grupo de mulheres que afirmam não ter usado qualquer tipo de contraceção de segurança durante o hiato (tabela 13), 2,4% referiram a ocorrência de uma gravidez indesejada, consequente ao hiato (tabela 16).

3.1.5 Opinião das inquiridas

Tabela 17 - Importância das campanhas de sensibilização e/ou educação. (N=53)

		N	%
Importância das campanhas de sensibilização e/ou educação	Sim	53	100,0%
	Não	0	0,0%
	Total	53	100,0%

Todas as mulheres inquiridas (100,0%) consideram importante a existência de campanhas de sensibilização e/ou educação quer da população, quer dos profissionais de saúde, no âmbito da contraceção, principalmente no que diz respeito aos diversos métodos contraceptivos disponíveis e a sua correta forma de utilização (tabela 17).

3.1.6 Análise inferencial relativamente à cobertura contraceptiva

Tabela 18 - Análise inferencial relativamente à cobertura contraceptiva - Teste Exato de Fisher.

		Cobertura contraceptiva de segurança durante o hiato				p-value
		Sim n (%)	Não n (%)	Não, porque n (%)	Total n (%)	
Idade	20-24	1 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	0,417
	25-29	3 (10,3)	2 (11,8)	1 (14,3)	6 (11,3)	
	30-34	9 (31,0)	5 (29,4)	3 (42,9)	17 (32,1)	
	35-39	7 (24,1)	8 (47,1)	0 (0,0)	15 (28,3)	
	40-44	6 (20,7)	1 (5,9)	3 (42,9)	10 (18,9)	
	45-49	3 (10,3)	1 (5,9)	0 (0,0)	4 (7,5)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Raça	Caucasiana	29 (100,0)	16 (94,1)	7 (100,0)	52 (98,1)	0,453
	Hispânica	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (1,9)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Estado civil	Solteiro	1 (3,4)	2 (11,8)	0 (0,0)	3 (5,7)	0,340
	Casado/un. factu	25 (86,2)	10 (58,8)	6 (85,7)	41 (77,4)	
	Divorciado	3 (10,3)	5 (29,4)	1 (14,3)	9 (17,0)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Habilitações literárias	Até ao 9º ano	7 (24,1)	8 (47,1)	2 (28,6)	17 (32,1)	0,183
	Ens. Secundário	7 (24,1)	1 (5,9)	3 (42,9)	11 (20,8)	
	Ens. Superior	15 (57,1)	8 (47,1)	2 (28,6)	25 (47,2)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Menarca	10-14	26 (89,7)	14 (82,4)	6 (85,7)	46 (86,8)	0,395
	15-19	3 (10,3)	2 (17,6)	1 (14,3)	7 (13,2)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Coitarca	15-19	23 (79,3)	12 (70,6)	4 (57,1)	39 (73,6)	0,248
	20-24	5 (17,2)	5 (29,4)	3 (42,9)	13 (24,5)	
	25-30	1 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Idade de início de utilização de métodos contraceptivos	10-14	3 ^{a)} (10,3)	0 ^{a)} (0,0)	0 ^{a)} (0,0)	3 (5,7)	0,026
	15-19	17 ^{a)} (58,6)	8 ^{a)} (47,1)	2 ^{a)} (28,6)	27 (50,9)	
	20-24	8 ^{a)} (27,6)	8 ^{a)} (47,1)	5 (71,4)	21 (39,6)	
	25-30	1 ^{a)} (3,4)	1 ^{a)} (5,9)	0 ^{a)} (0,0)	2 (3,8)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Paridade	0	3 (10,3)	3 (17,6)	0 (0,0)	6 (11,3)	0,315
	1	11 (37,9)	8 (47,1)	3 (42,9)	22 (41,5)	
	2	14 (48,3)	5 (29,4)	3 (42,9)	22 (41,2)	
	3	1 (3,4)	1 (5,9)	0 (0,0)	2 (3,8)	
	4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (1,9)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	

Número de mudanças ou suspensões contraceptivas	1	5 (17,2)	10 (58,8)	5 ^{a)} (71,4)	20 (37,7)	0,007
	2	11(37,9)	3 ^{a)} (17,6)	0 (0,0)	14 (26,4)	
	>2	13 (44,8)	4 ^{a)} (23,5)	2 ^{a)} (28,6)	19 (35,8)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Recurso à contraceção de emergência	Não	29 (100,0)	13 (76,5)	7 (100,0)	49 (92,5)	0,569
	Sim	0 (0,0)	4 (23,5)	0 (0,0)	4 (7,5)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	
Gravidez indesejada	Não	29 (100,0)	13 (76,5)	7 (100,0)	49 (92,5)	0,569
	Sim	0 (0,0)	4 (23,5)	0 (0,0)	4 (7,5)	
	Total	29 (100,0)	17 (100,0)	7 (100,0)	53 (100,0)	

^{a)} Proporção significativamente maior para o nível de significância de 5%.

O teste de Fisher⁴ revelou que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a realização de cobertura contraceptiva de segurança e as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, a idade ($p=0,381$), a etnia ($p=0,453$), o estado civil ($p=0,231$) e as habilitações literárias ($p=0,231$) das inquiridas.

As variáveis menarca ($p=0,395$), coitarca ($p=0,248$), paridade ($p=0,315$), recurso à contraceção de emergência ($p=0,569$), ocorrência de gravidez indesejada ($p=0,569$) também não apresentaram uma relação estatística significativa com a realização de cobertura contraceptiva de segurança.

Foi observada uma associação estatística significativa entre a existência de cobertura contraceptiva e a idade de início da utilização dos métodos contraceptivos ($p<0,05$) assim como em relação ao número de mudanças ou suspensões contraceptivas ($p<0,05$).

