UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Ana Luiza Vilela Borges

**Atenção em contracepção
e uso de métodos contraceptivos entre
mulheres que passaram por um abortamento**

SÃO PAULO

2014

ANA LUIZA VILELA BORGES

**Atenção em contracepção
e uso de métodos contraceptivos entre
mulheres que passaram por um abortamento**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para concurso de
Títulos e Provas visando à obtenção do título
de Livre-Docente, junto ao Departamento de
Enfermagem em Saúde Coletiva.

SÃO PAULO

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Borges, Ana Luiza Vilela

Atenção em contracepção e uso de métodos contraceptivos entre mulheres que passaram por um abortamento / Ana Luiza Vilela

Borges. -- São Paulo, 2014.

87 p.

Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Saúde reprodutiva. 2. Aborto. 3. Contracepção. 4. Enfermagem em Saúde Pública I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo financiamento desta pesquisa (processos 2010/15297-0, 2011/17335-0 e 2012/15482-8).

Às mulheres que participaram do estudo e disponibilizaram seu tempo para responder todas as perguntas a cada mês.

À maternidade pública onde foram conduzidas as entrevistas com mulheres que passaram por abortamento. Agradeço seus trabalhadores, gestor e Comitê de Ética em Pesquisa.

A Elizabeth Fujimori e Luiza Hoga, por tanto me ensinarem e incentivarem.

Ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de crescimento profissional e desenvolvimento das habilidades em pesquisa.

Aos membros do Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (NEPESC), por compartilharem seus projetos, dúvidas e sugestões. Nossas reuniões são momentos de grande aprendizagem para mim!

A Sonia Philippi, Néia Schor e Amy Tsui, cujas orientações e ensinamentos, cada uma a seu tempo e do seu modo, me propiciaram o aprimoramento pessoal e profissional.

A minha família, sempre.

Borges ALV. Atenção em contracepção e uso de métodos contraceptivos entre mulheres que passaram por um abortamento [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução. Mulheres que passaram por um abortamento correm risco de engravidar novamente uma a duas semanas após esta intercorrência. Por esta razão, o aconselhamento em contracepção e a oferta de métodos contraceptivos ainda durante a hospitalização são parte da atenção pós-abortamento. As evidências mostram que o uso de métodos contraceptivos é alto quando são disponibilizados insumos e aconselhamento ainda durante a hospitalização. Contudo, nada se sabe a respeito das práticas contraceptivas de mulheres brasileiras que passaram por abortamento, tendo em vista que a atenção em contracepção nesse período não é adequada, provavelmente por conta das restrições legais em relação ao abortamento induzido no Brasil. **Objetivos.** Analisar as práticas contraceptivas pós-abortamento de mulheres e o efeito da atenção em contracepção no uso de métodos contraceptivos nos seis meses após o abortamento. **Métodos.** Trata-se de um estudo observacional do tipo longitudinal, com mulheres hospitalizadas por abortamento em uma maternidade pública da cidade de São Paulo. Aquelas que foram encontradas um mês após a alta hospitalar (n=147) foram entrevistadas mensalmente por telefone até seis meses após o abortamento. As mulheres que relataram uma gravidez confirmada nesse período foram excluídas do estudo. Por se tratar de medidas repetidas e correlacionadas, os dados foram analisados por meio de Equações de Estimação Generalizadas, considerando a estrutura de correlação do tipo não estruturada. **Resultados.** A proporção de uso de métodos contraceptivos foi alta a partir do segundo mês pós-abortamento, sendo o *mix* contraceptivo composto por pílula oral, *condom* e injetáveis. A atenção em contracepção teve efeito positivo sobre o uso de métodos contraceptivos nos seis meses pós-abortamento. As mulheres que referiram ter recebido orientação sobre contracepção e passado por consulta médica no mesmo mês tiveram 2,16 vezes mais chance [IC95% 1,29-3,59] de usar métodos do que as mulheres que não reportaram tais eventos. Entretanto, não foi observado qualquer efeito estatisticamente significativo da atenção em contracepção quando esses eventos ocorreram isoladamente. Dezesete mulheres engravidaram nesse período, das quais dez referiram que a gravidez ocorreu antes do que queriam. **Conclusões.** A atenção em contracepção pós-abortamento contribuiu positivamente para o uso de métodos contraceptivos seis meses após o procedimento. O uso de métodos contraceptivos foi alto, mas as mulheres permaneceram em vulnerabilidade contraceptiva no primeiro mês pós-abortamento. A atenção em contracepção deve ser iniciada imediatamente após o abortamento, de forma a contemplar as intenções reprodutivas das mulheres tanto quanto as recomendações clínicas de espaçamento intergestacional, independentemente da legislação sobre interrupção voluntária da gravidez em vigor.

Palavras-chave: Saúde Sexual e Reprodutiva, Abortamento, Contracepção. Enfermagem em Saúde Pública.

Borges ALV. Family planning services and contraceptive method use among post-abortion women [thesis]. São Paulo: University of Sao Paulo School of Nursing; 2014.

ABSTRACT

Introduction. Family planning counseling and provision of contraceptive methods are key components of post-abortion care. This recommendation is based on the fact that following pregnancy termination, women are at risk of becoming pregnant again as early as two weeks after the procedure, even though a pregnancy interval of at least six months after any abortion (spontaneous or induced) is recommended. Due to the restricted legal status of abortion in Brazil, post-abortion family planning is poorly delivered. Although it is well known that contraception use is high when post-abortion family planning is provided, we do not know about contraceptive practices of Brazilian women after an abortion. **Objectives.** Our objectives were to analyze post-abortion contraceptive practices and to assess the effect of family planning services on contraceptive use over the six months post-abortion. **Methods.** This prospective observational cohort study sampled 147 women hospitalized for post-abortion care in Brazil and followed up one month later. Women answered telephone interviews monthly for six months about contraceptive use. Considering we had repeated measures, Generalized Estimating Equations with unstructured working correlation were used to analyze the effect of family planning services on contraceptive use over the six month period post-abortion. **Results.** Contraceptive use was high from the second month on and method mix was limited to pills, condoms and injectables. Women who reported access to both medical consultation and contraceptive advice had higher odds of using contraceptive methods six months post-abortion when compared with those who reported no access to the services [adjusted OR= 2.16, 95% Confidence Interval: 1.29-3.59]. Accessing either service alone did not contribute to contraceptive use. Seventeen women got pregnant during this period. Ten of them reported the pregnancy was mistimed. **Conclusions.** Post-abortion family planning contributed to contraception use during the six month period after an abortion, if not restricted to simple contraceptive counseling. Contraceptive use was high, but women were vulnerable to become pregnant again in the first month post-abortion. Patient-centered services promoting the immediate initiation of contraception that suits women's pregnancy intention is recommended, irrespective of the country's legislation on pregnancy termination.

Key-words: Sexual and Reproductive Health, Abortion, Contraception, Public Health Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Distribuição do número de mulheres entrevistadas e que engravidaram nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	36
Figura 2 – Proporção de mulheres nos seis meses pós-abortamento segundo fonte de obtenção do método contraceptivo. São Paulo, 2012	41
Figura 3 – Proporção de mulheres nos seis meses pós-abortamento segundo prescrição/indicação do método contraceptivo usado. São Paulo, 2012	42
Figura 4 – Proporção de uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento, por tipo de método. São Paulo, 2012	43
Figura 5 – Proporção de mulheres que usaram método contraceptivo em todas as relações sexuais a cada mês nos seis meses pós-abortamento, dentre as que estavam usando algum tipo de método. São Paulo, 2012	43
Figura 6 – Proporção de mulheres segundo o acesso à atenção em contracepção nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	45
Figura 7 – Proporção de uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento, segundo o tipo de atenção em contracepção. São Paulo, 2012	46
Figura 8 – Proporção de mulheres segundo a intenção de engravidar nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	47
Figura 9 – Proporção de uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento, por intenção de engravidar. São Paulo, 2012	48
Figura 10 – Gráfico suavizado do uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	49
Figura 11 – Lorelograma do uso de método contraceptivo com os intervalos de tempo (lag) nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	50

QUADROS

Quadro 1 – Descrição da coleta de dados e tipo de instrumento utilizado. São Paulo, 2012	27
Quadro 2 – Estruturas de correlação do modelo saturado e respectivos QIC. São Paulo, 2012	51

TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres no primeiro e sexto mês pós- abortamento. São Paulo, 2012	37
Tabela 2 – Características sociodemográficas das mulheres no primeiro e sexto mês pós- abortamento segundo o uso de método contraceptivo e ocorrência de gravidez. São Paulo, 2012	38
Tabela 3 – Proporção de mulheres que relataram ter tido relação sexual e ter usado método contraceptivo nos seis meses pós- abortamento. São Paulo, 2012	39
Tabela 4 – Uso de método contraceptivo nos seis meses pós- abortamento, considerando as observações-mês. São Paulo, 2012	40
Tabela 5 – Probabilidades de transição no uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	40
Tabela 6 – Proporção de mulheres que referiu ter recebido orientação sobre contracepção e ter passado por consulta médica nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	44
Tabela 7 – Odds ratio e intervalos de confiança obtidos por Equações de Estimativas Generalizadas para explicar o uso de métodos contraceptivos nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012	52

LISTA DE SIGLAS

CO – Centro Obstétrico

DIU – Dispositivo intra-uterino

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GEE – Equações de Estimativas Generalizadas (*Generalized Estimating Equations*)

LARC – Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (*Long acting reversible contraceptives*)

LMUP – *London Measure of Unplanned Pregnancy*

MAC – Métodos anticoncepcionais

OR – Odds ratio

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

QIC – Critério de quasi-verossimilhança sob o modelo de independência (*Quasi-likelihood under the Independence model Criterion*)

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

EVIDÊNCIAS QUE EMBASARAM A CONDUÇÃO DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 MAGNITUDE DO ABORTAMENTO	15
1.2 ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO PÓS-ABORTAMENTO	18
2 OBJETIVOS.....	22
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO	25
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	25
3.3 COLETA DE DADOS.....	26
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.5 QUESTÕES ÉTICAS	33
4 RESULTADOS	35
4.1 USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NOS SEIS MESES PÓS- ABORTAMENTO.....	38
4.2 ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO NOS SEIS MESES PÓS-ABORTAMENTO	44
4.3 INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR NOS SEIS MESES PÓS-ABORTAMENTO	46
4.4 ANÁLISE LONGITUDINAL DO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NOS SEIS MESES PÓS-ABORTAMENTO	48
5 DISCUSSÃO	53
6 CONCLUSÕES.....	65
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES	77

APRESENTAÇÃO

A elaboração do projeto de pesquisa que culminou na tese ora apresentada surgiu da curiosidade em saber se as mulheres brasileiras que passam por um abortamento modificam suas práticas contraceptivas de modo a usarem métodos contraceptivos mais eficazes após este evento. Pelo menos é isso o que se esperaria, tendo em vista o que estudos mais recentes no âmbito internacional têm relatado.

Ainda na condução da coleta de dados, durante as inúmeras entrevistas telefônicas que realizei até o sexto mês pós-abortamento, percebi que suas práticas contraceptivas não eram diferentes das mulheres em geral. A não ser pelo primeiro mês pós-abortamento, os relatos sobre as práticas contraceptivas do segundo ao sexto mês poderiam ser atribuídas a qualquer mulher, independente de sua história reprodutiva.

Mas o estudo que eu estava conduzindo era do tipo observacional, e não experimental como os demais na literatura, em que situações artificiais são criadas para contemplar todas as etapas de um aconselhamento contraceptivo exemplar que, por certo, não ocorrem nas instituições de saúde brasileiras. Além disso, os sujeitos da pesquisa eram mulheres que vivem em um país com restrições legais quanto à interrupção voluntária de uma gravidez, o que vem acarretando precariedades na qualidade da atenção pós-abortamento, principalmente porque as mulheres atendidas por perda gestacional são, muitas vezes, tratadas como culpadas, não pelo sistema jurídico, mas pelos trabalhadores da saúde.

Aliado a isso, sabe-se que as mulheres brasileiras usam métodos contraceptivos modernos em proporção maior do que em muitos outros países, incluindo os mais desenvolvidos e ricos, e que sua taxa de fecundidade reduziu rapidamente a níveis abaixo da reposição populacional. Todavia, os níveis de saúde reprodutiva ainda ficam aquém pelas mortes maternas, gestações não planejadas e abortamentos.

Diante desse paradoxo, apresento os resultados desta pesquisa, cujo início data de 2010, quando elaborei o projeto para ser submetido a agências de

financiamento. Não posso deixar de enfatizar a relevância deste estudo, ao considerar o quanto o planejamento familiar é reverenciado como uma das políticas públicas de maior benefício para o desenvolvimento social de uma região ou país. Seu papel na redução das mortes maternas, pelo simples fato de reduzir o número de gestações não planejadas ou prevenir gestações de alto risco, e das mortes neonatais, por possibilitar espaçamento adequado entre as gestações, é inegável.

EVIDÊNCIAS QUE EMBASARAM A CONDUÇÃO DESTE ESTUDO

- a) Pesquisa Nacional de Aborto, realizada por meio de amostragem aleatória dos domicílios urbanos no Brasil, com mulheres entre 18 e 39 anos de idade, mostrou que cerca de um quinto das mulheres urbanas já interrompeu uma gestação ao longo de sua vida reprodutiva (Diniz e Medeiros, 2010). A maior parte desses abortamentos foi realizada de forma insegura, tendo em vista seu caráter ilegal.
- b) Entre 10 e 15% das gestações terminam em um abortamento espontâneo (Brasil, 2011).
- c) Mais da metade das mulheres que interromperam uma gestação de forma induzida no Brasil utilizava métodos contraceptivos (MAC), sugerindo que o uso, embora alto, esteja ocorrendo de forma inadequada, descontínua e/ou inconsistente (Brasil, 2008b).
- d) Especialistas recomendam que, para que a próxima gestação corra bem, é preciso postergar a ocorrência de uma nova gravidez após o abortamento por, no mínimo, seis meses (Conde-Agudelo et al., 2005; World Health Organization, 2006; Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, 2009).
- e) Mulheres que passaram por um abortamento correm risco de engravidar novamente uma a duas semanas após esta intercorrência (Wilcox, Dunson, Baird, 2000; World Health Organization, 2006). Por esta razão, o aconselhamento em contracepção e a oferta de MAC ainda durante a

hospitalização são parte da atenção pós-abortamento (World Health Organization, 2006; Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, 2009; Brasil, 2011).