⁴ O teste de independência do Qui-quadrado permite analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas - este teste informa sobre a relação de independência das variáveis, mas não informa sobre o grau de associação existente. A hipótese nula dos testes de independência considera que as variáveis em análise são independentes, para um nível de significância de 5%. Assim, se o valor de p obtido for superior a 0,05 ($p\geq 0,05$) considera-se que as diferenças entre os valores observados e os valores esperados não são significativamente diferentes e, portanto, as variáveis são independentes. O teste do Qui-quadrado pressupõe, no entanto, que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Quando tal acontece recorre-se ao Teste Exato de Fisher, cuja hipótese nula é a mesma do teste do Qui-quadrado. (23)

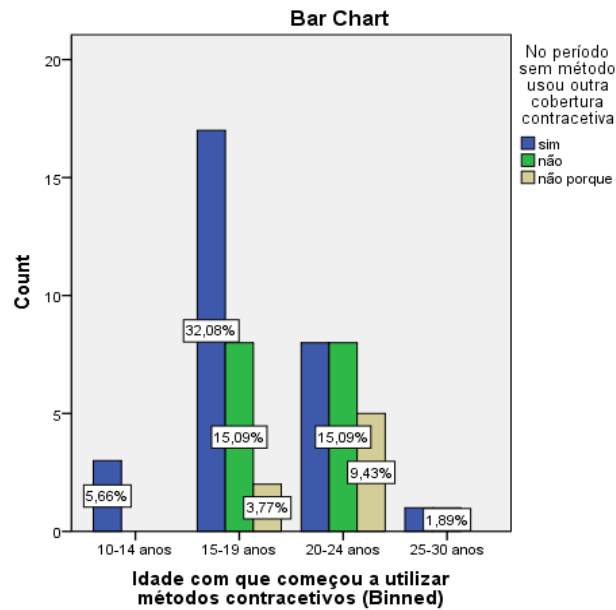


Figura 4 - Realização de cobertura contraceptiva de segurança em função da idade de início da utilização de contraceptivos - percentagem válida.

A utilização de cobertura contraceptiva de segurança é mais frequente no grupo etário entre os 15-19 anos, ou seja é garantida com maior probabilidade nas mulheres que iniciaram a utilização de métodos contraceptivos em idades mais jovens, em contraste com as que os iniciaram mais tarde (entre os 25-30 anos) (figura 4).

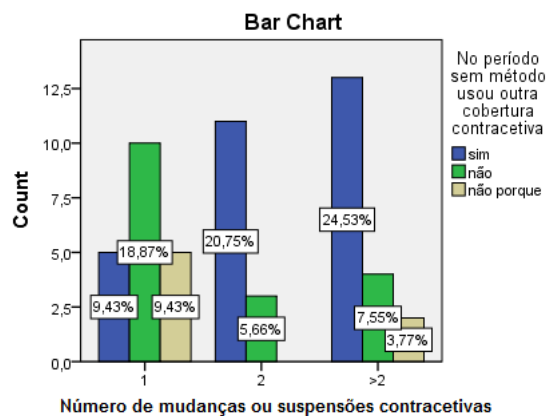


Figura 5 - Realização de cobertura contraceptiva de segurança em função do número de mudanças ou suspensões - percentagem válida.

A realização de cobertura contraceptiva de segurança é mais frequente quanto maior for o número de mudanças ou suspensões (24,5% das mulheres que tiveram mais de dois episódios realizaram cobertura contraceptiva de segurança) (figura 5).

4. Discussão

Neste estudo, a amostra de mulheres que frequentam consultas de planeamento familiar e utilizam algum método contraceptivo apresenta uma idade média de $35,7 \pm 5,9$ anos, sendo a classe etária mais representada a dos 30 a 34 anos, 67,9% são casadas e a maior parte concluiu o ensino superior (47,2%). Num estudo publicado pela APF em 2006 (24) a classe etária mais representada era a dos 35 a 44 anos, 57% eram casadas e 29% tinham o ensino superior. De acordo com os resultados dos Censos 2011, a classe etária mais representada é a dos 35 a 39 anos, 40,5% das mulheres são casadas e 15,9% concluíram o ensino superior. (33,34,35) Verificamos, desta forma, que a nossa amostra não representa a realidade portuguesa até agora avaliada relativamente aos parâmetros anteriormente mencionados.

No que diz respeito à história pessoal ginecológica das mulheres que integram a amostra, observa-se que a menarca ocorre por volta dos $12,4 \pm 1,6$ anos e a coitarca por volta dos $18,6 \pm 2,1$ anos. Num estudo publicado em 2013 sobre o comportamento reprodutivo e sexual das adolescentes em Portugal, Marques et al (25) verificaram que a idade média da menarca foi aos $11,93 \pm 1,27$ anos e idade média da coitarca foi $14,53 \pm 1,24$ anos. Ainda nesse estudo, é feita uma referência a um relatório disponibilizado pela Durex em 2007 que revelou que a idade média da primeira relação sexual nas mulheres era 18,9 anos, dados igualmente consistentes com os nossos. Globalmente verifica-se uma tendência para a diminuição da idade na primeira relação sexual, mas os nossos resultados são consistentes com publicações portuguesas anteriores em que se verificou que 82,5% das jovens afirmam ter iniciado a sua vida sexual a partir dos 16 anos. (26) No nosso estudo, a maioria das mulheres tem filhos (88,7%) e média de filhos por mulher é 0,8. No estudo desenvolvido pela APF em 2006 (24), 67,6% das mulheres tinham filhos. Os resultados dos Censos 2011 (36), revelam que em Portugal o número médio de filhos por mulher é 1,21, valor que é superior ao nosso.