- f) O índice de adoção de algum MAC no período pós-abortamento é alto quando são oferecidos aconselhamento em contracepção e insumos ainda durante a hospitalização (McDougall et al., 2009; Ferreira et al., 2010).
- g) A atenção à saúde de mulheres que passam por um abortamento é prioridade no Brasil. O Ministério da Saúde reeditou o Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento em 2011 (Brasil, 2011) com o intuito de melhorar a qualidade da atenção às mulheres que passam por um abortamento, seja espontâneo ou provocado. Isto se justifica, entre outras razões, como tentativa de diminuição da mortalidade materna no país, cuja estimativa da razão de mortalidade está próxima de 60 (World Health Organization, 2012a), ainda distante do que fora almejado para cumprir as proposições das Conferências do Cairo e de Pequim e as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio¹ (Victora et al., 2011).
- h) A atenção em contracepção no Brasil ainda não contempla integralmente os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres/casais (Heilborn et al., 2009), muito menos quando são consideradas as mulheres que passaram por um abortamento (Aquino et al., 2012).
- i) Embora relevante para a saúde das mulheres brasileiras, o conhecimento que se tem sobre as práticas contraceptivas de mulheres que passaram por um abortamento ainda é escasso no Brasil.

¹ Em 2000, a Organização das Nações Unidas, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que devem ser atingidos por todos os países até 2015. São eles: 1. Acabar com a fome e a miséria; 2. Educação básica de qualidade para todos; 3. Igualdade entre os sexos e valorização da mulher; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde das gestantes; 6. Combater a Aids, malária e outras doenças; 7. Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8. Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade de Cairo em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, propiciaram mudanças nas formas com as quais seus países signatários, dentre eles o Brasil, deveriam vislumbrar as questões que cercam a saúde sexual e reprodutiva, em especial atentando para a defesa das premissas dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, em todas as suas políticas voltadas à população e ao desenvolvimento (Corrêa e Ávila, 2003).

Na Plataforma de Cairo, os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (§ 7.3).

Passadas duas décadas da definição dos direitos sexuais e reprodutivos em âmbito mundial, com pleno apoio do governo brasileiro, pode-se afirmar que há ainda várias lacunas cerceando a consolidação destes direitos em nossa sociedade. Inegavelmente, as questões que cercam o aborto representam um dos principais desafios a serem enfrentados neste percurso, principalmente porque a legislação brasileira proíbe a interrupção voluntária da gestação, salvo em casos específicos em que há riscos de morte para a mulher, em casos de gravidez consequente à violência sexual e em casos de fetos anencéfalos.

Segundo Fusco, Andreoni e Silva (2008), a criminalização do aborto aumenta os riscos de sua prática insegura, principalmente entre as mulheres pertencentes a segmentos mais empobrecidos, que têm como única opção recursos pouco seguros para interromper a gravidez, acarretando graves complicações, como hemorragias, infecções, perfuração uterina, e incidindo de forma intensa na mortalidade materna.

A lacuna entre o que é preconizado nas ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva e o que é de fato vivenciado pelas mulheres em situação de abortamento é exemplificada em resultados de pesquisas de cunho qualitativo que identificam negligências e discriminação por parte dos trabalhadores da saúde na assistência a essas mulheres. Como exemplo, tem sido descrito que, ao pressuporem que um abortamento foi provocado, independentemente de sua real etiologia, qual seja, espontâneo ou induzido, há manifestações de preconceito, culpabilização das mulheres e consequente inadequação dos cuidados por parte dos trabalhadores da saúde (Mariutti, 2004; Adesse, 2006; Steele e Chiarotti, 2008; Carneiro, Iriart, Menezes, 2013).

Na prática, as leis que criminalizam o abortamento têm muito mais a função de punição moral e simbólica do que jurídica (Corrêa e Ávila, 2003), penalizando socialmente a mulher que aborta e acarretando sofrimentos psicológicos. A punição também pode ser encarada como a negação ao acesso a serviços de qualidade que permitam o abortamento seguro, principalmente entre as que não têm acesso a uma assistência adequada fora do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 MAGNITUDE DO ABORTAMENTO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define abortamento como a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana, com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. Por aborto, entende-se o produto da concepção, eliminado pelo abortamento (World Health Organization, 1997).

Estima-se que as taxas de abortamento induzido permaneceram relativamente estáveis de 2003 a 2008 no mundo. As estimativas para a América Latina mostram que houve discreta diminuição dessas taxas no mesmo período (Sedgh et al., 2012). À primeira vista, pode parecer que essa seja uma tendência positiva, mas os mesmos autores estimaram que 95% dos abortamentos na região são inseguros, justamente por conta das sérias restrições legais que esses países – incluindo o Brasil – têm no que concerne ao abortamento. Assim, a importância do abortamento no perfil atual de saúde sexual e reprodutiva das mulheres é indiscutível, tanto para a população mundial quanto para a população brasileira.

No Brasil, estima-se que 10% das gestações terminam em um abortamento espontâneo (Brasil, 2011). Por sua vez, o abortamento induzido é de difícil mensuração, tendo em vista seu caráter ilegal e pouco acessível. Os dados referentes à hospitalização confirmam sua grande magnitude, pois a curetagem pós-abortamento é o terceiro procedimento obstétrico mais realizado em hospitais conveniados ao SUS (Brasil, 2011). Esse número pode ainda estar subestimado, considerando-se que apenas 20% das mulheres que induziram o abortamento tiveram que ser hospitalizadas em consequência de complicações, segundo avaliação de Monteiro e Adesse (2006).

A Pesquisa Nacional de Aborto, realizada por meio de amostragem aleatória dos domicílios urbanos no país, com mulheres entre 18 e 39 anos de idade, é o primeiro estudo de abrangência nacional que utilizou a estimativa direta para averiguar dados sobre abortamento. Os autores revelaram que cerca de um quinto das mulheres urbanas já induziu um abortamento ao fim de sua vida reprodutiva, sem diferenças regionais ou religiosas (Diniz e Medeiros, 2010).

Não é apenas o número de mulheres que vivenciam abortamentos induzidos que chama atenção na realidade brasileira. Pelo fato de se tratar de procedimento ilegal, as desigualdades sociais evidenciam trajetórias distintas das mulheres que optam por não continuar uma gestação. É reconhecido que as mulheres mais empobrecidas tendem a utilizar recursos pouco seguros para induzir o abortamento e terminam por procurar um serviço de saúde que possa atendê-las, muitas vezes depois do que seria o recomendado, por receio e desinformação. Esse contexto de insegurança está amplamente associado à mortalidade materna, já que suas complicações podem ameaçar a saúde de mulheres (Olinto e Moreira-Filho, 2006; Fusco, Andreoni, Silva, 2008). Para Pirotta (2005),

as mulheres das camadas mais pobres da população são mais vulneráveis às consequências do aborto clandestino, na medida em que contam com menos recursos econômicos para recorrer a clínicas particulares de boa qualidade. Desse modo, o caráter ilegal do abortamento provocado acaba por exacerbar ainda mais as desigualdades socioeconômicas e os diferenciais de gênero que marcam o cenário nacional, restringindo, para as mulheres, o exercício da cidadania (p.93).

Diante deste quadro, conclui-se que o abortamento induzido resulta de necessidades não satisfeitas no tocante à saúde sexual e reprodutiva, envolvendo múltiplos processos, que culminam em uma gestação não desejada em determinado momento da vida das mulheres e/ou de seus parceiros. Tais processos incluem mudanças nas relações amorosas com os parceiros ou nas condições de vida e trabalho, descoberta de síndromes ou deficiências fetais durante o pré-natal e, sobretudo, falta de informação e acesso a uma assistência adequada e contínua em contracepção, o que presume altas taxas de falhas e descontinuidades no uso de MAC.

Apesar da preocupante situação que envolve a interrupção voluntária da gravidez no Brasil, este estudo baseia-se no fato que a atenção ao abortamento não se restringe apenas ao cuidado clínico durante a hospitalização. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), esta atenção deve incluir a oferta de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejam uma nova gestação.

Na relação entre abortamento e contracepção, destacam-se duas faces da vivência de um mesmo evento: se, de um lado, as mulheres que passam por um abortamento espontâneo, muitas vezes, têm intenção de engravidar novamente tão logo seja possível, de outro, aquelas que vivenciam um abortamento induzido provavelmente não têm intenção de engravidar em momento próximo. Ou seja, em qualquer uma dessas situações, são necessárias ações que propiciem autonomia e livre decisão para o planejamento reprodutivo, principalmente porque a OMS (World Health Organization, 2006) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2009) preconizam que mulheres que passam por abortamento devem esperar, ao menos, seis meses para engravidar novamente. Este intervalo justifica-se para diminuir os riscos de resultados adversos para a saúde da mulher e da criança, tais como anemia materna, parto prematuro e baixo peso ao nascer, eventos já amplamente reconhecidos como associados ao espaço intergestacional menor do que seis meses após um abortamento (Conde-Agudelo et al., 2005). Curiosamente, o Ministério da Saúde sugere que este intervalo mínimo seja de apenas três meses (Brasil, 2011).

Para promover a saúde da mulher que passa por um abortamento e prevenir nova gestação antes do tempo mínimo recomendado, o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) preconiza que MAC estejam disponíveis no próprio local onde as mulheres são atendidas na vivência de um abortamento, seja espontâneo ou induzido. Isso se justifica pelo fato de que 75% das mulheres que passaram por um abortamento irão ovular em até seis semanas após este episódio (Wilcox, Dunson, Baird, 2000), sinalizando que o aconselhamento em contracepção deve ocorrer o mais precocemente possível. O Ministério da Saúde (Brasil, 2011) ainda enfatiza que a atenção pós-abortamento só será completa se orientação sobre contracepção e oferta de MAC no pós-abortamento imediato forem contemplados. Também enfatiza, para situações nas quais a mulher (ou o casal) não esteja em condições de decidir, naquele momento, acerca do MAC, que seja realizado encaminhamento para outros serviços de atenção básica que possam acolher os casais ou as mulheres em suas necessidades contraceptivas.

Estudos têm mostrado, contudo, que a atenção em contracepção após o abortamento é quase inexistente no país (Strefling et al., 2013; Carneiro et al., 2013) e muito distante do que preconizam as normas. Em estudo conduzido em três cidades do Nordeste (Aquino et al., 2012), a continuidade do cuidado, no qual está incluída a atenção em contracepção, foi a dimensão do cuidado pós-abortamento menos referida pelas mulheres.

1.2 ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO PÓS-ABORTAMENTO

No que concerne à atenção em contracepção pós-abortamento, pesquisadores observaram que, tanto a orientação quanto a possibilidade de escolha de um MAC, aumentaram a chance do seu uso no período pós-abortamento imediato (Rasch, Yambesi, Massawe, 2008; McDougall et al., 2009; Kestler et al., 2009; Ferreira et al., 2010). Também observaram que, caso tenham tido a possibilidade de escolha de um método reversível de longo prazo, as mulheres tenderam a escolher o dispositivo intrauterino (DIU) (Ceylan et al., 2009; Stanek et al., 2009; Madden et al., 2011; Benson et al., 2012). Aliás, o DIU mostrou ser o método contraceptivo mais efetivo para se evitar abortamentos

repetidos um a cinco anos após um abortamento (Ames e Norman, 2012). No Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2011), a oferta e a disponibilização do DIU de cobre e dos métodos hormonais injetáveis são priorizadas. No caso de impossibilidade de uso desses MAC ou de sua não aceitação, a pílula oral e os métodos de barreira são indicados.

No Brasil, a promulgação da Lei do Planejamento Familiar (Lei Federal 9.263, de 12 de janeiro de 1996) representou marco importante para a construção de uma política de planejamento reprodutivo em consonância com os princípios das Plataformas do Cairo e de Pequim. A atenção em contracepção é ofertada, atualmente, no âmbito da atenção básica, majoritariamente por equipes de saúde da família, e se insere na Atenção à Saúde da Mulher, como preconiza a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Embora a maior parte dos MAC aprovados para uso no Brasil esteja disponível no SUS (DIU com hormônio, implantes hormonais, anéis vaginais e adesivos não são disponibilizados), o acesso e o seu uso continuado são dificultados, por conta da irregular e limitada disponibilidade de MAC nas UBS; da falta de profissionais capacitados em prover aconselhamento em contracepção; dos inúmeros obstáculos impostos por meio de fluxos e regras internas criados até que a mulher/casal tenha acesso ao MAC escolhido; de indefinição na competência profissional dos membros da equipe de saúde da família; da ausência de integração com outras ações de atenção à saúde, dentre outros inúmeros problemas (Osis et al., 2006; Moura, Silva, Galvão, 2007; Heilborn et al., 2009; Vieira e Souza, 2011).

Apesar de todos esses obstáculos, a prevalência de uso de MAC no país é alta, alcançando 80,6% das mulheres unidas e 75,2% entre as não unidas, porém sexualmente ativas (Brasil, 2008a). É possível que essas dificuldades levem as mulheres a adquirir a maior parte dos MAC reversíveis, principalmente hormonais, como pílula e injetáveis, e de barreira, como *condom*, em farmácias e drogarias e não em serviços de saúde vinculados ao SUS, como observado na PNDS 2006 (Brasil, 2008a), muitas vezes obtendo-os sem qualquer tipo de prescrição médica ou de orientação por parte de profissionais de saúde.

De toda forma, a alta proporção de uso de MAC não significa que as mulheres têm efetivamente conseguido planejar sua vida reprodutiva. Quase

metade (47,5%) dos nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores à PNDS 2006 foram inoportunos (Brasil, 2008a). Além disso, estudo do Ministério da Saúde evidenciou que mais da metade das mulheres que interromperam uma gestação utilizava algum MAC, o que permite concluir que o uso, embora alto, esteja ocorrendo de forma inadequada, descontínua e/ou inconsistente (Brasil, 2008b).

Esse contexto de lacunas na atenção em contracepção, aliado à alta frequência de uso de MAC pelas mulheres brasileiras, largamente adquiridos em estabelecimentos privados (farmácias e drogarias), condição que nem sempre garante o planejamento reprodutivo bem sucedido, pode ser o quadro também observado em relação às práticas contraceptivas pós-abortamento, mas poucas pesquisas foram conduzidas com esse objetivo. O único estudo brasileiro que analisou o uso de MAC pós-abortamento no país foi conduzido por Ferreira et al. (2010), no qual mulheres hospitalizadas por abortamento em cinco instituições públicas de Recife, Pernambuco, foram convidadas a comparecer a uma clínica de planejamento familiar na segunda semana após o procedimento. Elas tiveram acesso a um adequado aconselhamento em contracepção e puderam escolher um MAC de sua vontade. As autoras observaram que a aceitação em usar um MAC foi alta entre essas mulheres, mas não analisaram se elas continuaram a usar MAC e tampouco avaliaram se ter passado por este tipo de aconselhamento teve algum efeito sobre a prática contraceptiva posterior.

Não há dúvidas do quanto o aconselhamento em contracepção e a disponibilidade de MAC durante o cuidado pós-abortamento são importantes para que as mulheres possam retomar sua vida sexual normal sem vulnerabilidades contraceptivas. Mas nada se sabe a respeito das práticas contraceptivas pós-abortamento em um contexto de precária atenção em contracepção, que parece ser o caso do Brasil. A ocorrência de um único estudo conduzido com mulheres brasileiras reforça que pesquisas com este objeto são escassas no país e, assim, necessárias, tendo em vista não apenas a magnitude do abortamento, mas também sua relação com a morbi-mortalidade materna.

Não se pode desconsiderar que a determinação do uso de MAC pós-abortamento é complexa, porém adequada atenção em contracepção é condição

essencial para sua ocorrência. Entretanto, outros elementos também têm sido analisados por pesquisadores da área de saúde sexual e reprodutiva, como a idade e, conseqüentemente, a história reprodutiva (Madden et al., 2011; Whithers, Tavrows, Abe, 2012), a escolaridade e inserção social (Madden et al. 2011) e intenção reprodutiva (Rosengard et al. 2004; Schunmann e Glasier, 2006; Masinter, Feinglass, Simon, 2013) que serão, de certa forma, aqui considerados.

Tomando-se como princípio o marco conceitual dos direitos sexuais e reprodutivos, espera-se que, principalmente após a vivência de um abortamento, as mulheres e os casais sejam incentivados a adotar práticas que lhes permitam regular sua fecundidade até o momento em que seja seguro enfrentar uma nova gravidez ou até o momento em que a gravidez seja desejada. Dado que a premissa deste estudo se fundamenta nos pressupostos de que a atenção em contracepção é, muitas vezes, precária e que as mulheres brasileiras têm sido favorecidas em sua iniciativa de usar um MAC reversível por conta de brechas na fiscalização da comercialização de medicamentos em estabelecimentos privados – incluindo MAC hormonais – a hipótese que norteou este estudo é que as mulheres que passaram por um abortamento são pouco subsidiadas pelas equipes de saúde (tanto da instituição hospitalar quanto da atenção básica) a adotar práticas contraceptivas seguras e contínuas nos seis meses posteriores a sua hospitalização por abortamento, mas, mesmo assim, mantêm altas proporções de uso de MAC, tal e qual observado na PNDS 2006 (Brasil, 2008a).

Assim, as perguntas que nortearam a condução deste estudo foram:

Qual é a prática contraceptiva das mulheres brasileiras nos primeiros seis meses pós-abortamento?

Quais são os MAC utilizados pelas mulheres nos primeiros seis meses pós-abortamento?

Qual é o efeito da atenção em contracepção sobre o uso de MAC nos primeiros seis meses pós-abortamento?

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

Geral

Analisar as práticas contraceptivas de mulheres que foram hospitalizadas por abortamento no período de seis meses após sua alta.

Analisar o efeito da prescrição de MAC na alta hospitalar sobre seu uso no período de seis meses após o abortamento.

Analisar o efeito da atenção em contracepção recebida nos seis meses pós-abortamento sobre o uso de MAC nesse período.

Específico

Descrever o uso de MAC, sua fonte de obtenção e a prescrição/indicação de seu uso nos seis meses pós-abortamento.

Descrever o tipo de MAC usados nos seis meses pós-abortamento.

Descrever a atenção em contracepção recebida nos seis meses pós-abortamento.

Descrever a intenção de engravidar nos seis meses pós-abortamento.

3 Metodologia

3 METODOLOGIA

Este é um estudo longitudinal quantitativo, do tipo observacional, conduzido com mulheres hospitalizadas por abortamento em uma maternidade pública da cidade de São Paulo que foram acompanhadas por meio de entrevistas telefônicas mensais até o sexto mês pós-abortamento.

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A instituição em que foi conduzido o estudo é uma das maiores maternidades públicas da cidade de São Paulo, responsável, anualmente, por cerca de 5500 partos e 2500 cirurgias ginecológicas. São atendidas, em média, 30 mulheres em situação de abortamento ao mês. Está localizada na região central e atende mulheres de todas as regiões da cidade, incluindo aquelas oriundas da Região Metropolitana de São Paulo.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída por mulheres hospitalizadas por abortamento na referida maternidade.

Para compor uma amostra probabilística dessas mulheres, o cálculo amostral foi realizado por meio de fórmula específica para estudos longitudinais do tipo coorte (Lwanga e Lemeshow, 1991). Assim, a amostra foi calculada para verificar se indivíduos (neste estudo, mulheres em situação de pós-abortamento) expostos ao fator de risco (prescrição de MAC na alta hospitalar) desenvolvem a doença (uso de MAC), em maior ou menor proporção do que um grupo de indivíduos não-expostos (mulheres em situação de pós-abortamento com alta hospitalar sem MAC prescrito).

A proporção de casos entre os expostos (neste estudo, mulheres com MAC prescrito na alta hospitalar) foi considerada igual a 80%, baseada na proporção verificada na PNDS 2006 (Brasil 2008a). A proporção de casos entre os não-expostos (neste estudo, mulheres sem MAC prescrito na alta hospitalar) foi

considerada igual a 50%, proporção mais baixa que a taxa mais baixa observada na PNDS 2006 (Brasil 2008a), com exceção das adolescentes entre 15 e 19 anos de idade. Foram também considerados o nível de significância de 5% e poder do teste de 90%, o que levou a uma necessidade de que cada grupo a ser comparado fosse composto por 41 sujeitos. Para contemplar as perdas de seguimento inerentes a estudos longitudinais, foram acrescidos 50% sobre o tamanho amostral ($n=41$), tendo sido necessário, no mínimo, captar 123 mulheres em situação de pós-abortamento.

Todas as mulheres hospitalizadas por abortamento a partir de maio de 2011 foram convidadas a participar do estudo, mediante a explicação de seus objetivos, até que o n amostral fosse atingido. Isso ocorreu em dezembro do mesmo ano.

Os critérios de inclusão foram a posse de telefone fixo ou celular e a compreensão da língua portuguesa nas formas escrita (para ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e falada (para responder às perguntas durante as entrevistas). Este último critério foi uma solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa da maternidade, tendo em vista que uma razoável parte de suas usuárias são estrangeiras. O critério de exclusão foi relatar uma gravidez confirmada durante os seis meses após o abortamento.

3.3 COLETA DE DADOS

As mulheres foram entrevistadas em sete momentos diferentes (Meses 0 a 6). No Mês 0, foram entrevistadas as mulheres que se encontravam hospitalizadas por abortamento face a face. Naquele momento, foram obtidos os contatos telefônicos para as entrevistas posteriores. Nos Meses 1 a 6, as mulheres foram entrevistadas a cada 30 dias por meio de entrevistas telefônicas durante seis meses (Quadro 1).

Para isto, foram utilizados dois tipos de instrumentos estruturados: o primeiro (APÊNDICE 1), utilizado no momento da hospitalização (Mês 0), continha questões sobre a caracterização sociodemográfica (idade, cor, escolaridade, condições de moradia, procedência, trabalho, renda), caracterização reprodutiva (idade de iniciação sexual, história reprodutiva, história contraceptiva,

intenção reprodutiva) e a caracterização da gravidez que terminou em abortamento em relação ao seu planejamento. Pelo fato de que há evidências que indagar diretamente a mulher a respeito da indução de abortamento nem sempre alcança respostas válidas e pode gerar valores subestimados, já que se trata de procedimento cercado de tabus e preconceitos, além do aspecto de ilegalidade (Menezes, Aquino, Silva, 2006; Olinto e Moreira-Filho, 2006; Fusco, Andreoni, Silva, 2008; Diniz e Medeiros, 2010), este estudo investigou se a gravidez que resultou no abortamento era, de fato, planejada ou não. Obviamente esta informação não substitui a informação sobre a etiologia do abortamento, mas contribui no sentido de prever as intenções reprodutivas futuras. Assim, foi utilizado o instrumento *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), desenvolvido por Barrett, Smith e Wellings (2004) e traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil (Cavaliheri, 2011).

O segundo instrumento (APÊNDICE 2) foi utilizado nas entrevistas telefônicas mensais até o sexto mês pós-abortamento (Meses 1 a 6) e continha questões referentes aos 30 dias anteriores sobre as práticas sexuais e contraceptivas (relacionamento sexual no período, uso de MAC, tipo de MAC utilizado, local de obtenção do MAC, prescrição/indicação do MAC), assim como sobre a caracterização da atenção em contracepção (recebeu orientação sobre MAC e passou por consulta médica). Apenas no Mês 1, as mulheres responderam sobre a atenção em contracepção durante a hospitalização (orientação sobre MAC e prescrição de MAC na alta hospitalar).

Quadro 1 – Descrição da coleta de dados e tipo de instrumento utilizado. São Paulo, 2012

Mês 0	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Hospitalização	30 dias após hospitalização	60 dias após hospitalização	90 dias após hospitalização	120 dias após hospitalização	150 dias após hospitalização	180 dias após hospitalização
Entrevista face a face	Entrevista por telefone					

A coleta de dados iniciou-se no dia 16 de maio de 2011. As pesquisadoras responsáveis por captar as mulheres hospitalizadas por abortamento foram um grupo de enfermeiras obstetras que trabalhavam no plantão diurno do Centro Obstétrico (CO). Como esta hospitalização nem sempre excede 24 horas e o cuidado é prestado no próprio CO, pareceu bastante adequado que essas profissionais assumissem tal tarefa. Foi conduzido um treinamento sobre a aplicação do instrumento e as primeiras entrevistas foram feitas sob a supervisão da coordenadora do estudo.

O acompanhamento nos seis meses pós-abortamento por meio de entrevistas telefônicas foi realizado por um grupo composto por três pesquisadoras: a coordenadora deste estudo, uma estudante de ciências sociais com experiência em realização de entrevistas em pesquisas de Saúde Materna e Saúde Sexual e Reprodutiva e uma aluna de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na época bolsista de Iniciação Científica da FAPESP (processo 2011/17335-0). Os telefonemas foram realizados a partir da própria Escola de Enfermagem da USP. Monteiro et al. (2005) realizaram entrevistas telefônicas para monitorar doenças crônicas na cidade de São Paulo e concluíram que essas entrevistas são mais baratas e mais ágeis do que os inquéritos populacionais tradicionais. Além disso, são válidas em áreas urbanas, como a cidade de São Paulo, em que a cobertura do serviço de telefonia alcança 85% da população.

Ao todo, 184 mulheres foram convidadas a participar da pesquisa durante a hospitalização (Mês 0). Houve 14 recusas: seis porque eram imigrantes ilegais e não queriam fornecer seus dados pessoais e oito não justificaram. Portanto, foram coletados dados de 170 mulheres no Mês 0. No Mês 1, 147 mulheres completaram a entrevista telefônica. As perdas de seguimento entre o Mês 0 e 1 deveram-se a um óbito materno; oito recusas e 14 telefones que não existiam, não atendiam ou não constava ninguém com o nome procurado. Para estas últimas, foram realizadas tentativas durante quatro meses. A última entrevista telefônica (Mês 6) foi realizada em 25 de agosto de 2012. As mulheres que relatavam uma gravidez confirmada eram entrevistadas e, posteriormente, excluídas do estudo.

Uma em cada dez entrevistas telefônicas foram refeitas parcial ou totalmente pela coordenadora da pesquisa para avaliar a qualidade das mesmas.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados analisados neste estudo dizem respeito apenas às mulheres que responderam o instrumento do Mês 1 em diante. Os dados sobre as práticas contraceptivas e atenção em contracepção entre os Meses 0 e 1 estão descritos em Borges et al. (2014).

A digitação duplicada do banco de dados foi conduzida no software EPIINFO 6.04, tendo sido realizada conferência da consistência interna dos dados. As análises estatísticas foram realizadas por meio do software Stata 12.0.

Na análise descritiva, as mulheres foram caracterizadas por:

- a. idade média (anos);
- b. idade média de início da vida sexual (anos);
- c. idade média na primeira gravidez (anos);
- d. número médio de gestações anteriores;
- e. escolaridade média (anos);
- f. cor (branca, parda e preta);
- g. religião (católica, protestante, outras e nenhuma);
- h. trabalho remunerado (não/sim);
- i. vive com parceiro (não/sim);
- j. planejamento da gravidez que terminou em abortamento, mensurado pelo LMUP. O LMUP incorpora o comportamento contraceptivo, a intencionalidade, o desejo e o contexto pessoal como elementos que compõem o planejamento da gravidez. Pode ser usado em qualquer fase da gestação, independentemente se seu desenlace for nascimento ou aborto. É constituído por seis itens que compõem apenas um único construto: o planejamento da gravidez. Calcula-se o escore pela soma dos

pontos, que variam de 0 a 2 para cada item, com um total máximo de 12 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a indicação de que se trata de uma gravidez planejada. Os pontos obtidos podem ser também divididos em três grupos e assim foi utilizado neste estudo: 10 a 12 pontos (gravidez planejada); 4 a 9 pontos (ambivalente quanto ao planejamento da gravidez) e 0 a 3 pontos (gravidez não planejada);

- k. relação sexual no mês anterior (não/sim);
- l. uso de MAC no mês anterior (não/sim);
- m. uso de MAC em todas as relações sexuais, dentre as mulheres que usaram MAC no mês anterior (não/sim);
- n. fonte de obtenção do MAC usado (farmácia/drogaria, UBS, hospital e outro local, que inclui supermercado, convênio, trabalho, em casa);
- o. forma de aquisição do MAC usado (por conta própria, por prescrição médica e outras, como indicação de amigos e outros profissionais de saúde, dentre os quais, enfermeiros);
- p. tipo de MAC usado ou *mix* contraceptivo (nenhum, pílula, *condom*, injetável, outros, que inclui DIU e tradicionais como tabelinha e coito interrompido, pois o número de mulheres que referiram usar estes MAC foi muito baixo);
- q. ocorrência de gravidez confirmada (não/sim);
- r. intencionalidade em relação à gravidez (ocorreu no momento certo/ocorreu antes do que queria)

As variáveis para análise do efeito da atenção em contracepção e da prescrição de MAC na alta hospitalar sobre o uso de MAC até o sexto mês pós-abortamento foram:

- a. A variável resposta foi o uso de MAC a cada mês nos seis meses pós-abortamento (não/sim).