No que concerne à história pessoal contraceptiva, constata-se que as mulheres iniciaram a utilização de métodos contraceptivos com $19,1 \pm 3,1$ anos de idade. Verifica-se a existência de uma correlação positiva forte entre a idade de início de utilização de métodos contraceptivos e a variável coitarca ($R=0,802$), o que significa que a maior parte das mulheres iniciou o uso de métodos contraceptivos aquando da primeira relação sexual. No estudo de Reis e col., em 2012, 93,3% das mulheres iniciaram algum método contraceptivo durante a primeira relação sexual e que o preservativo e a pílula foram os métodos de eleição. (26).

Analisando a informação referente aos métodos contraceptivos de acordo com as categorias propostas pela FSPGO, verificam-se mudanças significativas de opção, ou seja transição do tipo barreira ($n=33$) para o tipo hormonal ($n=35$). Verifica-se que a frequência de utilização da pílula no passado ($n=39$) e no presente ($n=26$) é superior à dos outros métodos, o que está

de acordo com diversos estudos que indicam que é a pílula o método mais usado pelas mulheres (24,25,27,28). No entanto, apesar dessa constatação, no presente estudo a frequência de utilização ao longo do tempo diminuiu. Por sua vez, a frequência de utilização do preservativo masculino também diminuiu ao longo do tempo (n=39 para n=12). Este resultado é corroborado por outros estudos, que apontam que a frequência de utilização do preservativo diminui à medida que a idade aumenta: o grupo etário mais jovem mencionou com mais frequência usar sempre (43,4%) e os outros dois grupos etários mais velhos referiram mais frequentemente não usar sempre (70 e 81,1%, respectivamente). (26,28,30) A existência de um parceiro sexual estável parece ser um indicador da diminuição da frequência de utilização do preservativo bem como da intenção da utilização do mesmo. (29,30) Por outro lado, algumas mulheres deixam de utilizar o preservativo como método contraceptivo de eleição porque desejam outro método mais cómodo e eficaz. (31)

Verificou-se que cada mulher experienciou em média $2,5 \pm 1,8$ mudanças ou suspensões temporárias do método contraceptivo durante a sua vida. Uma percentagem significativa de senhoras (37,7%) vivenciou 1 episódio de mudança ou suspensão durante a vida e 35,8% teve mais de 2 episódios. Relativamente aos motivos que estiveram na origem da mudança ou suspensão temporária, existe uma distribuição equitativa das respostas (tabela 10), sendo o motivo “por indicação médica” responsável por 45,3% dos episódios e a “decisão própria” por, igualmente, 45,3% dos episódios e verificamos que 11,5% das mulheres referiram ambos os motivos como causa. Resultados de um estudo recente apontam que a maior parte das mudanças ou suspensões temporárias do método contraceptivo ocorrem por decisão da mulher. (1) Contudo, no nosso estudo conclui-se que existe uma associação mais significativa quando o motivo é a indicação médica ($p < 0,05$). No entanto, importa sublinhar que 100% das mulheres, cujo motivo é a indicação médica, considera que recebeu informação e aconselhamento suficientes e adequados relativamente ao risco de gravidez a que ficou exposta durante esse período e da forma mais adequada de a evitar. Por outro lado, no que concerne aos motivos que estiveram na origem da “decisão própria”, a ocorrência de um evento de vida stressante foi apontado como o principal responsável (24,5%). Um estudo realizado nos Estados Unidos aponta que em mais de 50% das mulheres que experimentam uma mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo, este período coincide com um evento de vida importante e marcante, tal como início ou fim de relacionamento, mudança de casa, de trabalho ou crise pessoal, tal como depressão. (27)

Relativamente à cobertura contraceptiva de segurança durante a mudança ou suspensão temporária de método contraceptivo, verifica-se que 54,7% das mulheres realizaram cobertura contraceptiva de segurança, sendo o preservativo masculino o método de eleição (96,6%). No entanto, importa referir que uma percentagem considerável de mulheres (32,1%) não utilizou qualquer cobertura contraceptiva de segurança durante esse período verificando-se, por isso, a ocorrência de um hiato contraceptivo. Consequentemente, estas senhoras ficaram suscetíveis à

ocorrência de uma gravidez indesejada e, de facto, 2,4% destas referiram a ocorrência de relações sexuais desprotegidas com conseqüente recurso a contraceção de emergência e 2,4% referiram a ocorrência de uma gravidez indesejada resultante deste hiato contracetivo. Estes resultados são de extrema relevância, uma vez que a fecundabilidade após um único intercurso sexual desprotegido, ocorrido aleatoriamente durante o ciclo sexual feminino, é de cerca de 4-6% (aproximadamente 60% por ano) e durante o período fértil é cerca de 30%. (32) Por outro lado, no nosso estudo, 13,2% das mulheres afirmam que transitaram diretamente do método anterior para o método seguinte, o que reduz de forma substancial o risco de gravidez indesejada. (18)

Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre a existência de cobertura contracetiva de segurança e a idade de início da utilização dos métodos contracetivos ($p < 0,05$) assim como em relação ao número de mudanças ou suspensões contracetivas ($p < 0,05$). O uso de cobertura contracetiva de segurança foi mais frequente no grupo etário entre os 15-19 anos, demonstrando que o uso de cobertura contracetiva de segurança durante as mudanças ou suspensões é mais provável entre as mulheres que iniciaram a utilização de métodos contracetivos em idades mais jovens. As mulheres que começaram a utilizar os métodos contracetivos entre os 25-30 anos recorrem com menor frequência ao uso de cobertura contracetiva de segurança durante esses momentos. Este resultado é coincidente com um estudo que aponta que o uso consistente e adequado do método contracetivo está relacionado com o tempo de utilização do mesmo, isto é, mulheres que utilizam métodos contracetivos há mais tempo, têm maior probabilidade de terem comportamentos contracetivos preventivos. (27) Outros estudos revelam que o uso consistente do método contracetivo diminuiu à medida que a idade das mulheres aumenta. (26,28) Verificamos que a utilização de cobertura contracetiva de segurança é mais frequente quanto maior for o número de mudanças ou suspensões (24,5% das mulheres que tiveram mais de 2 episódios recorreram ao uso de cobertura contracetiva de segurança). De facto, como mencionado anteriormente, neste estudo verificamos que um maior número de mudanças ou suspensões ocorre quando o motivo é a “indicação médica” e, para além disso, todas as senhoras referiram ter recebido aconselhamento preventivo suficiente e adequado relativamente à correta forma de proceder à transição entre os métodos. Desta forma os resultados obtidos no nosso próprio estudo corroboram a inferência estatística relativa à cobertura contracetiva. Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre a realização de cobertura contracetiva de segurança e as variáveis sociodemográficas (idade, etnia, estado civil e habilitações literárias), a menarca, coitarca, paridade, toma de contraceção de emergência, ocorrência de gravidez indesejada.

Esta investigação apresenta limitações, que se podem repercutir na interpretação dos resultados. O projeto inicial do estudo tinha como objetivo avaliar a cobertura contraceptiva de segurança durante a mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo, conhecendo as vivências, perspetivas individuais e comportamentos das mulheres no âmbito da contraceção a nível nacional. No entanto, a abrangência nacional não foi possível uma vez que, após contactar diversas vezes os 11 estabelecimentos de saúde dispersos por regiões diversas do país, somente a USF Serra da Lousã e o Centro de Saúde Ponta Delgada deferiram positivamente e foram autorizados a colaborar no estudo. Esta baixa taxa de participação que se verificou poderá ter condicionado a dimensão reduzida da amostra.

A seleção da amostra de forma não probabilística intencional, com critérios de inclusão e exclusão específicos, não permite extrapolar os resultados para uma dimensão a nível nacional.

Por outro lado, uma vez que se trata de um estudo de carácter transversal poderá estar suscetível a vieses de memória. De facto, as informações obtidas podem estar subestimadas ou sobrestimadas, quer pelo condicionamento da aplicação do inquérito, quer pelo interesse individual e heterogéneo de cada mulher em alvitrar sobre um determinado item ou ocultar algumas informações.

A nível internacional e nacional é rara a literatura que aborde esta temática. A escassez de estudos semelhantes a este realizados em Portugal, que aparentemente se explica por falta de colaboração para além da iniciativa própria, limitou a discussão dos resultados mas, contudo, permitiu acrescentar informação científica àquilo que é a realidade Portuguesa nesta área da medicina. Apesar de não ter sido possível incidir o estudo em regiões diversas de Portugal, foi possível obter respostas quer de Portugal continental, quer dos Açores, e consequentemente obter uma valiosa e peculiar amostra constituída por mulheres do continente e das ilhas, contribuindo para a inclusão e participação destas últimas neste tipo de trabalhos académicos.

4.1. Conclusões e perspetivas futuras

Este trabalho é pioneiro em Portugal na medida em que procura conhecer as vivências, perspetivas e comportamentos das mulheres no âmbito da contraceção, abordando a problemática da continuidade contraceptiva, principalmente no que respeita à cobertura contraceptiva de segurança durante a mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo.

Neste estudo verificamos que o método mais utilizado pelas mulheres da amostra é a pílula e que nestas a frequência de utilização do preservativo tem diminuído. A maioria das mulheres estudadas realizou cobertura contraceptiva de segurança, sendo o preservativo masculino o método de eleição. No entanto, uma proporção significativa de mulheres não utilizou

qualquer contraceção de segurança, ocorrendo um hiato contracetivo que tornou as senhoras suscetíveis à ocorrência de uma gravidez indesejada, a qual ocorreu ou foi evitada pelo recurso a contraceção de emergência em cerca de 5% dos casos, no seu conjunto. Constatamos que a utilização de cobertura contracetiva na mudança ou suspensão temporária do método contracetivo é mais frequente entre as mulheres que iniciaram a utilização de métodos contracetivos em idades mais jovens e nos casos em que mais frequentemente aqueles episódios ocorrem.

Concluimos que o comportamento individual da mulher bem como a responsabilidade médica apresentaram igual frequência como motivo da mudança ou suspensão temporária do método contracetivo mas que, contudo, a decisão médica é mais preponderante nesta decisão. Verificamos, ainda que os eventos de vida stressantes e marcantes são responsáveis pela maioria das mudanças ou suspensões ocorridas por “decisão da mulher”. Este facto leva-nos a concluir que os comportamentos e vivências contracetivas, para além de serem dotados de alguma subjetividade e imprevisibilidade (uma vez que se trata da conduta individual da mulher), podem ser influenciados pela indicação e deliberação médicas. Consequentemente, na prática clínica existem diversos aspetos relacionados com o aconselhamento que devem ser considerados e o profissional de saúde poderá adotar algumas estratégias para melhorar as práticas contracetivas das mulheres e, consequentemente providenciar um atendimento e acompanhamento, no âmbito do planeamento familiar, com maior qualidade e eficácia, protegendo-as das gravidezes indesejadas e correspondendo às suas expectativas individuais: reconhecer os objetivos reprodutivos das mulheres; explicar todas as opções contracetivas disponíveis; fornecer apoio e suporte contínuos durante o período de utilização dos contracetivos; antecipar e procurar solucionar os efeitos adversos relacionados com os métodos contracetivos; melhorar o conhecimento das mulheres sobre os riscos e benefícios dos diferentes contracetivos; melhorar as técnicas e competências de comunicação das equipas médicas que trabalham no âmbito da contraceção.