- b. As variáveis explicativas foram o tempo, prescrição de MAC na alta hospitalar (não/sim); a atenção em contracepção recebida nos seis meses pós-abortamento; a intenção de engravidar; a idade; e a escolaridade.

A principal variável explicativa foi a atenção em contracepção, que foi composta pela junção das variáveis recebeu orientação sobre contracepção (não/sim) no mês anterior e passou por consulta médica (não/sim) no mês anterior. Isso se justifica pelo fato de que não há serviços especializados de atenção em contracepção no Brasil (esta atenção ocorre, predominantemente, por meio de consultas médicas ou por meio de orientações de outros profissionais de saúde, como farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, dentre outros); que nem toda consulta médica que ocorre nos seis meses pós-abortamento contempla algum tipo de orientação sobre contracepção; que nem toda orientação sobre contracepção leva ao uso de um MAC; e que um MAC hormonal pode ser adquirido em farmácias e drogarias sem prescrição médica. Assim, a atenção em contracepção foi finalmente composta por quatro categorias: nenhuma, ou seja, a mulher não recebeu qualquer orientação sobre contracepção naquele mês e nem passou por consulta médica; orientação em contracepção, ou seja, a mulher relatou ter recebido apenas orientação sobre contracepção naquele mês, independentemente de quem forneceu esta orientação; passou por consulta médica, ou seja, a mulher relatou ter passado por consulta médica naquele mês; e ambas, quando a mulher relatou, no mesmo mês, ter recebido orientação sobre contracepção e ter passado por consulta médica.

A variável prescrição de MAC na alta hospitalar foi coletada no Mês 1 e manteve suas categorias não/sim.

A variável intenção de engravidar também foi coletada mês a mês e foi considerada neste estudo por ser associada ao uso de MAC e, de certa forma, resumir a história reprodutiva da mulher. Foi construída a partir da pergunta estimulada “Quando gostaria de engravidar novamente? Imediatamente, Em breve, Daqui algum tempo, Nunca mais e Não pensei

sobre isto ainda”. Esta pergunta era feita apenas para as mulheres que garantiram não estar grávidas naquele mês. As categorias foram unificadas em: imediatamente, no futuro, nunca mais e não pensou sobre isto.

O tempo correspondeu aos seis meses em que houve as entrevistas telefônicas (um a seis); a idade e a escolaridade foram mantidas em anos.

Foram apresentadas proporções de uso de MAC segundo as observações-mês e segundo as transições de uso.

Gráficos foram construídos para mostrar a proporção de uso de MAC em cada mês nos seis meses pós-abortamento segundo a atenção em contracepção e a intenção de engravidar.

Foi apresentado o Lorelograma, proposto por Hegearty e Zeger (1998) como uma medida para analisar a estrutura de dependência baseado no log de odds ratio (OR). Este gráfico permite quantificar o grau de associação do uso de MAC com intervalos de tempo (*lag*).

Considerando que há dependência entre as observações do estudo, pois são medidas repetidas, os dados foram analisados por meio das Equações de Estimação Generalizadas (GEE – *Generalized Estimating Equations*). Este método foi proposto por Zeger e Liang (1986) e Liang e Zeger (1986) com o objetivo de estimar parâmetros de regressão para dados correlacionados. As GEE são baseadas nos modelos lineares generalizados (*generalized linear models*), mas incluem uma estrutura de correlação (*working correlation matrix*) para que as estimativas obtidas sejam consistentes e não viciadas, possibilitando inferências estatísticas adequadas dos parâmetros. As GEE avaliam a relação entre a variável resposta e variáveis explicativas em um contexto populacional – e não individual – possibilitando estudar a diferença na resposta média do grupo.

A especificação da estrutura de correlação foi conduzida considerando três possíveis estruturas: permutável, não estruturada e auto-regressiva de primeira ordem. Segundo Ballinger (2004) e Agranonik (2009), na permutável (*exchangeable*), considera-se que a correlação entre os indivíduos de um mesmo

grupo é a mesma ao longo do tempo; na não estruturada (*unstructured*), assume-se um valor de correlação diferente para cada observação dentro do grupo; a auto-regressiva de primeira ordem (*auto-regressive*) é utilizada quando os dados estão correlacionados ao longo do tempo. Há a estrutura de correlação independente, quando há independência entre as observações, mas nesta situação, não é necessário usar GEE. Especificar a matriz de correlação de forma correta aumenta a eficiência das estimativas dos parâmetros do modelo, embora os modelos construídos com GEE sejam, em geral, robustos às especificações inadequadas da estrutura de correlação (Liang e Zeger, 1986; Ballinger, 2004).

Também auxiliar na especificação da estrutura de correlação mais adequada aos dados, foi utilizado o critério de quasi-verossimilhança sob o modelo de independência (QIC – *Quasi-likelihood under the Independence model Criterion*), em que, quanto menor o seu valor, melhor o modelo. O QIC é calculado a partir da comparação de um modelo com determinada estrutura de correlação com aquele gerado utilizando a estrutura de correlação independente (Ballinger, 2004).

Sendo a variável resposta do tipo binária, para ser expressa como um vetor dos parâmetros estimados (β) na forma de um modelo aditivo, a função de transformação de ligação (*link transformation function*) foi especificada como logito. Assim, os parâmetros das variáveis explicativas foram transformados em OR. A distribuição da variável resposta foi especificada como binomial, o que possibilitou que a variância pudesse ser adequadamente calculada como função da resposta média.

3.5 QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas foram consideradas na realização do estudo. Houve a preservação da privacidade e foi mantido sigilo das informações prestadas. As mulheres foram convidadas a participar do estudo com a garantia de que não haveria qualquer prejuízo na atenção pós-abortamento. Juntamente com os telefones para contato posterior, foram obtidos o melhor horário e dias da semana para que as entrevistas por telefone pudessem ocorrer. Foi também questionado se havia a possibilidade de deixar recado ou expressar o objetivo da ligação, caso

não fosse a entrevistada a atender o telefone. Durante as entrevistas telefônicas, as mulheres eram questionadas se aquele era o melhor momento para prosseguir com a entrevista ou se ela gostaria de agendar para outro dia ou horário. A desistência em participar do estudo foi possível em qualquer momento.

As entrevistadoras deixaram claro que não haveria riscos em participar do estudo. Como benefícios, as entrevistadoras esclareceram dúvidas sobre contracepção ao longo do estudo e informavam sobre os serviços em que as mulheres poderiam procurar, em caso de necessidade. Algumas mulheres estrangeiras sentiram-se receosas por estarem no país de forma ilegal e não quiseram participar.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da maternidade em que foi conduzido o estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (APÊNDICES 3 e 4).

4 Resultados

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 147 mulheres no primeiro mês pós-abortamento. Destas, 17,0% (n=25) não foram encontradas em algum momento da pesquisa e foram consideradas perdas de seguimento. Ao todo, foram relatadas 17 gestações confirmadas (Figura 1). No sexto mês pós-abortamento, 105 mulheres responderam o questionário por telefone. Foram obtidas 761 observações mulheres-mês nos seis meses de estudo.

Figura 1 – Distribuição do número de mulheres entrevistadas e que engravidaram nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das mulheres no primeiro e sexto mês pós-abortamento. No primeiro mês, as mulheres tinham, em média, 29,1 anos de idade e 9,3 anos de escolaridade. Praticamente metade referiu ser de cor branca (49,6%) e, um pouco menos, da religião católica (43,5%). A maior parte trabalhava em empregos pagos (59,9%) e morava com o parceiro (76,9%). Elas iniciaram a vida sexual com 17,2 anos de idade e vivenciaram a primeira gravidez com 21,7 anos, em média. Um quinto das gestações que terminaram em abortamento não foi planejado. As mulheres que permaneceram até o fim do estudo (sexto mês) tinham características sociodemográficas e reprodutivas similares às mulheres que responderam o questionário no primeiro mês, o que indica que não houve um padrão sistemático de perdas.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres no primeiro e sexto mês pós-abortamento. São Paulo, 2012

Características	Mês 1	Mês 6
Idade média em anos (dp)*	29,1 (7,4)	29,6 (7,3)
Idade média na primeira relação sexual em anos (dp)	17,2 (2,9)	17,4 (2,9)
Idade média na primeira gravidez em anos (dp)	21,7 (5,2)	21,9 (5,1)
Número médio de gestações anteriores (dp)	2,5 (1,4)	2,5 (1,4)
Escolaridade média em anos (dp)	9,3 (2,5)	9,5 (2,5)
Cor (%)		
Branca	49,6	55,2
Parda	45,6	40,0
Preta	4,8	4,8
Religião (%)		
Católica	43,5	43,8
Protestante	32,7	35,2
Outra	6,1	5,7
Nenhuma	17,7	15,3
Trabalha (%)	59,9	60,9
Vive com parceiro (%)	76,9	76,2
Planejamento da gravidez que terminou em abortamento (%)		
Planejada	29,9	31,4
Ambivalente	49,0	49,5
Não planejada	21,1	19,1
Número total de mulheres	147	105**

*(dp) = desvio-padrão

**não incluídas as 17 que reportaram uma gravidez confirmada

4.1 USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NOS SEIS MESES PÓS-ABORTAMENTO

As mulheres que relataram usar algum MAC no primeiro e sexto mês pós-abortamento também eram similares entre si no que concerne às características sociodemográficas (Tabela 2). Isso reforça o fato que as perdas podem ter sido aleatórias. Por sua vez, as mulheres que engravidaram no decorrer da pesquisa eram, aparentemente, mais jovens, mais pardas, menos católicas e haviam, em maior proporção, planejado a gravidez anterior, quando comparadas às mulheres que usaram MAC no primeiro e sexto meses pós-abortamento.

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mulheres no primeiro e sexto mês pós-abortamento segundo o uso de método contraceptivo e ocorrência de gravidez. São Paulo, 2012

Características	Usou método contraceptivo		Engravidou
	Mês 1	Mês 6	Mês 6
Idade média em anos (dp)*	29,5 (6,8)	29,7 (7,4)	26,8 (6,9)
Idade média na primeira relação sexual em anos (dp)	17,2 (3,1)	17,4 (2,8)	16,9 (1,9)
Idade média na primeira gravidez em anos (dp)	22,0 (4,9)	21,7 (5,0)	20,7 (5,1)
Número médio de gestações anteriores (dp)	2,6 (1,4)	2,6 (1,5)	2,3 (1,1)
Escolaridade média em anos (dp)	9,5 (2,6)	9,3 (2,6)	9,8 (1,4)
Cor (%)			
Branca	50,6	52,9	47,1
Parda	47,1	44,7	52,9
Preta	2,3	2,4	-
Religião (%)			
Católica	46,0	45,9	35,4
Protestante	31,0	34,1	29,4
Outra	6,9	5,9	17,6
Nenhuma	16,1	14,1	17,6
Trabalha (%)	64,4	58,8	58,8
Vive com parceiro (%)	82,8	74,1	88,2
Planejamento da gravidez (%)			
Planejada	29,9	27,1	41,2
Ambivalente	50,6	50,6	35,3
Não planejada	19,5	22,3	23,5
Número total de mulheres	147	105**	17

*(dp) = desvio-padrão

**não incluídas as 17 que reportaram uma gravidez confirmada

Na Tabela 3, observa-se que a proporção de mulheres que teve relação sexual após o abortamento aumentou com o decorrer do tempo, mas já no primeiro mês, 69,4% haviam tido relação sexual, proporção que aumentou e se manteve ao redor de 90%. A prevalência de uso de MAC também aumentou no segundo mês pós-abortamento e manteve-se similar a partir daí, até o sexto mês. Em todos os meses do estudo, a proporção de mulheres que revelou ter tido relação sexual foi maior que a proporção que relatou ter usado MAC. Ainda no primeiro mês pós-abortamento, 46,9% das mulheres já haviam menstruado, tendo essa proporção alcançado 89,9% no segundo mês. A primeira menstruação ocorreu, em média, 43,9 dias após o procedimento ($dp=18,2$), sendo o valor mínimo igual a 10 dias e o valor máximo igual a 93 dias (dados não apresentados em Tabela). A ocorrência de gravidez ocorreu apenas a partir do terceiro mês, tendo 10 mulheres, dentre as 17 que engravidaram, relatado que essa gravidez ocorreu antes do que queria.

Tabela 3 – Proporção de mulheres que relataram ter tido relação sexual e ter usado método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

Mês	Teve relação sexual (%)	Usou MAC (%)	Engravidou (%)
1	69,4	59,2	-
2	84,9	78,4	-
3	91,0	79,8	1,5
4	89,3	79,3	4,1
5	90,4	77,4	3,5
6	95,2	80,9	5,7

A Tabela 4 descreve o uso de MAC por observações-mês. No total (*overall*), 24,7% das observações diziam respeito ao não uso de MAC e 75,3% ao uso de MAC. Com relação ao uso de MAC entre as mulheres (*between*), observa-se que 91 mulheres não usaram MAC em, pelo menos, um mês do estudo, o que leva a crer que algumas mulheres usaram MAC, mas não necessariamente em

todos os meses. Por sua vez, 137 mulheres usaram MAC em, pelo menos, um mês do estudo. Considerando as mulheres que relataram o uso de MAC em algum mês (*within*), 77,9% dos seus relatos incluíram o uso de MAC, em média. Considerando as mulheres que não relataram o uso de MAC em algum mês, 45,4% dos seus relatos não incluíram o uso de MAC, em média. Isto significa que houve variação entre as mulheres no uso de MAC. Caso não tivesse havido qualquer variação, esta proporção seria igual a 100.

Tabela 4 – Uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento, considerando as observações-mês. São Paulo, 2012

Uso de método contraceptivo	<i>Overall</i>		<i>Between</i>		<i>Within</i>
	N	%	N	%	%
Não	188	24,7	91	61,5	45,4
Sim	573	75,3	137	92,6	77,9
Total	761	100,0	228		

Em relação à transição no uso de MAC de um mês para outro, houve 598 transições entre as 761 observações, pois não foi mensurado o uso de MAC no Mês 0. A Tabela 5 mostra que, se uma mulher reportou que não estava usando MAC em um mês, a probabilidade dela também não ter usado MAC no mês posterior foi 51,7%. Similarmente, se uma mulher relatou ter usado MAC em um mês, a probabilidade dela também ter usado MAC no mês posterior foi 89,2%.