Importa sublinhar que todas as inquiridas consideram importante a existência de campanhas de sensibilização e/ou educação da população em geral, bem como dos profissionais de saúde no âmbito da contraceção e no que concerne aos diversos métodos contracetivos disponíveis, suas especificidades e correta forma de utilização.

Embora seja de considerar de fulcral importância a realização de estudos em Portugal semelhantes a este, no sentido de avaliar das práticas contracetivas das mulheres para posteriormente ser possível o desenvolvimento de medidas no âmbito do planeamento familiar, entre outros, que permitam melhorar a qualidade da assistência de saúde nesta área e possibilitem aos profissionais de saúde realizar um acompanhamento adequado, direcionado e adaptado para a realidade nacional no âmbito dos hábitos contracetivos, não parecem ser exequíveis recorrendo ao simples pedido de colaboração voluntária, dada a postura de alheamento da maior parte dos centros e profissionais convidados.

5.Referências bibliográficas

1. Wellings K, Brima N, Sadler K, Copas AJ, McDaid L, Mercer CH, McManus S, Stephenson J, Glasier A. Stopping and switching contraceptive methods: findings from Contessa, a prospective longitudinal study of women of reproductive age in England. *Contraception*. 2014;91(2015):57-66.
2. Lesnewski R, Prine L, Ginzburg. Preventing Gaps When Switching Contraceptives. *Am Fam Physician* [internet]. 2011 [cited 2014 Dec 4];83(5):567-70. Available form: <http://www.aafp.org/afp/2011/0301/p567.html>
3. Moreau C, Cleland K, Trussell J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. *Contraception*. 2007;76(4):267-72.
4. Vaughan B, Trussell J, Kost K, Singh S, Jones R. Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008;78(4):271-83.
5. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod*. 2009;24(6):1387-92.
6. Huber LRB, Hogue CJ, Stein AD, Drews C, Zieman M, King J, Schayes S. Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(5):1290-5.
7. Colli E, Tong D, Penhallegon R, Parazzini F. Reasons for Contraceptive Discontinuation in Women 20-39 Years Old in New Zealand. *Contraception*. 1999;59:227-31.
8. Ansbacher R. Low-dose oral contraceptives: health consequences of discontinuation. *Contraception*. 2001;62:285-8.
9. Rosenberg MJ, Burnhill MS, Waugh MS, Grimes DA, Hillard PJA. Compliance and Oral Contraceptives: A Review. *Contraception*. 1995;52:137-41.
10. Hooper DJ. Attitudes , Awareness , Compliance and Preferences among Hormonal Contraception Users. *Clin Drug Investing*. 2010;30(11):749-64.
11. Barden-O'Fallon J, Speizer I. What differentiates method stoppers from switchers? Contraceptive discontinuation and switching among honduran women. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011;37(1):16-23.
12. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and Misuse of Oral Contraceptives: Pill Taking and Discontinuation. *Contraception*. 1995;51:283-288.
13. Ong J, Temple-Smith M, Wong WCW, McNamee K, Fairley C. Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *BMC Public Health*. 2012;12:1108.

14. Jones BRK, Jacqueline E, Stanley K, Jones RK, Guttmacher A. Contraceptive Use Among U.S. Women Having Abortions in 2000 - 2001. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34(6):294-303.
15. Frost JJ. The state of hormonal contraception today: overview of unintended pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205:S1-3.
16. Rosenberg M, Waugh MS, Hill C, Carolina N. Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180:S276-9.
17. Finerand LB, Henshaw SK. Disparities in Rates of Unintended Pregnancy In the United States, 1994 and 2001. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2006;18(2):90-96.
18. American Academy of Family Physicians. How to Switch Birth Control Methods [pamphlet]. America: American Academy of Family Physicians; 2011.
19. Frost JJ, Lindberg LD. Reasons for using contraception: perspectives of US women seeking care at specialized family planning clinics. *Contraception*. 2013;87(4):465-72.
20. McKeating A, Crosby D, Collins M, O'Higgins A, McMahon L, Turner M. A longitudinal study on unplanned pregnancy in a maternity hospital setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(2):106-9.
21. Oliveira C. Manual de Ginecologia [internet]. Lisboa: Permanyer Portugal; 2009. Capítulo 16, Contraceção. [citado 2015 Fev 11]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_16.pdf
22. Direção Geral da Saúde. Saude reprodutiva, planeamento familiar. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2008. 49 p.
23. Pestana M, Gageiro J. Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
24. Associação Para o Planeamento da Família. Estudo-Base sobre as práticas de aborto em Portugal - Apresentação dos principais resultados. Apresentado em: Auditório da Maternidade Alfredo da Costa, 2006 Dez; Lisboa, Portugal.
25. Marques CO, Gomes G, Correia L, Palma F, Martins I, Alves M. Saúde Sexual e Reprodutiva das Adolescentes - a nossa realidade. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2013; 7(3):161-166.
26. Reis M, Ramiro L, Matos M, Diniz J. Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Rev Port Saúde Pública*. 2012;30(2):115-144.
27. Frost JJ, Darroch JE, Remez L. Improving Contraceptive Use In The United States. In Brief - Guttmacher Institute. 2008;1.
28. Prazol K, Whitenam MK, Folger SG, Kourtis AP, Marchbanks PA, Jamieson DJ. Sporadic contraceptive use and nonuse: age-specific prevalence and associated factors. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Oct;211.
29. Gomes A, Nunes C. Caraterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. *Análise Psicológica*. 2011 Nov;29.
30. Carreno I, Costa J. Use of condoms during sexual intercourse: a population-base study. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4).

31. Huber L, Hogue C, Stein A, Drews C, Ziemann M, King J, Shayes S. Contraceptive use and discontinuation: Findings from the contraceptive history, initiation and choice study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Oct;194:1290-5.
32. Glasier A, Cameron S, Blithe, Scherrer B, Mathe H, Levy D, Gainer E, Ulmann A. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception.* 2011;84:363-367.
33. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Pordata: População residente segundo os Censos: total e por estado civil – Portugal [Internet]. Lisboa: FFMS, 2009. [cited 2015 Apr 6]. Available from: <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+estado+civil+-+17>
34. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Pordata: População residente do sexo feminino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) nos Municípios [Internet]. Lisboa: FFMS, 2009. [cited 2015 Apr 6]. Available from: [http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+feminino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-382](http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+feminino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-382)
35. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Pordata: População residente do sexo feminino segundo os Censos: total e por grupo etário – Portugal [Internet]. Lisboa: FFMS, 2009. [cited 2015 Apr 6]. Available from: <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+feminino+segundo+os+Censos+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+-+3>

6. Anexos

6.1. Anexo 1 – Questionário

QUESTIONÁRIO

O meu nome é Ana Matos Santos e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior.

O presente questionário integra o projecto de investigação cujo objectivo principal é: **Averiguar se existiu cobertura contraceptiva e aconselhamento adequados durante a mudança de método ou durante a sua suspensão temporária, sob a orientação do Prof. Doutor José Martinez de Oliveira.**

Os resultados deste trabalho de investigação constituirão a base da minha tese de mestrado.

Toda a informação é anónima e será tratada de forma confidencial.

O questionário é composto por 19 perguntas.

Agradeço a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo.

1 - Idade:

_____ (anos completos).

2 - Etnia:

- Caucasiana
- Africana
- Hispânica
- Mongolóide
- Outra. Qual? _____

3 - Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- Outro. Qual? _____

4 - Habilitações Literárias

- Até 4 anos de escolaridade
- Até 6 anos de escolaridade
- Até 9 anos de escolaridade
- Até ao 12º ano de escolaridade
- Curso tecnológico/profissional
- Ensino superior

5 - Idade da primeira menstruação (menarca):

6 - Idade da primeira relação sexual (coitarca):

7 - Com que idade começou a utilizar métodos contraceptivos?

8 - Tem filhos?

- Sim. Quantos? _____
- Não.

9 - Indique o(s) método(s) contraceptivo(s) que utiliza neste momento:

- Pílula
- Adesivo (Evra[®])
- Anel vaginal (NuvaRing[®])
- Injeção trimestral (DepoProvera[®])
- Implante hormonal contraceptivo (Implanon[®])
- DIU hormonal (Mirena[®])
- DIU com cobre
- Preservativo masculino
- Preservativo feminino
- Espermicida
- Método do calendário
- Método das temperaturas
- Avaliação do muco cervical

10 - Para além do método contraceptivo que está a utilizar atualmente, qual(is) do(s) seguinte(s) método(s) contraceptivo(s) já utilizou durante a sua vida? Indique todos os que já usou.

- Pílula
- Adesivo (Evra[®])
- Anel vaginal (NuvaRing[®])
- Injeção trimestral (DepoProvera[®])
- Implante hormonal contraceptivo (Implanon[®])
- DIU hormonal (Mirena[®])
- DIU com cobre
- Preservativo masculino
- Preservativo feminino
- Espermicida
- Método do calendário
- Método das temperaturas
- Avaliação do muco cervical

11 - No total, quantas vezes já teve que suspender temporariamente/mudar de método contraceptivo?

12 - Por que motivo(s) suspendeu/mudou de método contraceptivo? (possibilidade de resposta múltipla)

- A - Por indicação médica
- B - Por decisão própria (auto-diagnóstico)

12.1 – No caso de ter selecionado a opção A, considera que recebeu aconselhamento suficiente e adequado relativamente à correcta forma de proceder à suspensão/alteração do método, isto é, sobre o risco de gravidez a que ficou exposta e como evitá-la?

- Sim
- Não

**12.2 – No caso de ter selecionado a opção B, assinale o(s) motivo(s):
(pode selecionar mais do que uma alínea)**

- Efeitos adversos do método anterior (Ex: dor de cabeça, náuseas e vômitos, dor mamária, entre outros)
- Dificuldade em aceder a consulta de planeamento familiar e/ou ginecologia
- Evento de vida (Ex: casamento, maternidade, mudança de casa, mudança de trabalho, entre outros)
- Incapacidade financeira para suportar o custo do método
- Outro motivo. Qual? _____

13 - No intervalo de tempo entre a paragem e (re)início do método utilizou alguma contraceção de segurança?

- Sim
- Não
- Não, porque passei directamente do método anterior para o seguinte sem fazer intervalo.

**13.1 – No caso de ter respondido afirmativamente à pergunta anterior, seleccione qual(is) o(s) método(s) usado(s):
(pode selecionar mais do que uma alínea)**

- Preservativo masculino
- Preservativo feminino
- Espermicida
- Abstinência sexual
- Outro: por favor especifique _____

14 - No intervalo de tempo entre a paragem do método anterior e o início do método seguinte teve relações sexuais das quais tivesse resultado necessidade de tomar a pílula do dia seguinte?

- Sim
- Não

15 - No intervalo de tempo entre a paragem do método anterior e o início do método seguinte teve relações sexuais das quais tivesse resultado uma gravidez não planeada?