Tabela 5 – Probabilidades de transição no uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

Uso de método contraceptivo	Transição no uso de método contraceptivo		Total
	Não	Sim	
Não	74 51,7%	69 48,2%	143 100,0%
Sim	49 10,8%	406 89,2%	455 100,0%
Total	123	475	598

O MAC foi obtido nos seis meses pós-abortamento, em maior proporção, em farmácias e drogarias comerciais (Figura 2). A UBS como fonte de obtenção de MAC foi a segunda mais citada, mas em nenhum mês foi maior que a farmácia/drogaria. Outros locais, como amigos e convênio médico, foram pouco citados, similarmente ao hospital.

Figura 2 – Proporção de mulheres nos seis meses pós-abortamento segundo fonte de obtenção do método contraceptivo. São Paulo, 2012

O MAC foi adquirido por conta própria na maior parte dos seis meses pós-abortamento, mas esta proporção decresce e se torna similar à proporção de mulheres cujo MAC foi indicado por um médico. A categoria Outros abrange indicações de MAC por amigos, família e outros profissionais, incluindo enfermeiros. Estas informações são apresentadas na Figura 3. Os enfermeiros foram responsáveis pela prescrição/indicação em menos de 2% dos casos e apenas em três dos seis meses pós-abortamento.

Figura 3 – Proporção de mulheres nos seis meses pós-abortamento segundo prescrição/indicação do método contraceptivo usado. São Paulo, 2012

A Figura 4 mostra o *mix* contraceptivo nos seis meses pós-abortamento. O não uso de MAC decresceu até o segundo mês e permaneceu estável a partir daí. O uso da pílula, por sua vez, aumentou até o segundo mês e depois manteve-se estável. As mulheres iniciaram o uso de MAC por meio de *condoms*, mas esta tendência foi revertida entre o terceiro e quarto mês, quando a pílula foi a mais relatada. O grupo de mulheres que usou DIU e MAC tradicionais, como coito interrompido e tabelinha, agrupado em Outros, correspondeu a menos de 5%. A proporção de mulheres que referiu usar injetável aumentou ao longo do tempo, mas manteve-se bem abaixo da pílula e do *condom*. Implantes e anéis vaginais não foram relatados.

Figura 4 – Proporção de uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento, por tipo de método. São Paulo, 2012

A Figura 5 diz respeito ao uso de MAC em todas as relações sexuais nos seis meses pós-abortamento, considerando apenas as mulheres que usaram algum MAC. Esta proporção foi alta e praticamente constante ao longo do tempo.

Figura 5 – Proporção de mulheres que usaram método contraceptivo em todas as relações sexuais a cada mês nos seis meses pós-abortamento, dentre as que estavam usando algum tipo de método. São Paulo, 2012

4.2 ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO NOS SEIS MESES PÓS-ABORTAMENTO

Apenas 13 mulheres relataram ter tido alta hospitalar com MAC prescrito (8,8%). Na Tabela 6, são descritas as proporções de mulheres que referiram ter recebido orientação sobre contracepção e ter passado por consulta médica nos seis meses pós-abortamento. A orientação em contracepção foi mais relatada no segundo mês pós-abortamento e a proporção de mulheres que a referiu reduziu drasticamente a partir do quarto mês. Ter passado por consulta médica foi mais referida em todos os meses do estudo, comparado a ter recebido orientação sobre contracepção, também com pico no segundo mês.

Tabela 6 – Proporção de mulheres que referiu ter recebido orientação sobre contracepção e ter passado por consulta médica nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

Mês	Orientação sobre contracepção	Passou por consulta médica
1	25,8	34,7
2	30,9	56,8
3	23,9	35,1
4	11,6	25,6
5	8,7	25,2
6	7,6	32,4

Na Figura 6, a atenção em contracepção é descrita, mês a mês, considerando quatro grupos de mulheres: a) as que não receberam orientação sobre contracepção nem passaram por consulta médica; b) as que receberam orientação sobre contracepção isoladamente; c) as que passaram por consulta médica isoladamente; ou d) em conjunto com a orientação sobre contracepção. Observa-se que, nos seis meses pós-parto, a maior parte das mulheres não relatou orientação sobre contracepção nem consulta médica. No segundo mês pós-

abortamento, há uma inflexão, tendo sido relatadas proporções maiores de consulta médica e consulta médica em conjunto com orientação sobre contracepção. Ter recebido orientação sobre contracepção e passado por consulta médica no mesmo mês foi muito pouco relatado a partir do terceiro mês pós-abortamento.

Figura 6 – Proporção de mulheres segundo o acesso à atenção em contracepção nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

A Figura 7 mostra a distribuição das mulheres que usaram MAC nos seis meses pós-abortamento segundo a atenção em contracepção recebida. Aparentemente, essa distribuição é bastante difusa, ou seja, não há uma relação entre o uso de MAC e o tipo de atenção em contracepção recebida.

Figura 7 – Proporção de uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento, segundo o tipo de atenção em contracepção. São Paulo, 2012

4.3 INTENÇÃO DE ENGRAVIDAR NOS SEIS MESES PÓS-ABORTAMENTO

A Figura 8 diz respeito à intenção de engravidar nos seis meses após o abortamento. Aparentemente, as intenções mantêm-se similares ao longo do tempo, havendo uma mudança no sexto mês. A proporção de mulheres que queria engravidar imediatamente aumentou, assim como de mulheres que não queriam engravidar mais. A maior proporção foi de mulheres que queriam engravidar alguma vez no futuro. A proporção de mulheres que não queria engravidar nunca mais e que não havia pensado sobre isto foi similar no decorrer do estudo. O grupo de mulheres que revelou querer engravidar imediatamente foi pequeno, mas aumentou gradualmente até o sexto mês.

Figura 8 – Proporção de mulheres segundo a intenção de engravidar nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

A Figura 9 mostra a proporção de uso de MAC segundo a intenção de engravidar nos seis meses após o abortamento. O uso de MAC foi bem mais baixo entre as mulheres que referiram querer engravidar “imediatamente”. Os demais grupos de mulheres são aparentemente similares até o quarto mês pós-abortamento, mas todas as mulheres do grupo que revelou “não ter pensado sobre isto” referiram usar MAC no sexto mês pós-parto.

Figura 9 – Proporção de uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento, por intenção de engravidar. São Paulo, 2012

4.4 ANÁLISE LONGITUDINAL DO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NOS SEIS MESES PÓS-ABORTAMENTO

A Figura 10 representa os valores preditos do uso de MAC nos seis meses pós-abortamento. O uso de MAC aumentou no decorrer do estudo, mas apenas nos dois primeiros meses. Do terceiro mês em diante, o uso manteve-se estável, o que indica que não houve variação no seu uso até o sexto mês.

Figura 10 – Gráfico suavizado do uso de método contraceptivo nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

A Figura 11 corresponde ao Lorelograma do uso de MAC e permite quantificar o grau de associação do uso de MAC com intervalos de tempo (*lag*) via log de OR. Reitera-se que a associação do uso de MAC com o tempo diminui nos dois primeiros *lags*, mas, no terceiro *lag*, seu valor iguala-se a um, o que significa que a variação não é mais significativa.

Figura 11 – Lorelograma do uso de método contraceptivo com os intervalos de tempo (lag) nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

A análise do efeito da atenção em contracepção e da prescrição de MAC na alta hospitalar sobre o uso de MAC nos seis meses pós-abortamento realizada por meio de GEE é apresentada no Quadro 2 e Tabela 7.

A estrutura de correlação que se mostrou mais adequada aos dados foi a do tipo não estruturada. O Quadro 2 apresenta as estruturas de correlação observadas e respectivos QIC. Na estrutura de correlação não estruturada, pode-se observar que as correlações apresentam valores diferentes da estrutura do tipo auto-regressiva. Além disso, a estrutura do tipo auto-regressiva requer dados completamente balanceados, o que não é o caso das observações-mês deste estudo, e pressupõe correlação serial com o tempo, o que não foi observado no Lorelograma. Por isto, foi descartada a escolha dessa estrutura. Tampouco a estrutura de correlação mostrou-se uniformemente distribuída ao longo do tempo, o que leva a crer que também não é permutável. Ainda, o menor valor do QIC é o da estrutura de correlação do tipo não estruturada. Dessa forma, a opção mais

adequada e adotada na condução do modelo final de GEE foi a estrutura de correlação do tipo não estruturada.

Quadro 2 – Estruturas de correlação do modelo saturado e respectivos QIC. São Paulo, 2012

Matriz de correlação	Estrutura de correlação		
	Não estruturada	Permutável	Auto-regressiva
	1,00 0,30 1,00 0,11 0,38 1,00 0,05 0,29 0,43 1,00 0,15 0,32 0,33 0,38 1,00 -0,16 0,16 0,12 0,25 0,41 1,00	1,00 0,23 1,00 0,23 0,23 1,00 0,23 0,23 0,23 1,00 0,23 0,23 0,23 0,23 1,00 0,23 0,23 0,23 0,23 0,23 1,00	1,00 0,38 1,00 0,15 0,38 1,00 0,05 0,15 0,38 1,00 0,02 0,05 0,15 0,38 1,00 0,01 0,02 0,05 0,15 0,38 1,00
QIC	806,988	808,662	808,589

A Tabela 7 mostra os modelos de GEE conduzidos para se testar o efeito da atenção em contracepção e da prescrição de MAC na alta hospitalar sobre o uso de MAC nos seis meses pós-abortamento. Como a atenção em contracepção e a intenção de engravidar variaram no decorrer do período de estudo, foram testadas, primeiramente, suas interações com o tempo (Modelo 1). A interação atenção em contracepção/tempo (Interação 2) não foi estatisticamente significativa e foi retirada do modelo (Modelo 2). A interação intenção de engravidar/tempo (Interação 1) foi estatisticamente significativa em todos os modelos. A escolaridade não mostrou qualquer tipo de efeito significativo sobre o uso de MAC nos seis meses pós-abortamento, assim como a prescrição de MAC na alta hospitalar. Pelo fato de se tratar de uma população de estudo relativamente homogênea no que concerne à escolaridade, optou-se por excluir essa variável do modelo final (Modelo 3). A variável prescrição de MAC na alta hospitalar também foi excluída, tendo em vista sua não significância estatística e o número reduzido de mulheres que compuseram este grupo (também no Modelo 3).

O Modelo 3 mostra que a atenção em contracepção teve efeito positivo sobre o uso de MAC nos seis meses pós-abortamento (em negrito, variáveis com

$p < 0,05$). No entanto, esse efeito foi significativo apenas quando a consulta médica e a orientação em contracepção ocorreram no mesmo mês ($OR_{ajustado} = 2,16$; $IC95\% = 1,29-3,59$). Outro efeito positivo no uso de MAC foi a idade. A cada aumento de ano na idade das mulheres, houve 3% mais chance de usar MAC. A intenção de engravidar não mostrou efeito significativo no uso de MAC pós-abortamento, a não ser quando considerado seu efeito em conjunto com o tempo. Isso significa que o uso de MAC é influenciado pelo efeito simultâneo da intenção de engravidar ao longo do tempo e não simplesmente pelo efeito individual da intenção de engravidar.

Tabela 7 – Odds ratio e intervalos de confiança obtidos por Equações de Estimativas Generalizadas para explicar o uso de métodos contraceptivos nos seis meses pós-abortamento. São Paulo, 2012

Variável	Modelo					
	1		2		3	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Intercepto	0,45	0,09-2,31	0,45	0,09-2,57	0,56	0,17-1,82
Atenção em contracepção						
Nenhuma	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Apenas orientação	1,42	0,64-3,11	1,42	0,67-2,99	1,41	0,67-2,96
Apenas consulta médica	1,01	0,51-2,04	1,02	0,70-1,49	1,03	0,71-1,50
Ambas	2,03	0,87-4,77	2,05	1,23-3,42	2,16	1,29-3,59
Alta com método prescrito						
Não	1,00	-	1,00	-	-	-
Sim	1,62	0,64-4,06	1,62	0,64-4,06	-	-
Tempo	0,92	0,77-1,12	0,93	0,78-1,10	0,97	0,81-1,15
Idade	1,04	1,01-1,07	1,04	1,01-1,07	1,03	1,01-1,07
Escolaridade	1,03	0,94-1,14	1,03	0,94-1,14	-	-
Intenção de engravidar						
Imediatamente	1,00	-	1,00	-	1,00	-
No futuro	0,95	0,53-1,72	0,95	0,53-1,72	1,03	0,58-1,85
Nunca mais	0,53	0,21-1,34	0,53	0,21-1,34	0,59	0,23-1,47
Não pensou sobre isto	0,39	0,13-1,16	0,39	0,13-1,16	0,48	0,16-1,40
Interação 1	1,20	1,08-1,33	1,20	1,08-1,33	1,18	1,06-1,31
Interação 2	1,00	0,91-1,09	-	-	-	-

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo longitudinal conduzido no Brasil que analisou as práticas contraceptivas e o efeito da atenção em contracepção sobre o uso de MAC até seis meses após o abortamento. Embora os resultados deste trabalho não possam ser generalizados a todas as mulheres brasileiras que passaram por um abortamento, e nem possibilitam determinar as diferenças das práticas contraceptivas entre mulheres que passaram por um abortamento induzido ou espontâneo, certamente permitem estabelecer causalidades que explicam o uso de MAC pós-abortamento, justamente por se tratar de um estudo longitudinal.

As entrevistas realizadas por telefone foram apropriadas para o objetivo proposto. Um inquérito domiciliar seria extremamente dispendioso e dificultoso, tendo em vista a extensão do município (a maternidade atende usuárias residentes nas mais diversas regiões da cidade e da Grande São Paulo) e o tipo de estudo, qual seja longitudinal. Cecatti et al. (2011) evidenciaram que entrevistas telefônicas podem ser úteis em inquéritos sobre saúde reprodutiva, especialmente se o foco for eventos relativamente recentes. Além disso, nenhuma mulher deixou de ser incluída no estudo por não ter telefone fixo ou celular para ser contatada, o que reafirma sua adequação.