- Sim
- Não

16 - Considera importante existirem campanhas de sensibilização/educação da população e dos profissionais de saúde relativamente aos diversos métodos contraceptivos existentes e o seu correcto método de utilização?

- Sim
- Não

Fim

Muito obrigada pela sua colaboração,



Ana Luísa Matos dos Santos

6.2. Anexo 2 – Consentimento livre e informado

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E INFORMADO

Eu, Ana Luísa Matos dos Santos, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, estou a realizar uma investigação, cujos objetivos se descrevem de seguida:

- **Objetivo principal:** averiguar se existiu cobertura contracetiva adequada durante a mudança de método contracetivo ou durante a sua suspensão temporária.

- **Objetivos secundários:** analisar as vivências, conhecimentos e perspetivas individuais das mulheres nesta temática; avaliar a qualidade do aconselhamento realizado, propor medidas preventivas de risco de gravidez não planeada.

Os resultados deste trabalho constituirão a base da minha tese de mestrado.

Pretende-se que a análise dos resultados desta investigação permita propor medidas que venham a melhorar a assistência médica nesta matéria.

Por isso, peço a sua colaboração através do preenchimento deste questionário, sem o qual não será possível tirar conclusões.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento ou mesmo recusar sem que por isso venha a ser prejudicado no acesso aos cuidados de saúde.

Da sua participação não lhe resultarão, pois, quaisquer prejuízos e também não são esperados benefícios.

Quero também informar que a sua privacidade será respeitada integralmente, isto é, não será possível identificar a sua origem, sendo a informação tratada de modo estritamente confidencial.

O grupo de investigadores em que me integro e que compreende o Professor Doutor José Martinez de Oliveira¹ (orientador), Dr.^a Teresa Bombas² (investigador auxiliar), Dr. Renato Martins³ (investigador auxiliar) não auferem qualquer remuneração nem recompensa pela sua execução.

Este projeto não tem financiamento próprio.

O Aluno/Investigador ao assinar este documento está a confirmar os seguintes pressupostos:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.



Assinatura do Investigador (Aluno)

Assinatura do Participante

¹Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Professor Catedrático da FCS-UBI; Diretor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

²Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Mestrado em Saúde Sexual e Reprodutiva; Assistente Hospitalar no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra; Assistente da Secretaria do Comité Executivo da European Society of Contraception and Sexual Health (ESC); Board Member do European Consortium of Emergency Contraception (ECEC); Vice-tesoureira da Confederation Ibero-Americana de Anticoncepcion (CIC); Secretária da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC); Editora Associada da Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa.

³Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Assistente Hospitalar no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (Departamento de Saúde da Mulher e da Criança) do Centro Hospitalar Cova da Beira; Assistente convidado da FCS-UBI; Vogal da Direção Regional do Centro da Associação para o Planeamento da Família (APF).

6.3. Anexo 3 – Aprovação Comissão de Ética FCS-UBI



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora
Ana Luísa Matos dos Santos
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade da Beira Interior

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2014.05.21

Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto "*Cobertura contraceptiva na mudança ou suspensão temporária do método contraceptivo*", por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde
Prof. Doutor Luís Taborda Barata

Av. Infante D. Henrique, 6200-506 Covilhã, PORTUGAL
Telef.: +351 275 329 002 | Fax: +351 275 329 099
E-mail: fcsaude@fcsaude.ubi.pt | www.ubi.pt

6.4. Anexo 4 – Documento Comissão de Ética USF Serra da Lousã



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR SERRA DA LOUSÃ

DECLARAÇÃO DOS INVESTIGADORES PARA AUTORIZAÇÃO DE ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NA USF SERRA DA LOUSÃ de acordo com a Declaração de Helsínquia⁵ e a Convenção de Oviedo⁶

[Este modelo destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os itens e sugestões nele contidos não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro. O documento utilizado representa uma forma de “contrato” entre investigador/a e a USF Serra da Lousã, por isso cada parte fica com uma via assinada por ambos – o primeiro e o segundo “outorgante” guardam-no para provar que obtiveram consentimento perante eventuais auditorias.

Informação mínima que deve ser fornecida à USF, via mail para ser aprovada a realização do estudo:

1. Título do estudo: Cobertura contracetiva na mudança ou suspensão temporária do método contracetivo.

2. Enquadramento: Eu, Ana Luísa Matos dos Santos, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina – **Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior (FCS-UBI)**, estou a realizar uma investigação no âmbito da minha tese de mestrado, cujos objetivos se descrevem de seguida:

-**Objetivo principal:** averiguar se existiu cobertura contracetiva adequada durante a mudança de método contracetivo ou durante a sua suspensão temporária.

-**Objetivos secundários:** avaliar a qualidade do aconselhamento realizado; analisar as vivências, conhecimentos e perspetivas individuais das mulheres nesta temática; propor medidas preventivas de risco de gravidez não planeada na mudança ou suspensão temporária de um método contracetivo.

Os resultados deste trabalho constituirão a base da minha tese de mestrado e pretende-se que a análise dos resultados desta investigação permita propor medidas que venham a melhorar a assistência médica nesta matéria

3. Identificação do/a(s) Investigador(es):

Investigadora principal - Ana Luísa Matos dos Santos, estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior, a25547@fcsaude.ubi.pt, 914248016.

Orientador – Prof. Doutor José Martinez de Oliveira, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Professor Catedrático da FCS-UBI; Diretor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, jmo@fcsaude.ubi.pt.