As perdas de seguimento foram mais baixas do que de outros estudos longitudinais conduzidos com objetivo de identificar as práticas contraceptivas pós-abortamento (Rasch, Yambessi, Massawe, 2008; Ceylan, 2009). As mulheres pouco diferiram em suas características sociodemográficas entre os Meses 1 e 6, o que sugere que as perdas foram aleatórias. A amostra foi inicialmente planejada para comparar os grupos de mulheres que tiveram alta hospitalar com e sem MAC prescrito. No entanto, foram poucas as mulheres que compuseram o grupo que teve alta com MAC prescrito, tendo sido necessário, assim, também comparar os grupos de mulheres de acordo com a atenção em contracepção recebida durante os seis meses após a alta hospitalar. O número de mulheres acompanhadas foi superior ao “n” amostral originalmente calculado e foram obtidas informações completas de 105 mulheres, o que equivale a 630 observações, ao se considerar as seis entrevistas telefônicas realizadas.

O perfil sociodemográfico e reprodutivo das participantes do estudo evidencia que eram mulheres com nível de escolaridade médio, trabalhavam fora de casa, viviam com seus parceiros e tinham certa experiência reprodutiva. A gravidez que terminou em abortamento foi planejada para um terço das mulheres, ao passo que um quinto delas não planejou a gravidez, segundo o LMUP. Praticamente metade das mulheres era ambivalente em relação ao planejamento da gravidez, o que era de se esperar, pois a ambivalência vem sendo descrita como situação bastante comum no que concerne à intenção reprodutiva (Barrett e Wellings, 2002).

Os resultados apresentados devem ser considerados na perspectiva de que as restrições legais ao abortamento induzido contribuem para que a atenção em contracepção pós-abortamento seja precária (Aquino et al., 2012), não apenas para mulheres que provocaram um abortamento, mas também para aquelas que vivenciaram uma perda espontânea.

A ocorrência de uma morte materna no decorrer da pesquisa e de dezessete gestações, das quais mais da metade antes do que a mulher queria, ratificam o quanto a atenção pós-abortamento deve ser priorizada na agenda de lutas pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Soma-se a isso que poucas mulheres entrevistadas no Mês 1 relataram ter tido alta hospitalar com um MAC prescrito, resultado similar ao descrito por Aquino et al. (2012), que variou entre 1,1% e 14,7%, a depender da capital pesquisada. Conclui-se, assim como essas autoras, que a recomendação do manual reeditado pelo Ministério da Saúde não está sendo cumprida no que se refere à atenção em contracepção ainda durante a hospitalização.

Em todos os seis meses nos quais as entrevistas telefônicas foram realizadas, a proporção de mulheres que teve relação sexual foi maior que a proporção de mulheres que usou MAC. O primeiro mês pós-abortamento foi o período em que houve maior vulnerabilidade contraceptiva, pois, nesse período, muitas mulheres já haviam menstruado (e, obviamente, ovulado) e retomado a vida sexual. Outros estudos observacionais confirmaram que as mulheres retornam à vida sexual logo após o abortamento, nem sempre com uso de MAC (Boesen et al., 2004).

Ainda em relação ao primeiro mês pós-abortamento, uma razoável parcela não usou MAC, não recebeu orientação sobre contracepção e nem passou por consulta médica. Já o segundo mês pós-abortamento foi o período em que a proporção de uso de MAC cresceu e, coincidentemente, foi o mês em que houve a maior proporção de relatos de mulheres que receberam orientação sobre contracepção e passaram por consulta médica, isoladamente e/ou simultaneamente. Agendamento de retorno da própria maternidade para 45 dias após a alta hospitalar, que era rotina institucional, pode ter contribuído para o aumento dos relatos de mulheres que receberam atenção em contracepção, embora trabalhadores da instituição tenham admitido que a maior parte das mulheres não compareciam nestes retornos. Durante as entrevistas telefônicas, muitas mulheres fizeram menção à necessidade de um período de “resguardo”, usualmente de 40 dias, como é recomendado após o parto. Essa crença pode ter levado as mulheres a procurar algum tipo de atenção em contracepção apenas após esse período.

Fica claro que a maior lacuna entre o uso de MAC e a atenção em contracepção ocorreu até o segundo mês pós-abortamento. Esses achados ratificam a importância de que a alta hospitalar ocorra com prescrição de MAC, pois as mulheres que passaram por um abortamento vão iniciar a vida sexual e ovular pouco tempo após o procedimento (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, 2009).

Ainda que algumas mulheres tenham iniciado o uso de MAC somente entre o primeiro e o segundo mês pós-abortamento, houve o relato do uso de MAC na maior parte das observações-mês, ou seja, trata-se de evento comum entre mulheres de idade reprodutiva que vivenciaram um abortamento. O uso de MAC, entretanto, variou. Apesar de não terem sido mensuradas descontinuidades contraceptivas (falhas, alternâncias e interrupções no uso de MAC), foi possível observar que muitas mulheres não usaram MAC constantemente em todas as relações sexuais e em todos os meses. De toda forma, a proporção de uso de MAC a partir do segundo mês foi alta e muito similar ao que foi reportado na PNDS 2006 para as mulheres brasileiras em geral (Brasil 2008a).

Os modelos de transição permitiram identificar que a probabilidade de não usar MAC no mês posterior, quando não se usou no mês em curso, foi em torno

de 50%. Por outro lado, a probabilidade de usar MAC no mês seguinte, entre mulheres que usavam MAC no mês em curso, foi bem mais alta (aproximadamente 90%). Isso significa que iniciar o uso de MAC o mais cedo possível após o abortamento aumentará a probabilidade de a mulher usar no mês seguinte, e assim por diante, confirmando as recomendações de que insumos contraceptivos e aconselhamento em contracepção sejam ofertados ainda durante a hospitalização ou o quanto antes.

Esse fato pode também ser interpretado como uma disposição da mulher brasileira em usar MAC, diferentemente de mulheres de inúmeros outros países (Asekun-Olarinmoye et al., 2013; Najafi-Sharjabad et al., 2013; Teye, 2013), o que representa, por si só, um impedimento a menos para que a atenção em contracepção seja eficaz. Só para comparação, o uso de MAC entre as mulheres brasileiras é maior do que o de países mais desenvolvidos, como Estados Unidos (79%), França (77%), Suécia (75%) e Alemanha (70%) (Population Reference Bureau, 2013).

Mesmo considerando que as mulheres fossem usuárias do SUS, pois procuraram atendimento em uma maternidade pública, o MAC usado nos seis meses pós-abortamento foi obtido, na maior parte do tempo e pela maioria das mulheres, em farmácias e drogarias. Em 2006, na PNDS, foi encontrado o mesmo resultado (Brasil 2008a). Outro achado que não revelou surpresas foi o fato que a maior parte das mulheres adquiriu o MAC por conta própria (Brasil, 2008a). O MAC foi adquirido por prescrição/indicação médica apenas em segundo lugar. Esses achados resumem a condição em que ocorre a aquisição de MAC reversíveis no Brasil, que é claramente segmentada em duas opções, considerando usuárias do SUS: aquisição em farmácias e drogarias, por conta própria, ou aquisição no SUS, por prescrição/indicação médica. Além disso, apesar de não serem surpreendentes, esses achados são inquietantes quando se considera que essas mulheres têm a especificidade de terem passado por um abortamento e recomendação clínica de não engravidar antes do sexto mês após o evento.

Uma proporção muito baixa de mulheres referiu ter adquirido o MAC por prescrição/indicação de outros profissionais, dentre os quais estão incluídos os enfermeiros. Strefling et al. (2013) pesquisaram as percepções de profissionais de

enfermagem sobre o cuidado pós-abortamento e concluíram que o tema “abortamento”, por si só, representa um obstáculo na interação com a mulher, sendo seus discursos e ações mais voltados para as necessidades biológicas daquele momento, o que também foi observado por Coelho et al. (2009). Na esfera hospitalar, o enfermeiro necessitaria tomar para si, como ator principal da organização do trabalho da equipe, a incumbência de fazer cumprir as normas de atenção pós-abortamento no que se refere à contracepção (Strefling et al., 2013).

Por sua vez, no âmbito da atenção básica, Moura, Silva e Galvão (2007) chamaram a atenção para o fato que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família poderiam ampliar sua contribuição na atenção em contracepção para além da esfera educativa, desde que suas habilidades para realizar o aconselhamento em contracepção com autonomia, incluindo a prescrição de MAC, sejam formalmente reconhecidas. Atualmente, na maior parte das UBS, aos enfermeiros cabem apenas a realização de atividades educativas e a transcrição de receitas médicas (Osis et al., 2006), o que, além de se constituir em um problema do ponto de vista legal, nem sempre é resolutivo.

Nessa direção, a OMS tem investido na ampliação da competência profissional para promoção da saúde materna e do neonato, incluindo a atenção em contracepção, por meio da iniciativa global *Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting* (World Health Organization, 2012b). Essa iniciativa tem como objetivo estimular governos e gestores dos sistemas de saúde a otimizarem a força de trabalho em saúde, por meio da transferência de tarefas, ou *task shifting*. Especificamente em relação à atenção em contracepção, as diretrizes são claras quanto à competência profissional de enfermeiros para início e monitoramento de MAC hormonais orais e injetáveis, inserção e remoção de DIU e inserção e remoção de implantes. Considera-se, certamente, que este é um desafio posto ao país tanto quanto aos enfermeiros.

Fica claro que a aquisição de MAC deve ocorrer de maneira simples, sem burocracias, esperas ou demoras, a partir do momento em que a mulher/casal opta por um MAC. Ter a possibilidade de adquirir um MAC, hormonal ou de barreira, em farmácias e drogarias, elimina a maior parte dos problemas que as mulheres e

casais, em geral, enfrentam para adquirir MAC em UBS. O relativo baixo preço de MAC no país e a venda sem necessidade de prescrição médica facilitam o planejamento reprodutivo, o que não significa, contudo, que as práticas contraceptivas estejam ocorrendo de forma a alcançar a finalidade de se evitar uma gravidez. As altas proporções de gestações não desejadas e os inúmeros abortamentos induzidos, que ocorrem apesar de todas as restrições legais, indicam que há uma lacuna importante no modelo de atenção em contracepção vigente no país, inclusive entre mulheres em situação pós-abortamento. Nesse sentido, Osis et al. (2006) advertiram que a atenção em contracepção ocupa lugar secundário na atenção básica, em comparação com ações que envolvem o ciclo gravídico puerperal.

Esse modelo de atenção em contracepção molda, inclusive, o tipo de MAC usado pelas mulheres brasileiras, em geral, e em situação pós-abortamento. Enquanto a literatura internacional mostra fortes evidências que as mulheres tendem a escolher um MAC mais eficaz após um abortamento, como os métodos reversíveis de longa duração (LARC ou *long-acting reversible contraception*), como DIU, implantes e injetáveis (Moreau et al., 2010, Madden et al., 2011), as mulheres deste estudo usaram, majoritariamente, métodos reversíveis de curta duração, que são a pílula oral e o *condom*. Os injetáveis foram também citados, mas seu uso manteve-se praticamente constante e não tão alto. O *mix* contraceptivo centrado nesses três MAC foi também observado na PNDS 2006 (Brasil 2008a).

O uso de MAC reversíveis de curta duração é associado a taxas mais altas de descontinuidades contraceptivas, o que pode acarretar mais chance de ocorrência de gestações não desejadas e, claro, abortamentos induzidos. Isso porque os MAC que não requerem a ação de um profissional de saúde para interromper seu uso (justamente a pílula oral e o *condom*) são os que as descontinuidades ocorrem com maior frequência (Moreau et al., 2006; Raine et al., 2011). Interessante notar que a descontinuidade do *condom* no primeiro ano de uso é maior, em média, do que qualquer outro MAC, seguida pelos injetáveis (41,5%), tradicionais (40,4%) e pílula (39,1%) (Brandley, Schwandt, Khan,

2009). Especificamente em relação à pílula, já foi observada descontinuação de 55% ao fim dos 12 meses iniciais de uso (Peipert et al., 2011).

Portanto, um modelo de atenção em contracepção centrado na figura do profissional médico para prescrição de MAC hormonais e inserção/remoção de LARC, aliado à não priorização dessa dimensão no âmbito da atenção básica, pode ter direcionado as mulheres a obterem, em farmácias e drogarias, os MAC que não dependem necessariamente da ação de profissional da saúde – o que, por certo, definiu o mix contraceptivo das mulheres brasileiras.

Em suma, a prática contraceptiva de mulheres que vivenciaram um abortamento parece ser muito similar a de mulheres em idade reprodutiva, tanto em relação ao mix contraceptivo, quanto ao local de obtenção do MAC (Brasil 2008a). A exceção é a não observância de mulheres que relataram a adoção de MAC irreversível, como esterilização feminina ou masculina. Implantes, anéis vaginais e adesivos não foram referidos após o abortamento, até mesmo, provavelmente, porque não são disponibilizados no SUS, requerem profissional capacitado para inserção ou aconselhamento e são relativamente caros – ou seja, agrupam condições que dificultam sua acessibilidade.

Outro aspecto interessante é que a proporção de uso de MAC variou apenas até o segundo mês pós-abortamento, mantendo-se praticamente estável a partir daí. Isso sugere que, para conhecer as práticas contraceptivas de mulheres que passaram por um abortamento, pode ser suficiente conduzir pesquisas até o segundo mês pós-abortamento, a não ser que o objetivo esteja relacionado à mensuração da ocorrência de gestação ou repetição de abortamento.

A atenção em contracepção foi averiguada por meio de três eventos. O primeiro, ter prescrição de MAC na alta hospitalar, que já foi descrito por Borges et al. (2014), mostrou-se muito aquém do que é recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011). O segundo foi ter recebido orientação sobre contracepção, cujo percentual máximo de mulheres que o referiu nos seis meses pós-abortamento foi 30%. O terceiro foi ter passado por consulta médica, evento mais relatado pelas mulheres do que a orientação sobre contracepção em todos os meses de estudo. Curiosamente, a maior parte das mulheres não reportou ter tido orientação em contracepção nem ter passado por consulta médica

simultaneamente nos seis meses pós-abortamento. De acordo com as evidências sobre atenção em contracepção pós-abortamento, receber orientação em contracepção e passar por consulta médica deveriam ter sido eventos citados por todas as mulheres no Mês 1.

A proporção de mulheres que recebeu alguma orientação em contracepção foi mais baixa do que a proporção que passou por consultas médicas. Isto parece evidenciar que houve consultas médicas em que a questão da contracepção não foi abordada, mesmo tendo em vista que esta mulher havia passado pela experiência recentemente e estava dentro do período em que era recomendado que não engravidasse.