Investigadores auxiliares:

Drª Teresa Bombas - Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Mestrado em Saúde Sexual e Reprodutiva; Assistente Hospitalar no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra; Assistente da Secretaria do Comité Executivo da European Society of Contraception and Sexual Health (ESC); Board Member do European Consortium of Emergency Contraception (ECEC); Vice-tesoureira da Confederação Ibero-Americana de Anticoncepcion (CIC); Secretária da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC); Editora Associada da Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, tabombas@sapo.pt.

Dr. Renato Martins - Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Assistente Hospitalar no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (Departamento de Saúde da Mulher e da Criança) do Centro Hospitalar Cova da Beira; Assistente convidado da FCS-UBI; Vogal da Direção Regional do Centro da Associação para o Planeamento da Família (APF), renato.alessandre@gmail.com.

⁵ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁶ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

- 4. Explicação do estudo:** Trata-se de um estudo de coorte transversal, com delineamento descritivo e analítico. O método de recolha de dados é o questionário. A população alvo são mulheres em idade fértil dos 15 aos 49 anos. O questionário será aplicado por médicos e/ou enfermeiros, dispostos a colaborar no estudo, durante as consultas de planeamento familiar. Comprometo-me a disponibilizar os inquéritos presencialmente ou por correio, conforme for preferível. Não existe distribuição aleatória por grupos nem ocultação ao experimentador e/ou indivíduo avaliado. O tratamento estatístico dos dados será realizado com recurso ao SPSS Statistics e eventualmente também o Microsoft Excel e testes estatísticos como: regressão linear, teste do Qui-Quadrado de Pearson, Correlação de Pearson e Coeficiente de Contingência, entre outros.
- 5. Condições e financiamento:** Este projeto de investigação não tem financiamento próprio. A participação dos indivíduos é totalmente voluntária, e da sua participação e/ou recusa não resultam quaisquer prejuízos (designadamente no âmbito da prestação de cuidados de saúde) nem benefícios. O grupo de investigadores não auferirá qualquer tipo de remuneração nem recompensa pela execução do estudo. Em anexo envio um comprovativo de submissão do projeto à comissão de ética da FCS-UBI.
- 6. Confidencialidade e anonimato:** A privacidade dos dados está assegurada, uma vez que o anonimato está garantido (não registo de dados de identificação). Os dados recolhidos serão utilizados unicamente para o propósito de concretização do projeto de investigação. A informação será, por isso, tratada de forma estritamente confidencial.
- 7. Consentimento informado:** em anexo envio o documento de consentimento informado realizado de acordo com a declaração de Helsínquia. (que estará incluído no questionário).
- 8. O que se pede à USF Serra da Lousã:** solicito à USF da Lousã, em especial aos seus médicos e enfermeiros, a disponibilidade para colaborar nesta investigação científica, designadamente na aplicação do inquérito à população alvo durante as consultas de planeamento familiar.
- 9. Qual o retorno para a USF Serra da Lousã:** não existe retorno financeiro para a USF. No entanto esta será uma oportunidade para participar num projeto de investigação pioneiro que pretende abranger diversas regiões do país. Os resultados do estudo vão constituir a base da minha tese de mestrado que, poderá posteriormente ser publicada. De sublinhar, ainda, que após a conclusão do estudo este está disponível para consulta na UBI Thesis.

Assinatura:

Ana Matos Santos

Data: 27 /03/2014

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A USF SERRA DA LOUSÃ E OUTRA PARA O/A INVESTIGADOR/A

6.5. Anexo 5 – Deferimento positivo da USF Serra da Lousã

10/02/2015

Faculdade de Ciências da Saúde Correio - PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



Ana Matos Santos <a25547@fcsaude.ubi.pt>

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

João Rodrigues <smzcnr@gmail.com>

17 de abril de 2014 às 16:12

Para: Ana Matos Santos <a25547@fcsaude.ubi.pt>

Cara Ana Santos,
Informo-te que o teu pedido foi deferido positivamente.
Aguardamos instruções
Ao dispor
JR

Em 27 de março de 2014 23:34, Ana Matos Santos <a25547@fcsaude.ubi.pt> escreveu:

[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

6.6. Anexo 6 – Deferimento positivo do Centro de Saúde Ponta Delgada

10/02/2015

Faculdade de Ciências da Saúde Correio - PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



Ana Matos Santos <a25547@fcsaude.ubi.pt>

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Ana J. Rodrigues <Ana.JL.Rodrigues@azores.gov.pt>
Para: Ana Matos Santos <a25547@fcsaude.ubi.pt>

27 de março de 2014 às 16:20

Exma. Senhora,

Na sequência do e-mail infra, encarrega-me o Conselho de Administração da Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel de informar V. Ex.^a que foi deferido vosso pedido de colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rodrigues

Secretariado do Conselho de Administração

Unidade de Saúde da Ilha de S. Miguel

R. Conselheiro Luís Bettencourt Medeiros Câmara, 26/28

9500-058 Ponta Delgada

Telefone: 296 205 277 / Fax: 296 629 372

Email CSPD: sras-cspd@azores.gov.pt

De: Ana Matos Santos [mailto:a25547@fcsaude.ubi.pt]

Enviada: domingo, 9 de Março de 2014 20:41

Para: 1108007000 - C. S. Ponta Delgada

Assunto: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

[Citação ocultada]

6.7. Anexo 7 – Aprovação comunicação oral no XIII Congresso Português de Ginecologia



Editar dados pessoais		As minhas submissões		Pagamentos		Inscrições	
Cor							
Estado	Por aprovar	Pendente	Aprovado	Reprovado			
Data (Estado)	Título						
2015-04-14 22:12:23	COBERTURA CONTRACETIVA NA MUDANÇA OU NA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO MÉTODO CONTRACETIVO  Ver detalhes						