De qualquer forma, a análise descritiva mostrou que, entre as mulheres que usaram MAC nos seis meses pós-abortamento, a maior proporção foi de mulheres que reportaram simultaneamente ter recebido orientação sobre contracepção e passado por consulta médica, o que já permitiu conjecturar que poderia existir efeito positivo do acesso à atenção em contracepção sobre o uso de MAC, o que foi confirmado no modelo de GEE.

Assim, o acesso, tanto à orientação sobre contracepção quanto à consulta médica no mesmo mês, contribuiu significativamente para o uso de MAC nos seis meses pós-abortamento, mas nenhum efeito foi observado quando um evento aconteceu isoladamente do outro. Ou seja, passar por uma consulta médica não necessariamente acarretou no uso de MAC, mesmo considerando que o abortamento tenha sido um episódio recente na vida reprodutiva daquelas mulheres. Esses resultados corroboram outros estudos, que enfatizaram que apenas orientações ou a simples oferta de MAC não são suficientes para aumentar o uso de MAC pós-abortamento (Ceylan et al., 2009). Uma efetiva atenção em contracepção pós-abortamento requer, por sua vez, técnicas mais qualificadas de aconselhamento, seguidas de oferta imediata de MAC (Nobili et al., 2007; McDougall et al., 2009), especialmente MAC do tipo LARC (Madden et al., 2011), que são os únicos efetivos para prevenir abortamento induzido repetido (Cameron et al., 2012).

É preciso enfatizar que esses achados não significam que a ampliação do acesso a consultas médicas na atenção básica para obtenção de MAC seja recomendada, até mesmo porque se sabe que, atualmente, não há disponibilidade de profissionais médicos para trabalharem em toda a rede de atenção básica no país. O que se pode extrair dos achados é que as mulheres precisam ter acesso ampliado à atenção em contracepção que contemple ações mais resolutivas, ou seja, que possibilitem o início de uso de MAC imediatamente após um abortamento. Destaca-se, novamente, que isso seria possível com a ampliação da atuação de enfermeiros na atenção em contracepção.

A hipótese do estudo não foi rejeitada: a atenção em contracepção pós-abortamento não foi adequada, mas as mulheres usaram MAC em altas proporções. Ademais, a atenção em contracepção mostrou efeito estatisticamente significativo sobre o uso de MAC nos seis meses pós-abortamento.

Por sua vez, a intenção de engravidar pouco variou ao longo dos seis meses de estudo, com exceção do quinto para o sexto mês, quando aumentou a proporção de mulheres que não queria engravidar nunca mais e diminuiu a proporção de mulheres que não havia se decidido. Essa indecisão em relação à intenção de engravidar é esperada (Ahluwalia, Whitehead, Bensyl, 2007), sobretudo porque não se pode esperar que as decisões reprodutivas sejam baseadas apenas em planejamento e previsão, sendo isso verdade para algumas mulheres e casais, mas não para todos (Borges et al., 2011).

No que concerne ao uso de MAC, o grupo de mulheres que queria engravidar imediatamente referiu menor proporção de uso comparado aos demais grupos, o que faz sentido na perspectiva individual e relacional dessas mulheres, mas gera preocupações sobre seu bem-estar físico para engravidar novamente num intervalo gestacional tão curto. No entanto, a intenção de engravidar não foi individualmente associada ao uso de MAC. Como a sua interação com a variável tempo permaneceu estatisticamente significativa, conclui-se que seu efeito sobre o uso de MAC dependeu do tempo.

Em geral, os estudos que versam sobre a mensuração da intenção reprodutiva o fazem retrospectivamente, em relação à gravidez em curso ou à recém-finalizada (Barrett, Smith, Wellings, 2004), fazendo com que comparações

com outros estudos sejam inadequadas. No entanto, não foi encontrado estudo que tenha mensurado a intenção de engravidar prospectivamente e sua relação com o uso de MAC pós-abortamento. Nesse sentido, Prata, Fraser e Vohra (2013) enfatizaram que, apesar de sua estreita relação com o uso de MAC, a intenção de engravidar tem sido desconsiderada tanto nas pesquisas sobre contracepção quanto na própria atenção em contracepção pós-abortamento.

De fato, somente um estudo longitudinal, como este ora apresentado, é capaz de captar as singularidades da intenção de engravidar em cada mês e sua relação com o uso de MAC. Embora não tenha sido possível compreender exatamente de qual forma a intenção de engravidar afetou o uso de MAC, pode-se afirmar que a relação entre esses dois eventos dependeu do tempo, até mesmo porque a intenção de engravidar modifica-se no decorrer dos eventos relacionais, reprodutivos ou sociais (Ahluwalia, Whitehead, Bensyl, 2007).

Em relação às mulheres que engravidaram dentro dos seis meses pós-abortamento, o perfil sociodemográfico e reprodutivo foi diferente das demais mulheres. Elas eram, aparentemente, mais jovens e a gestação que terminou em abortamento foi classificada, em maior proporção, como planejada. Pode ser que uma parte dessas mulheres tenha vivenciado um abortamento espontâneo e, por isto, tenha sentido necessidade de engravidar o quanto antes. Isto reforça o quanto a intenção de engravidar precisa ser considerada nas ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva. Mas outra parte revelou que a gravidez ocorreu antes do que ela gostariam, evidenciando, mais uma vez, as lacunas na atenção em contracepção pós-abortamento. Formas responsáveis e adequadas de sensibilizar estas mulheres a esperar o intervalo mínimo recomendado para engravidar novamente após o abortamento necessitam ser empregadas durante as ações referentes à atenção em contracepção (Strefling et al., 2013).

A idade também contribuiu significativamente para o uso de MAC nos seis meses pós-abortamento. Pode ser que as mulheres acumulem experiências de obtenção e uso de MAC ao longo de sua vida, o que pode contribuir para que as mais velhas usem MAC em maior proporção que as mais jovens, após o abortamento. Essa dinâmica já foi identificada por Santos (2014), ao considerar o uso de anticoncepção de emergência para prevenir a gestação não planejada.

Outra possível explicação reside no fato que as mulheres mais velhas podem já ter alcançado o número de filhos desejado e, por isto, tomam providência para que uma nova gravidez não ocorra.

Este estudo mostrou lacunas do conhecimento no que concerne ao uso de MAC nos seis meses após o abortamento. A intenção de engravidar ainda precisa ser mais bem investigada para se entender de qual forma ela determina o uso de MAC. Os dados também permitirão averiguar os determinantes do uso de MAC separadamente por tipo, ou seja, no que diferem as mulheres que usaram pílula, *condom* ou injetáveis ou o quanto a atenção em contracepção foi determinante para que as mulheres escolhessem determinado tipo de MAC. Outrossim, é preciso investigar mais a fundo o que levou as mulheres a engravidarem antes dos seis meses recomendados como intervalo gestacional pós-abortamento, principalmente considerando-se que muitas dessas gestações ocorreram sem que as mulheres tivessem, de fato, desejado que ocorressem naquele momento.

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

As práticas contraceptivas de mulheres que passaram por um abortamento não diferiram das práticas contraceptivas de mulheres brasileiras em geral. Foram observadas altas proporções no uso de MAC a partir do segundo mês pós-abortamento, adquiridos, em sua maior parte, em farmácias e drogarias – e por conta própria. Os MAC usados foram, predominantemente, a pílula, o *condom* e os injetáveis. Implantes, adesivos e anéis vaginais não foram relatados, tampouco métodos irreversíveis, como esterilização feminina ou masculina.

A atenção em contracepção no período pós-abortamento não foi condizente com as recomendações vigentes no Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2011). Poucas mulheres tiveram alta hospitalar com um MAC prescrito. Durante os seis meses após a alta hospitalar, a maior parte das mulheres não recebeu orientação sobre contracepção nem passou por consulta médica, evidenciando que a atenção em contracepção foi precária.

A atenção em contracepção, nos seis meses pós-abortamento, contribuiu significativamente para o uso de MAC, mas apenas quando a orientação sobre contracepção e a consulta médica ocorreram no mesmo mês. Não foi observado qualquer efeito estatisticamente significativo desses eventos quando ocorreram isoladamente. Esses achados reforçam que a atenção em contracepção deve ser ofertada por meio de orientação sobre contracepção seguida de oferta imediata de MAC, o que, em geral, somente o profissional médico tem competência legal para fazer, ao menos no que concerne aos MAC hormonais e LARC.

A intenção de engravidar não contribuiu diretamente para o uso de MAC. Seu efeito foi significativo apenas quando considerada sua interação com o tempo.

Dezessete gestações ocorreram durante os seis meses do estudo, contrariando as recomendações técnicas de espaçamento intergestacional após um abortamento. Isso sugere que esforço substancial ainda é necessário para alinhar a intenção reprodutiva aos melhores resultados clínicos para as mulheres e seus bebês.

A ocorrência de uma morte materna no início do estudo reafirma o quanto o país encontra-se aquém das perspectivas do Cairo e de Pequim para assegurar os

direitos sexuais e reprodutivos de suas cidadãs. Certamente, as restrições legais que dificultam abortamentos induzidos seguros impedem o alcance de melhores níveis de saúde sexual e reprodutiva.

Espera-se que os resultados do presente estudo contribuam para subsidiar a atenção à mulher no que concerne à sua saúde sexual e reprodutiva, especialmente no período pós-abortamento.

Referências

REFERÊNCIAS

Adesse L. Assistência á mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de uma conduta, preconceito e abuso. In: Deslandes SF (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. p. 371-87.

Agranonik M. Equações de Estimção Generalizadas (GEE): aplicação em estudo sobre mortalidade neonatal em gemelares de Porto Alegre, RS (1995-2007). [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Ahluwalia IB, Whitehead N, Bensyl D. Pregnancy intention and contraceptive use among adult women. *Matern Child Health J.* 2007; 11:347-51.

Ames CM, Norman WV. Preventing repeat abortion in Canada: is the immediate insertion of intrauterine devices postabortion a cost-effective option associated with fewer repeat abortions? *Contraception.* 2012; 85(1):51-5.

Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC et al . Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2012; 17(7): 1765-76.

Asekun-Olarinmoye EO, Adebimpe WO, Bamidele JO, Odu OO, Asekun-Olarinmoye IO, Ojofeitimi O. Barriers to use of modern contraceptives among women in an inner city area of Osogbo metropolis, Osun State, Nigeria. *Int J Women's Health.* 2013; 5:647-55.

Ballinger GA. Using Generalized Estimating Equations for longitudinal data analysis. *Org Research Methods.* 2004; 7(2):127-150.

Barrett G, Wellings K. What is a planned pregnancy? Empirical data from a British Study. *Soc Sci Med.* 2002; 55(4):545-57.

Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health.* 2004; 58:426-433.

Benson LS, Perrucci A, Drey EA, Steinauer JE. Effect of shared contraceptive experiences on IUD use at an urban abortion clinic. *Contraception*. 2012; 85(2):198-203.

Boesen HC, Rörbye C, Nærgaard M, Nilas L. Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83(12):1189-92.

Borges ALV, Cavaliheri FM, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev Esc Enferm. USP* 2011; 45(esp2): 1679-84.

Borges ALV, Monteiro RL, Fujimori E, Hoga LA, Santos OA, Chofakian CBN. Anticoncepção pós-abortamento: atenção e práticas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(2): Prelo.

Brandley SEK, Schwandt HM, Khan S. Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation. DHS: Demographic and Health Research Division: relatório. Estados Unidos; 2009. [acessado 2013 mai. 20]. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS20/AS20.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Hellerc R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG*. 2012; 119:1070-80.

Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*. 2013; 17(45): 405-18.

Cavallieri FB. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (*London Measure of Unplanned Pregnancy*). [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Cecatti JG, Camargo RPS, Pacagnella RC, Giavarotti T, Souza JP, Papinelli MA et al. Computer-assisted telephone interviewing (CATI): using the telephone for obtaining information on reproductive health. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(9):1801-08.

Ceylan A, Ertem M, Saka G, Akdeniz N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BMC Public Health*. 2009; 9:20.

Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(1): 154-60.

Conde-Agudelo A, Belizán IM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gyn Obst*. 2005; 89: s34-s40.

Corrêa S, Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos – pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó E (org.). *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. UNICAMP; 2003. p. 17-78.

Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl 1): 959-66.

Ferreira ALCG, Souza AI, Lima RA, Braga C. Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Rep Health*. 2010; 7(5): 1-5.

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Planejamento familiar: componente-chave no atendimento pós-aborto. Londres: FIGO; 2009.

Fusco CLB, Andreoni S, Silva R. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1): 78-88.

Hegarty PJ, Zeger SL. Lorelogram: a regression approach to exploring dependence in longitudinal categorical responses. *J Am Stat Assoc*. 1998; 93: 150-62.

Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS, Grupo CONPuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(Sup 2):S269-S78.

Kestler E, Barrios B, Hernández EM, del Valle V, Silva A. Humanizing access to modern contraceptive methods in national hospitals in Guatemala, Central America. *Contraception*. 2009; 80(1):68-73.

Liang KY, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986; 73: 13-22.

Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.

Madden T, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. *Contraception*. 2011;84(6):571-7.

Mariutti MG. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.

Masinter LM, Feinglass J, Simon MA. Pregnancy intention and use of contraception among hispanic women in the United States: data from the National Survey of Family Growth, 2006-2010. *J Women's Health*. 2013; 22(10): 862-70.

McDougall J, Feters T, Clark KA, Rathavy T. Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients. *Stud Fam Plann*. 2009; 40(2): 123-32.

Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7):1431-46.

Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, Bernal E, Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(1): 47-57.

Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1992-2005). In: *Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Caxambu: ABEP; 2006.

Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Group C, Bajos N. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Persp Sexual Rep Health*. 2006; 38(4): 190-6.

Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010; 82:337-44.

Moura ERF, Silva RM, Galvão RT. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa de Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4):961-70.

Najafi-Sharjabad F, Zainiyah S, Rahman AH, Juni MH, Manaf AR. Barriers of modern contraceptive practices among Asian women: a mini literature review. *Glob J Health Sci*. 2013 ;5(5):181-92.

Nobili MP, Piergrossi L, Brusati V, Moja EA. The effect of patient-centered contraceptive counseling in women who undergo a voluntary termination of pregnancy. *Patient Education Couns*. 2007; 65: 361-68.

Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2): 365-75.

Osis MJ, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MS, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2481-90.

Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1105-13.

Pirotta KCM. Dilemas e desafios em torno do aborto provocado: o discurso dos estudantes da Universidade de São Paulo. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MPC (org.). *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: EDUSP; 2005. p. 91-120.

Population Reference Bureau. 2013 World Population Data Sheet. Washington; 2013. Disponível em: http://www.prb.org/pdf13/2013-population-data-sheet_eng.pdf.

Prata N, Fraser A, Vohra D. Pregnancy intentions and post-abortion family planning. Apresentado na International Conference on Family Planning, de 12 a 15 de novembro de 2013, em Addis Ababa, Etiópia. Disponível em: <http://www.xcdsystem.com/icfp2013/program/index.cfm?aID=1433&seID=425>

Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, Harper CC. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(2): 363-71.

Rasch V, Yambesi F, Massawe S. Medium and long-term adherence to postabortion contraception among women having experienced unsafe abortion in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008; 31(8):32.

Rosengard C, Phipps MG, Adler NE, Ellen JM. Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: a longitudinal examination. *J Adolesc Health.* 2004; 35(6): 453-61.

Santos OA. Razões e determinantes do não uso da anticoncepção de emergência quando indicada. [dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.

Sedgh G, Singh S, Shah IH, Åhman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet.* 2012; 379: 625–32.

Schunmann C, Glasier A. Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion. *Contraception*. 2006; 73: 520-24.

Stanek AM, Bednarek PH, Nichols MD, Jensen JT, Edelman AB. Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*. 2009; 79(3):216-20.

Steele C, Chiarotti S. Com tudo exposto: crueldade na atenção pós-aborto em Rosário, Argentina. *Questões Saúde Reprodutiva*. 2006; 3(3): 89-98.

Strefling ISS, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Soares MC, Gomes VLO, Vargas E. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(4): 698-704.

Teye JK. Modern contraceptive use among women in the Asuogyaman district of Ghana: is reliability more important than health concerns? *Afr J Reprod Health*. 2013;17(2):58-71.

Victora CS, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FA, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011; 6736(11): 60138-4.

Vieira EM, Souza L. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(4): 556-64.

Whiters M, Tavrows P, Abe D. Who meets their intentions to stop childbearing? Results of a longitudinal study in rural eastern Bali, Indonesia. *Health Care Women Int*. 2012, 33: 814-32.

Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertility window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *Brit Med J*. 2000; 321(7271): 1259-62.

World Health Organization. Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 1997.

World Health Organization. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva: World Health Organization; 2006.

World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization; 2012a.

World Health Organization. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: WHO; 2012b.

Zeger SL, Liang KY. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics*. 1986; 42: 121-30.

Apêndices

APÊNDICE 1

Questionário Momento 0 (número ____)

Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____

Entre as seguintes alternativas, como você classifica a sua cor de pele?

- 1 () Branca
- 2 () Parda
- 3 () Preta
- 4 () Amarela
- 5 () Indígena

Até que série estudou (se ainda estuda, qual é última série que concluiu com aprovação)?

Está trabalhando no momento?

- 0 () Não
- 1 () Sim

Tem carteira assinada no momento?

- 0 () Não
- 1 () Sim

Qual é a sua ocupação? _____

Em que Estado você nasceu? ____

A casa em que você mora é: 1 () Própria 2 () Alugada 3 () Ocupada

Quantos cômodos tem sua casa (incluindo banheiro)? ____

Quantos cômodos servem de dormitório? ____

Qual é a religião que freqüenta atualmente?

- 1 () Católica
- 2 () Evangélica
- 3 () Espírita
- 4 () Adventista
- 5 () Nenhuma
- 6 () Outra: _____

Qual é a escolaridade do seu pai (responda mesmo se falecido)?

- 1 () Analfabeto
- 2 () Ensino fundamental
- 3 () Ensino médio
- 4 () Ensino superior
- 5 () Não sei

Qual é a escolaridade da sua mãe (responda mesmo se falecida)?

- 1 () Analfabeta
- 2 () Ensino fundamental
- 3 () Ensino médio
- 4 () Ensino superior
- 5 () Não sei

Você, neste momento, está casada ou vive com algum parceiro (marido, namorado)?

- 0 () Não
- 1 () Sim

Se sim – Qual é a idade desta pessoa? __ __ anos

AGORA, AS PERGUNTAS SÃO SOBRE SUA HISTÓRIA REPRODUTIVA

Com que idade você ficou menstruada pela primeira vez? __ __ anos

Com quantos anos teve a sua 1ª relação sexual? __ __ anos

Que idade tinha quando engravidou pela primeira vez? __ __ anos

Quantas vezes você já ficou grávida, incluindo esta gravidez? __ __ vezes

Quantos filhos você teve? __ __ filhos

Quantos estão vivos? __ __ filhos vivos

Um pouco antes desta última gravidez que terminou em aborto, estava tomando algum cuidado para não engravidar?

- 0 () Não
- 1 () Sim

Se estava usando algum método, responda – Qual ou quais?

- 1 [] Tabela
- 2 [] Coito interrompido
- 3 [] Pílula

- 4 [] Pílula do dia seguinte
- 5 [] Camisinha
- 6 [] Camisinha feminina
- 7 [] DIU
- 8 [] Anticoncepcional injetável
- 9 [] Diafragma
- 10 [] Outros: _____

Você já passou por um abortamento antes deste?

0 () Não

1 () Sim

Se a resposta for sim: Quantos abortamentos já teve na vida, incluindo este? __ abortos

**AGORA, AS PERGUNTAS SÃO SOBRE ESTA SUA
ÚLTIMA GRAVIDEZ, QUE TERMINOU EM UM ABORTAMENTO**

Ler todas as alternativas!

1) No mês em que você ficou grávida

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ Você/vocês não estavam usando método contraceptivo.

1 ☐ Você/vocês estava usando método contraceptivo, mas não em todas as ocasiões.

1 ☐ Você/vocês sempre usaram método contraceptivo, mas sabiam que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionado etc) pelo menos uma vez.

0 ☐ Você/vocês sempre usaram método contraceptivo.

2) Em termos de se tornar mãe (pela primeira vez ou de novo), você sente que sua gravidez aconteceu no

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ momento certo

1 ☐ não bem no momento certo

0 ☐ momento errado

3) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

2 ☐ você tinha intenção de ficar grávida

1 ☐ suas intenções variavam

0 ☐ você não tinha intenção de ficar grávida

4) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 ☐ você queria ter um filho
1 ☐ você tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho
0 ☐ você não queria ter um filho

Na próxima questão, nós perguntamos sobre o seu parceiro – que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com que você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes.

5) Antes de você ficar grávida:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você):

- 2 ☐ Seu parceiro e você concordaram que gostariam que você ficasse grávida
1 ☐ Seu parceiro e você tinham conversado sobre ter filhos juntos, mas não tinham concordado que você ficasse grávida
0 ☐ Nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos

6) Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/ iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para uma gravidez?

(Por favor, assinale todas as alternativas que se aplicam):

- ☐ tomou ácido fólico
☐ parou ou diminuiu o fumo
☐ parou ou diminuiu bebida alcoólica
☐ comeu de forma mais saudável
☐ procurou assistência médica ou outro serviço de saúde
☐ tomou outra providência, favor descrever _____
ou
☐ não fez nada disso antes da sua gravidez

2 ou mais ações=2

1 ação=1

nenhuma ação=0

Gostaria de dizer mais alguma coisa? _____

**OBRIGADA POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO!
EM 30 DIAS, ENTRAREMOS EM CONTATO NOVAMENTE POR TELEFONE.**

APÊNDICE 2

Questionário Momento 1

Data: __/__/____

Questionário: __ __ __

**INTRODUÇÃO. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E PESQUISADORA.
OFERTA DE ESCOLHA SOBRE OUTRO MOMENTO PARA CONDUÇÃO DA PESQUISA.**

Como está passando? _____

Teve algum problema de saúde desde que saiu do Leonor Mendes de Barros?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: qual? _____

Alguém fez alguma orientação sobre como evitar uma gravidez durante a hospitalização no HMLMB (sem contar com o momento da entrevista)?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: quem? _____.

– Se sim: em que momento, durante a alta ou ainda durante a hospitalização? _____.

– Se sim: participou de algum grupo educativo sobre formas de se evitar gravidez? _____.

– Se sim: seu parceiro participou da orientação? _____.

– Se sim: ficou satisfeita com a orientação recebida? _____.

– Se sim: gostaria de comentar algo sobre isto? _____.

Foi prescrito algum método contraceptivo durante a hospitalização no HMLMB?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: qual? _____. Ainda está utilizando? 0 ()

Não 1 () Sim

Você recebeu alguma orientação sobre como evitar uma gravidez desde que recebeu alta?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: onde? _____

– Se sim: quem orientou? _____

Passou por alguma consulta médica desde que recebeu alta?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: onde? _____

Neste momento, você está casada ou vive com algum parceiro (marido, namorado)?

0 () Não

1 () Sim

Teve relações sexuais nos últimos 30 dias?

0 () Não

1 () Sim

Nestes últimos 30 dias, você tomou algum cuidado para não engravidar?

0 () Não

1 () Sim

Se usou algum método – Qual ou quais?

1 [] Tabelinha

2 [] Coito interrompido

3 [] Pílula

4 [] Pílula do dia seguinte

5 [] Camisinha

6 [] Camisinha feminina

7 [] DIU

8 [] Anticoncepcional injetável

9 [] Diafragma

10 [] Outros: _____

Se usou algum método – Quando começou a usar este método? Há _____ dias

Se usou algum método – Com qual frequência usou este método?

0 () Em todas as relações sexuais

1 () Em algumas relações sexuais

2 () Em poucas relações sexuais

Se usou algum método – Quem te indicou este método?

1 () Médico

2 () Enfermeiro

3 () Outro profissional de saúde

4 () Amigos

5 () Alguém da família

6 () Ninguém, foi por conta própria

Se usou algum método – Onde adquiriu este método?

1 () UBS

2 () Hospital

3 () Farmácia

4 () Outro local _____

Está grávida neste momento?

0 () Não

1 () Sim

Se não – Quando gostaria de engravidar novamente?

0 () Imediatamente

1 () Em breve

2 () Daqui algum tempo

3 () Nunca mais

4 () Não pensei sobre isto ainda

Qual é a data da última menstruação? _/_/_/ () ainda não menstruou desde o abortamento

Gostaria de esclarecer alguma dúvida?

0 () Não

1 () Sim *Se sim, qual foi a dúvida?* _____

**OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.
AGRADECIMENTO POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO!
LEMBRAR QUE, EM 30 DIAS, ENTRAREMOS EM CONTATO NOVAMENTE POR TELEFONE.**

Questionário Momentos 2, 3, 4, 5 e 6

Data: _/ _/ _ _ _

Questionário: _ _ _

Momento: () 2
 () 3
 () 4
 () 5
 () 6

**INTRODUÇÃO. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E PESQUISADORA.
 OFERTA DE ESCOLHA SOBRE OUTRO MOMENTO PARA CONDUÇÃO DA PESQUISA.**

Como está passando? _____

Teve algum problema de saúde nos últimos 30 dias?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: qual? _____

Você recebeu alguma orientação sobre o como evitar uma gravidez nestes últimos 30 dias (desde a última entrevista)?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: onde? _____

– Se sim: quem orientou? _____

Passou por alguma consulta médica nestes últimos 30 dias?

0 () Não

1 () Sim – Se sim: onde? _____

Teve relações sexuais nos últimos 30 dias?

0 () Não

1 () Sim

Nestes últimos 30 dias, você tomou algum cuidado para não engravidar?

0 () Não

1 () Sim

Se usou algum método – Qual ou quais?

1 [] Tabela

2 [] Coito interrompido

3 [] Pílula

4 [] Pílula do dia seguinte

5 [] Camisinha

6 [] Camisinha feminina

7 [] DIU

8 [] Anticoncepcional injetável

9 [] Diafragma

10 [] Outros: _____

Se usou algum método – Quando começou a usar este método? Há _____ dias

Se usou algum método – Com qual frequência usou este método?

- 0 () Em todas as relações sexuais
- 1 () Em algumas relações sexuais
- 2 () Em poucas relações sexuais

Se usou algum método – Quem te indicou este método?

- 1 () Médico
- 2 () Enfermeiro
- 3 () Outro profissional de saúde
- 4 () Amigos
- 5 () Alguém da família
- 6 () Ninguém, foi por conta própria

Se usou algum método – Onde adquiriu este método?

- 1 () UBS
- 2 () Hospital
- 3 () Farmácia
- 4 () Outro local _____

Está grávida neste momento?

- 0 () Não
- 1 () Sim

Se não – Quando gostaria de engravidar novamente?

- 0 () Imediatamente
- 1 () Em breve
- 2 () Daqui algum tempo
- 3 () Nunca mais
- 4 () Não pensei sobre isto ainda

Se sim – Esta gravidez veio:

- 0 () Antes do que você queria
- 1 () No momento certo

Qual é a data da última menstruação? _/_/_/_

Gostaria de esclarecer alguma dúvida?

- 0 () Não
- 1 () Sim: Qual foi a dúvida? _____

**OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.
AGRADECIMENTO POR RESPONDER ESTE QUESTIONÁRIO!
LEMBRAR QUE, EM 30 DIAS, ENTRAREMOS EM CONTATO NOVAMENTE POR TELEFONE.**

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 08 de abril de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges

Ref.: Processo nº 1007/2011/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Práticas contraceptivas de mulheres que passaram por um abortamento**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

APÊNDICE 4

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
Av. Celso Garcia 2477 – Belenzinho – C.E.P.: 03015-000 – São Paulo
C.G.C. 46.374.500/0117-14 – Inscrição Estadual: isento
Telef. (PABX): 2292-4188 – ramal 278 – Fax: 2693-4736
E-mail: cep.leonor@gmail.com
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 05 de abril de 2011.

Ref. Protocolo CEP 006//11

Para

Ana Luiza Vilela Borges

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa do HMLMB, vem pela presente informar que a pesquisa: **“Práticas contraceptivas de mulheres que passaram por um abortamento”**, foi aprovada em reunião do dia 29/03/2011, atendendo a Resolução 196/96.

Salientamos que a responsabilidade ética junto ao Órgão de Classe é atribuída ao pesquisador. O Consentimento Livre e Esclarecido, após assinado pelo sujeito pesquisado deverá permanecer arquivado por um período de 5 anos e uma cópia deve ficar obrigatoriamente com o voluntário da pesquisa.

Este Comitê sente-se no direito de interromper o estudo científico, caso os princípios éticos não venham a ser cumpridos. O pesquisador deverá apresentar relatórios das atividades parciais e o trabalho concluído ao Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, inciso IX.2, letra “C”).

Atenciosamente,

Cecília Maria Roteli - Martins
Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros