

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE ANTICONCEPÇÃO ENTRE
RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE EM CASCAVEL-PR**

**ANALYSIS OF KNOWLEDGE ABOUT CONTRACEPTION AMONG RESIDENTS
IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS AND FAMILY AND COMMUNITY
MEDICINE IN CASCAVEL-PR**

**ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN ENTRE
RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA EN CASCAVEL-PR**

INTRODUÇÃO

A anticoncepção desempenha um papel crucial na saúde reprodutiva, pois ela possibilita que o desejo de constituir prole seja programado para ocorrer de forma consciente, evitando uma gravidez indesejada, impactando diretamente na saúde pública. Existem diversos métodos contraceptivos disponíveis, caracterizados como reversíveis e definitivos¹.

O médico com competência para manejar anticoncepção deve fornecer à população conhecimento sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, a forma de uso, a eficácia, os riscos, os benefícios, as complicações, as contraindicações e a elegibilidade. Para tanto, é necessário que se tenha conhecimento de conceitos importantes para eleger pelo método mais adequado perante variadas condições de saúde².

Assim, o médico, junto da paciente, deve analisar pontos relevantes até que se chegue a um método contraceptivo ideal. Para isso, é importante abordar sobre a eficácia do método, bem como sua segurança. O Índice de Pearl (IP) é uma ferramenta que avalia a eficácia dos métodos, apresentando sua taxa de falha a cada cem pacientes em um período de um ano, sendo relevante que o médico o conheça. Ainda, compreender a segurança dos métodos faz com que o risco à paciente seja minimizado, pois permite que o médico compreenda os efeitos adversos e complicações que podem ser desencadeadas².

No Brasil, durante a pós-graduação dos Programas de Residência Médica (PR) em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e em Medicina de Família e Comunidade (MFC), os profissionais são capacitados para tratar sobre a contracepção. Para regulamentar a formação destes profissionais existe a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)^{3,4}.

Com isso, para garantir uma formação adequada, essas instituições desenvolveram matrizes curriculares específicas, com metas de conhecimento relacionadas ao ano da pós-graduação, visto que a residência de GO tem duração de 3 anos e a de MFC de 2 anos. Na matriz da Febrasgo, há um eixo específico que trata de cuidados na contracepção e planejamento reprodutivo. Ele aponta que os residentes de GO já do primeiro ano do curso (R1) devem possuir amplo conhecimento sobre os contraceptivos disponíveis e saber manejá-los³. Semelhante a isso, a matriz da SBFMC, ao abordar sobre atenção ao ciclo gravídico-puerperal, também traz que o residente de MFC no primeiro ano da formação (R1) já deve possuir competência de realizar planejamento reprodutivo e anticoncepção de emergência⁴.

Portanto, é essencial que os médicos que lidam com anticoncepção dominem o tema, de modo a apresentar as opções de métodos disponíveis, juntamente com todas as informações relevantes que os permeiam, possibilitando que a paciente faça uma escolha informada do seu método. Desse modo, o presente estudo buscou analisar o conhecimento sobre anticoncepção de residentes de GO e de MFC nos PR disponíveis em uma cidade do oeste do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa observacional. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário físico aplicado aos residentes dos PRs MFC e GO de Cascavel-Paraná.

O tamanho do universo previsto foi de 39 profissionais. Foi realizado cálculo de adequabilidade da amostra pelo programa STATS descrito e disponibilizado no livro “Metodologia de Pesquisa”⁵, delimitando 36 residentes para representar o total, levando em consideração um intervalo de confiança de 95% e um erro amostral de 5%.

Todos os residentes foram convidados a participarem da pesquisa e a preencherem o questionário durante o horário de aula da pós-graduação. Entretanto, alguns médicos estavam de férias ou faltaram às aulas do programa nos momentos da coleta de dados, impossibilitando a participação de todo universo. Assim, foram obtidas 36 respostas, cumprindo com o indicado pelo cálculo de adequabilidade amostral.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a agosto de 2024 e a aplicação do questionário foi realizada presencialmente aos profissionais. O critério de inclusão foram médicos residentes presentes nas aulas do PR de MFC ou de GO. O critério de exclusão foram profissionais que se negaram a responder a pesquisa.

Após convite e aceite de participação por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes da pesquisa realizaram o autopreenchimento do questionário. Este foi desenvolvido e publicado por Nascimento e Costa². É formado por 63 perguntas a respeito do conhecimento, atitude e práticas dos médicos em relação à anticoncepção, sendo respondido em torno de 20 minutos. Parte do questionário continha 13 casos clínicos com diferentes temáticas dentro do universo da contracepção. Esses casos possuíam alternativas de múltipla escolha, sendo mais de 1 alternativa correta. Assim, foi considerado como acerto da questão os casos dos participantes que marcaram todas as alternativas corretas relacionadas ao caso.

Após a coleta de dados, estes foram tabulados e analisados estatisticamente por meio do programa Bioestat versão 5.0, utilizando o teste qui-quadrado para as correlações entre os grupos. Este teste é particularmente adequado quando o objetivo é verificar se existe uma associação entre variáveis categóricas, como, por exemplo, a comparação de proporções ou frequências observadas em diferentes grupos⁶. Os gráficos das questões formuladas pela Escala de Likert foram produzidos através do software estatístico RStudio versão 2022.12.0+353.

A presente pesquisa seguiu os termos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovada sob o CAAE nº 79138324.7.0000.5219.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a coleta de dados, foi obtida a participação de 36 residentes. Desses, 19 fazem parte do PR de MFC, 9 do PR de GO de uma instituição pública (Instituição A) e 8 do PR de GO de uma instituição privada (Instituição B). Para melhor análise e discussão dos dados, foram separados em Dados Pessoais, Conhecimento Teórico-Prático, Resolução de Casos Clínicos e Avaliação de Satisfação.

1. DADOS PESSOAIS

Em relação aos dados acadêmicos dos participantes, 10 residentes de MFC estavam no primeiro ano do programa (R1) e 9 estavam no segundo (R2). Em GO (Instituição A), 4 eram R1, 3 R2 e 2 R3. Já em GO (Instituição B), 3 R1, 3 R2 e 2 R3. Ou seja, a maioria eram R1. Assim, 52,8% das respostas do questionário foram de participantes da pós-graduação de MFC e 47,2% de GO, sendo 25% da Instituição A e 22,2% da Instituição B.

Sobre o perfil sociodemográfico, a média de idades total dos participantes foi 27,3 anos e a mediana 27. Assim, a maior média de idade foi de MFC com 28 anos, seguido por GO (Instituição A) com 27,1 anos e GO (Instituição B) com 26,8 anos. Em relação ao sexo, 100% das residentes de GO e 73,7% de MFC eram do sexo feminino. A maior prevalência de mulheres se explica pelo esforço de milhares de profissionais que lutam, diariamente, para conquistar posições antes mais restritas ao sexo masculino. De acordo com os dados do estudo Demografia Médica no Brasil, de 2023, as mulheres serão maioria entre os médicos do país, chegando a 50,2% da categoria, já no ano de 2024. A pesquisa ainda revela que para os próximos doze anos haverá crescimento de 118% de mulheres médicas, enquanto, entre os homens, o aumento será de 62%⁷. Além disso, estudos demonstram que a GO e a MFC são especializações médicas predominantemente femininas⁸, indo de acordo com o que foi encontrado nesta pesquisa.

No caso de orientação sexual e estado civil, observou-se que a maioria dos residentes se declarava heterossexual (88,9%) e solteiro (77,8%). Na Instituição B em GO foi observada maior porcentagem de participantes casadas (37,5%) em relação aos outros participantes.

Ainda, a religião mais prevalente em todos os PRs foi a católica (55,6%). Outras religiões seguidas pelos residentes foram espírita (8,3%), evangélica (11,1%), religião afro (2,8%), nenhuma (13,9%) ou outros (8,3%). Isso vai de acordo com dados de pesquisa realizada pelo Datafolha em 2022, onde os católicos predominam, representando cerca de 49% da população brasileira. Entretanto, a segunda opção mais prevalente foi “sem religião”, diferente do Datafolha, que foi a evangélica. Essa realidade pode ser confirmada por estudos que afirmam que a população “sem religião” é crescente no Brasil, em especial entre pessoas mais jovens⁹.

Por fim, sobre a renda, a maioria dos residentes de MFC possuíam renda de 5 a 10 salários mínimos, enquanto a maioria dos residentes de GO possuíam renda de até 5 salários mínimos, sendo a Instituição A com maior porcentagem desse caso. Essa questão é resultado do incentivo financeiro direcionado aos municípios que possuem equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária em Saúde (APS), tendo como resultado o recebimento de um custeio adicional advindo do Ministério da Saúde e acrescentado, em parte, à bolsa dos residentes de MFC¹⁰.

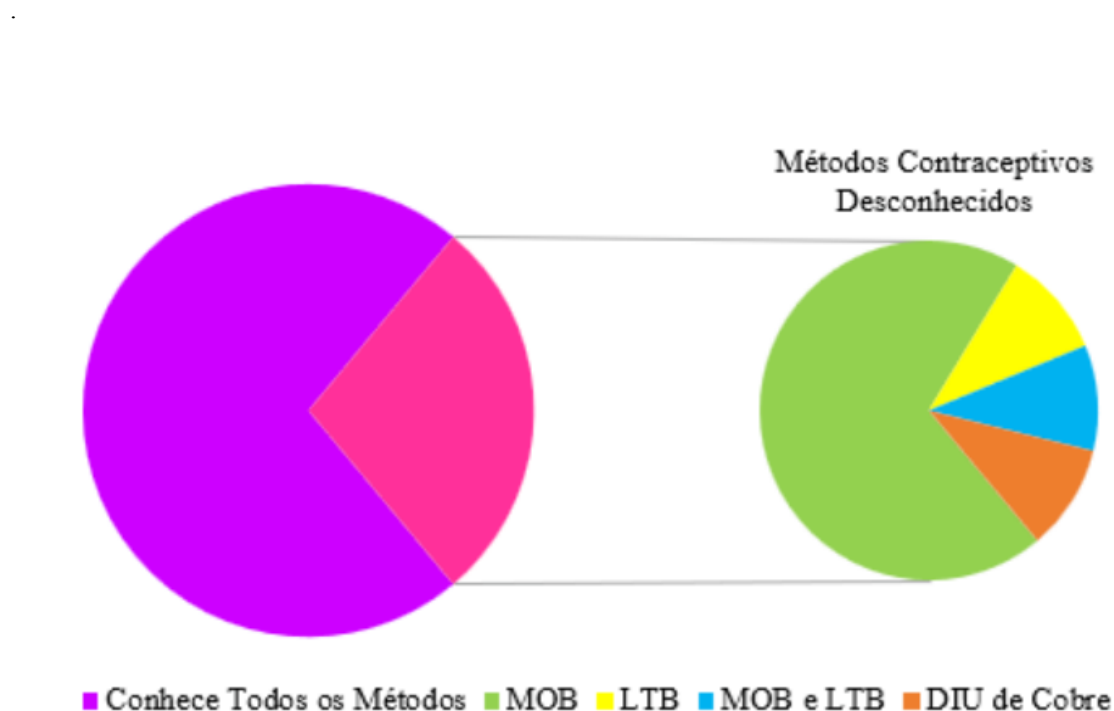
2. CONHECIMENTO TEÓRICO-PRÁTICO

Para avaliação do conhecimento teórico-prático de anticoncepção dos residentes, o questionário possuía questões sobre o conhecimento deles de alguns conceitos, como IP,

Crêterios de Elegibilidade (CE) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Indicações da Laqueadura Tub ria Bilateral (LTB), além de perguntas sobre o conhecimento deles na inserção de Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARCs).

No geral, 72,2% dos residentes conheciam todos os métodos contraceptivos disponíveis (Gráfico 1). Dos métodos que haviam desconhecimento, o principal foi o Método de Ovulação Billings (MOB) (80%), seguido pela LTB (2 residentes) e pelo DIU de Cobre (1 residente). A maior porcentagem de residentes que desconheciam ao menos 1 método foi observada no PR de MFC, em que 42,1% preencheram isso. O conhecimento de todos os métodos contraceptivos é essencial para que o profissional os apresente como opções   paciente. O planejamento reprodutivo deve ser uma decisão compartilhada, em que o médico compreende as preferências da paciente e contribui com informações cientificamente embasadas sobre os métodos disponíveis. Dessa forma, ambos podem alinhar as preferências pessoais com as opções mais adequadas¹¹. Portanto, a ausência de conhecimento por parte dos médicos pode limitar a escolha das pacientes a opções modernas e eficazes, como visto na pesquisa com o desconhecimento de um LARC, o DIU de Cobre. Assim, a formação, especialmente na área de MFC que abrange ainda mais o atendimento na APS, deve garantir que os residentes estejam capacitados a orientar corretamente sobre o amplo leque de métodos contraceptivos disponíveis.

Gráfico 1: Conhecimento de Métodos Contraceptivos entre os residentes



Fonte: Os próprios autores.

Entretanto, apesar da maioria conhecer todos os métodos, ao serem questionados sobre a capacidade de orientarem sobre estes à paciente, apenas 15,7% MFC, 44,44% GO (Instituição A) e 12,5% GO (Instituição B) afirmaram saber orientar todos os métodos disponíveis. Um dos métodos mais citados por haver dúvidas quanto à orientação, assim como foi o método com maior desconhecimento, foi o MOB. Esse fato vai de acordo com estudos que demonstraram que a falta de conhecimento formado por uma cultura que ignora métodos naturais e incentiva a medicalização, constitui um verdadeiro obstáculo para a divulgação e o uso do MOB. Ainda, poucos médicos oferecem a seus pacientes planejamento reprodutivo natural e a maioria subestima a eficácia de tais métodos, ignorando os direitos à informação e à escolha, preconizados pelo princípio bioético do respeito à autonomia do paciente¹².

Com relação aos CE da OMS, sabe-se que estes são essenciais para a recomendação de métodos contraceptivos, visto que são definidos pelo conjunto de características apresentadas pela candidata ao uso de um determinado método e indicam se aquela pessoa pode ou não utilizá-lo¹³. Apesar disso, foi observado que 11,1% dos residentes não conheciam esses critérios, sendo 3 do PR de MFC do segundo ano de pós-graduação e 1 do PR de GO (Instituição B) do primeiro ano de pós-graduação. Essa situação é particularmente preocupante no caso dos residentes de MFC que já estão no último ano de residência e desconhecem a importância dos CE para a correta indicação dos métodos anticoncepcionais. Tal realidade contraria as diretrizes da Matriz do PR de MFC, que prevê, ao final do primeiro ano da pós-graduação, a competência de manejar o planejamento reprodutivo e, para isso, é fundamental compreender tais critérios⁴.

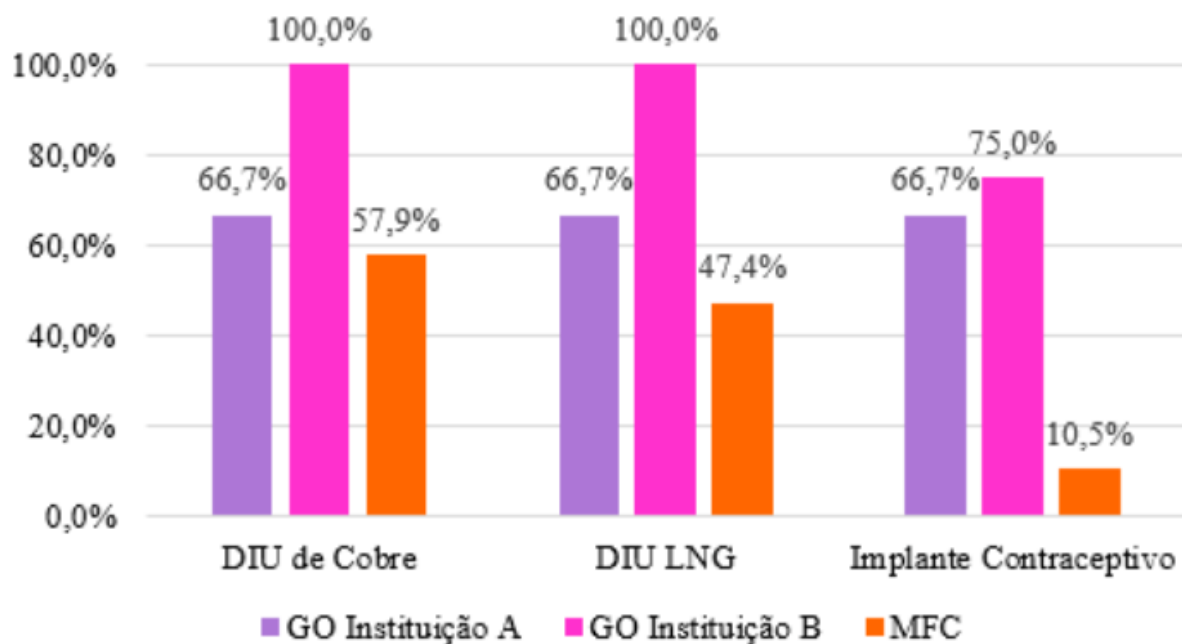
Já sobre o IP, 5,6% não conheciam esse índice, sendo todos residentes de MFC. Apesar da maioria ter conhecimento sobre, ao ser questionado sobre o método com maior IP, todos erraram, sendo marcado na questão, na maioria, o Coito Interrompido. Sobre o método com menor IP, 58,3% acertaram, sendo a grande maioria dos acertos realizados por residentes de GO. Os que erraram o método com menor IP, marcaram, em geral, Tabela como resposta e 1 caso de resposta de LTB marcada por residente de MFC. Nesse caso, houve diferença significativa entre os grupos ($p < 0,01$), indicando lacunas no conhecimento sobre a eficácia dos métodos contraceptivos.

Essa situação se torna uma problemática, tendo em vista que atualmente existem os LARCs que proporcionam à mulher o que ela presumidamente busca em uma contracepção permanente, ou seja, um método contraceptivo que seja altamente eficaz e que não exija dosagem frequente¹⁴. Portanto, o fato de alguns residentes desconhecerem que os LARCs

possuem IP semelhante ou menor que a LTB pode afetar diretamente a escolha da mulher, influenciando a decisão por uma cirurgia de esterilização definitiva quando, na verdade, métodos reversíveis poderiam ser oferecidos como alternativas mais seguras e menos invasivas¹⁵.

Sobre a habilidade na inserção de LARCs, foi questionado se eles sabiam inserir os respectivos dispositivos: DIU de Cobre, DIU de Levonorgestrel (DIU LNG) e Implante Contraceptivo. Os dados podem ser melhor visualizados no Gráfico 2:

Gráfico 2: Porcentagem de residentes de cada PR que sabem inserir determinado LARC.



Fonte: Os próprios autores (2024).

Entre as residentes de GO da Instituição A, 3 delas não sabiam inserir nenhum dos 3 métodos e todas eram R1. Entre as residentes de GO da Instituição B, todas sabiam inserir ambos os modelos de DIU, mas 2 não sabiam inserir o Implante Contraceptivo sendo ambas R1. Já os residentes de MFC, apenas 11 sabiam inserir DIU de Cobre (57,9%), 9 sabiam inserir DIU LNG (47,4%) e 2 sabiam inserir o Implante Contraceptivo (10,5%), tal que os que não sabiam eram tanto R1 como R2. Conforme análise, o valor de p foi $< 0,05$ na inserção de DIU LNG e de Implante Contraceptivo, sendo perceptível que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nesses aspectos.

Essa diferença pode ser explicada pelas diretrizes das matrizes dos programas de residência. No PR em GO, a competência de inserir DIUs e Implante Contraceptivo está prevista desde o R1³. Já no PR de MFC, não há a inserção de Implantes como competência obrigatória, apenas a inserção e retirada de DIUs ao final do R1⁴. Essa realidade contribui

com os dados encontrados por artigos, que afirmam que a maioria dos esforços da APS se concentram no treinamento da inserção de DIU. Entretanto, organizações americanas como a Academia Americana de Médicos da Família já incentivam que esses especialistas tenham domínio de todos os LARCs, já que esses métodos são em geral primeira linha e que a MFC é a segunda especialização mais propensa a fornecer contracepção, após a GO¹⁶.

Além disso, a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) conta com a disponibilidade gratuita apenas do DIU de cobre, que é onde os residentes geralmente atuam, contribuindo para a menor porcentagem de médicos que sabem inserir o DIU LNG e o Implante Contraceptivo¹⁷. Entretanto, o maior desconhecimento entre residentes de MFC do que de GO pode advir do fato de que os preceptores dessa especialização não focam no ensino da inserção de Implantes e de DIU LNG, provavelmente devido à ausência desses dispositivos na prática cotidiana do serviço. Apesar disso, é relevante que os estudantes sejam capazes de realizar procedimentos com todos os LARCs disponíveis no mercado, garantindo que o profissional médico esteja preparado para atender em diferentes cenários, sejam eles público ou privado. Assim, tendo em vista que o treinamento durante a residência é o fator mais associado ao aumento do fornecimento dos LARCs, melhorar essa habilidade é essencial para o devido acesso das pacientes¹⁶.

Em relação a contracepção cirúrgica, foram realizadas questões sobre o conhecimento das indicações e contraindicações da LTB e das possíveis complicações deste procedimento, em que 100% dos residentes de GO assinalaram saber sobre o assunto. Entretanto, apenas 57,9% e 73,7% dos residentes de MFC sabiam sobre as indicações/contraindicações e complicações da LTB respectivamente. Assim, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no caso de indicações/contraindicações ($p=0,01$).

Essa disparidade é preocupante, considerando o fato de que a orientação e indicação de todos os métodos contraceptivos é uma ação básica em saúde da APS¹⁸, que é cada vez mais dominada pela estratégia de saúde da família e comunidade¹⁹. Ainda, considerando o histórico da LTB como uma das formas mais usadas de contracepção no Brasil e a mais prevalente até 2006¹⁵, é claro que a falta de conhecimento das diretrizes sobre a LTB entre os residentes de MFC comprometem o aconselhamento correto e a qualidade do atendimento às pacientes que buscam métodos definitivos de contracepção. Dada a importância histórica e social desse procedimento no Brasil, é essencial que os profissionais de saúde da APS estejam bem informados para oferecer uma orientação adequada.

3. RESOLUÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Para avaliação do conhecimento da prática clínica de anticoncepção dos residentes, o questionário possuía questões com casos clínicos relacionados à diversas situações da saúde da mulher. Esses cenários incluíam: Adolescentes, Puérperas, Climatéricas, Vítimas de Violência Sexual, Tabagistas, Endometriose, Câncer (CA) de Mama, Enxaqueca sem Aura, Câncer de Ovário, Hepatopatia, Obesidade, Histórico Familiar (HF) de Doença Tromboembólica e Contracepção Cirúrgica (LTB).

Tabela 1: Resultado da Resolução dos Casos Clínicos sobre Anticoncepção.

QUESTÃO	GO (A)		GO (B)		MFC		TOTAL		P**
	A (%)*	E (%)*	A (%)	E (%)	A (%)	E (%)	A (%)	E (%)	
Adolescente	4 (44,4)	5 (55,6)	0 (0)	8 (100)	3 (15,8)	16 (84,2)	7 (19,4)	29 (80,6)	0,058
CA de Mama	7 (77,8)	2 (22,2)	8 (100)	0 (0)	18 (94,7)	1 (5,3)	33 (91,7)	3 (8,3)	0,198
Puérpera	2 (22,2)	7 (77,8)	3 (37,5)	5 (62,5)	2 (10,5)	17 (89,5)	7 (19,4)	29 (80,6)	0,262
Tabagismo	0 (0)	9 (100)	4 (50)	4 (50)	2 (10,5)	17 (89,5)	6 (16,7)	30 (83,3)	0,012
Enxaqueca	6 (66,7)	3 (33,3)	5 (62,5)	3 (37,5)	10 (52,6)	9 (47,4)	21 (58,3)	15 (41,7)	0,752
Endometriose	2 (22,2)	7 (77,8)	0 (0)	8 (100)	0 (0)	19 (100)	2 (5,6)	34 (94,4)	0,04
Climatérica	2 (22,2)	7 (77,8)	0 (0)	8 (100)	4 (21)	15 (79)	6 (16,7)	30 (83,3)	0,356
Hepatopatia	3 (33,3)	6 (66,7)	4 (50)	4 (50)	7 (36,8)	12 (63,2)	14 (38,9)	22 (61,1)	0,753
CA de Ovário	1 (11,1)	8 (88,9)	1 (12,5)	7 (87,5)	1 (5,3)	18 (94,7)	3 (8,3)	33 (91,7)	0,776
HF Doença Tromboembólica	0 (0)	9 (100)	0 (0)	8 (100)	0 (0)	19 (100)	0 (0)	36 (100)	-
Violência Sexual	0 (0)	9 (100)	0 (0)	8 (100)	0 (0)	19 (100)	0 (0)	36 (100)	-
LTB	9 (100)	0 (0)	6 (75)	2 (25)	14 (73,7)	5 (26,3)	29 (80,6)	7 (19,4)	0,234
Obesidade	0 (0)	9 (100)	1 (12,5)	7 (87,5)	0 (0)	19 (100)	1 (2,8)	35 (97,2)	0,165

*Acertos (A) e Erros (E).

**Valor de P calculado conforme Teste Qui-Quadrado. Em negrito os valores de $p < 0,05$.

Fonte: Os próprios autores.

Percebe-se que em apenas 3 questões a maioria dos residentes acertou a alternativa referente ao caso, sendo nas seguintes situações: CA de mama, Enxaqueca sem Aura e LTB. Na questão sobre CA de Mama, todas as alternativas envolviam métodos contraceptivos hormonais, exceto a resposta correta, que era o DIU de Cobre, resultando em mais de 90% de acerto pelos entrevistados. Isso destaca que, conforme a literatura, é importante evitar métodos hormonais nesses casos e reconhecer que o DIU de Cobre é uma opção mais adequada²⁰. Esse conhecimento evidencia uma sólida compreensão de um tema crucial e frequentemente presente na prática clínica, visto que o CA de mama é um dos cânceres mais prevalentes na população feminina²¹.

Em relação à questão sobre uma paciente com Enxaqueca sem aura, a correta indicava que não há contraindicações de métodos contraceptivos nesse caso. Verifica-se que houve expressiva taxa de acertos (58,3%) e é importante destacar que muitos médicos que marcaram alternativas incorretas contraindicariam o uso de métodos combinados à essa paciente. Portanto, esse dado vai de acordo com pesquisa realizada por Fitzek e colaboradores²², que verificaram que a presença de enxaqueca influencia os profissionais na prescrição do medicamento. Apesar disso, é fato que a maior preocupação clínica deve ser direcionada para pacientes com enxaqueca com aura devido ao potencial risco de acidente vascular encefálico²³.

Na questão sobre a indicação da LTB, houve grande quantidade de acertos (80,6%). O caso clínico apresentava uma paciente que desejava contracepção cirúrgica após sua quinta gestação, com histórico de duas cesáreas anteriores e hipertensão arterial. A resposta correta considerava a assinatura da junta médica, considerando paridade, número de cicatrizes uterinas e comorbidades. Portanto, tal questão evidencia a importância do conhecimento dessas duas classes médicas em manejar adequadamente uma situação em que muitas mulheres têm dúvidas sobre seus direitos e opções reprodutivas.

Em apenas 2 situações houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Foi verificado esse resultado nos casos de Endometriose e de Tabagismo. Na questão de Endometriose ($p=0,01$), apenas 2 residentes acertaram as alternativas corretas em relação ao método contraceptivo mais adequado para controle do quadro algico e anticoncepção, sendo ambos de GO da Instituição A. Realmente, esperava-se que os acertos fossem mais expressivos por parte dos GOs, por se tratar de temas bastante presentes na vida acadêmica do residente e até mesmo do especialista dessa área², entretanto, o índice de acerto foi baixo no geral. Logo, pela Endometriose ser uma doença bastante presente na rotina da GO, verifica-se que as residentes desse PR possuem certo conhecimento sobre o tema, já que mesmo as que erraram, ou seja, não marcaram todas as opções corretas, marcaram opções válidas como respostas, demonstrando a presença de lacunas a serem preenchidas no aprendizado.

Na questão de Tabagismo ($p=0,04$), apenas 6 residentes acertaram, sendo 4 de MFC e 2 de GO da Instituição B. Essa se referia sobre uma mulher com mais de 35 anos e que fumava mais de 15 cigarros por dia, se enquadrando no critério 4 de elegibilidade de métodos contraceptivos combinados, ou seja, há riscos inaceitáveis no uso, sendo contraindicada a utilização²⁴. Portanto, os residentes deveriam ser capazes de compreender os CE da OMS para responderem de forma adequada a questão. Entretanto, conforme observado nesta

pesquisa, 11,1% dos participantes não conheciam esses critérios. Apesar disso, houve ainda maior porcentagem de residentes que não responderam a questão de forma correta, demonstrando que o conhecimento dos critérios não é suficiente, sendo necessário o entendimento de como utilizá-los na prática.

Além disso, a grande maioria respondeu critério 3 para os métodos combinados, demonstrando que sabiam que os riscos superam os benefícios do uso para a mulher da questão. Entretanto, métodos do critério 3 ainda podem ser utilizados em determinadas situações, diferente do critério 4²⁴. Assim, por se tratar de um tema mais abrangente na APS, em que tanto os médicos especialistas em MFC como GO atuam ativamente, esperava-se mais acertos por parte desses.

Em relação a outras perguntas, algumas merecem destaque devido à unanimidade nos erros, com 100% dos residentes respondendo incorretamente. Entre elas estão as questões sobre HF de Doença Tromboembólica e sobre Violência Sexual. A primeira apresentava uma paciente com histórico familiar de tromboembolismo, sendo solicitado os métodos em que as vantagens superam os riscos (Critério de Elegibilidade 2), ou seja, métodos combinados. No entanto, no geral, os participantes marcaram alternativas de métodos isolados (como DIU LNG, Implante Hormonal e Injetável Trimestral) e métodos não hormonais (como DIU de Cobre). Notou-se uma possível lacuna de conhecimento nesse tópico, em que o histórico familiar não contraindica o uso de contraceptivos combinados e sim o histórico pessoal²⁴. Além disso, pode-se sugerir que houve certa dificuldade na interpretação da pergunta, visto que parte dos participantes não conheciam esses critérios como discutido anteriormente.

Ainda, destaca-se a pergunta sobre Violência Sexual, na qual a paciente procurava ajuda quatro dias após o ocorrido, questionando quais métodos contraceptivos de emergência poderiam ser utilizados. Os residentes deveriam ter considerado o tempo transcorrido e indicado os métodos que ainda seriam eficazes, como o DIU de cobre, o DIU de LNG e o Acetato de Ulipristal. No entanto, o erro unânime revela uma falha no manejo da contracepção de emergência. Conforme estudos, até 5% das agressões sexuais resultam em gestação, que poderiam ser prevenidas com cuidados profiláticos adequados, muitas vezes com acesso limitado devido à baixa disponibilidade de equipes de saúde qualificadas²⁵.

A maioria dos médicos que erraram a questão, marcaram a pílula de levonorgestrel como opção. Entretanto, de acordo com a bula do medicamento, este só pode ser utilizado como contracepção de emergência dentro de 72 horas (3 dias) após a relação sexual para seu melhor efeito preventivo²⁶.

Vale ressaltar que, apesar do manejo adequado dessa situação ser uma competência prevista nas matrizes curriculares de MFC e de GO já no primeiro ano de residência^{3,4}, não são apenas essas especialistas que estão habilitadas a prescrever a contracepção de emergência. Outras especialidades médicas (como clínicos gerais e médicos de urgência) e outros profissionais da saúde (como enfermeiros) também devem estar treinados para isso, a fim de ampliar o acesso à prevenção de gravidez não planejada e assegurar os direitos reprodutivos da vítima²⁷. Entretanto, pesquisas mostram que a minoria dos profissionais da saúde, mesmo pós-graduados, tiveram ensino prévio sobre os cuidados com vítimas de violência sexual²⁸.

Por fim, ao realizar uma análise individualizada, observou-se que os residentes de GO da Instituição A conseguiram a maior média de acertos entre os grupos, com um resultado de 4,56 questões acertadas de 13 ao todo. A média de acertos de GO da Instituição B foi de 4 questões e a de MFC foi de 3,21 questões. Apenas no grupo de GO da Instituição B foi possível notar uma evolução linear do conhecimento conforme os anos da pós-graduação, de forma que o R1 teve a menor pontuação (2,67), seguido do R2 (4,33) e o R3 a maior (5,5). Já no grupo de GO da Instituição A, houve uma evolução, mas não foi linear, visto que o R2 teve a maior quantidade de acertos (5), seguido pelo R3 (4,5) e depois pelo R1 (3). Com os residentes de MFC não houve evolução de acertos entre os anos da graduação, tal que tanto o R1 como o R2 possuíram média de 3,2 acertos.

Assim, verifica-se que a matriz de competência da residência tanto de MFC quanto de GO é organizada para proporcionar um aprendizado progressivo dos estudantes. Ao analisar os tópicos sobre contracepção encontrados nessas matrizes, é visto que na pós-graduação de GO os residentes possuem como competência no R1, R2 e R3: conhecer os métodos contraceptivos no geral, realizar orientações sobre estes (mesmo em situações especiais) e tratar possíveis complicações³. Dessa forma, fica claro que os estudantes da instituição B de fato estão tendo uma evolução com o passar dos anos e isso pode ser percebido com o aumento gradativo no número de acertos. Por outro lado, na instituição A a evolução não foi linear, havendo possibilidade de ser devido ao conhecimento sobre contracepção ser empregado em sua totalidade desde o R1 e consolidados de forma heterogênea entre as estudantes.

Com relação à matriz de MFC, consta no primeiro ano de pós-graduação a competência de "Atenção à Saúde", que inclui que os R1 já devem ter conhecimento sobre o ciclo menstrual, o planejamento reprodutivo e a contracepção de emergência⁴, demonstrando que os MFCs devem estar capacitados a manejar a contracepção. Entretanto, ao analisar as

competências no R2, não há menção ao tema. Assim, o fato desses estudantes terem mantido a média de acertos com o passar dos anos, pode representar um ensinamento inicial adequado, porém sem progressão significativa ou melhorias posteriores no aprendizado sobre contracepção, o que resulta em estabilidade no desempenho dos estudantes.

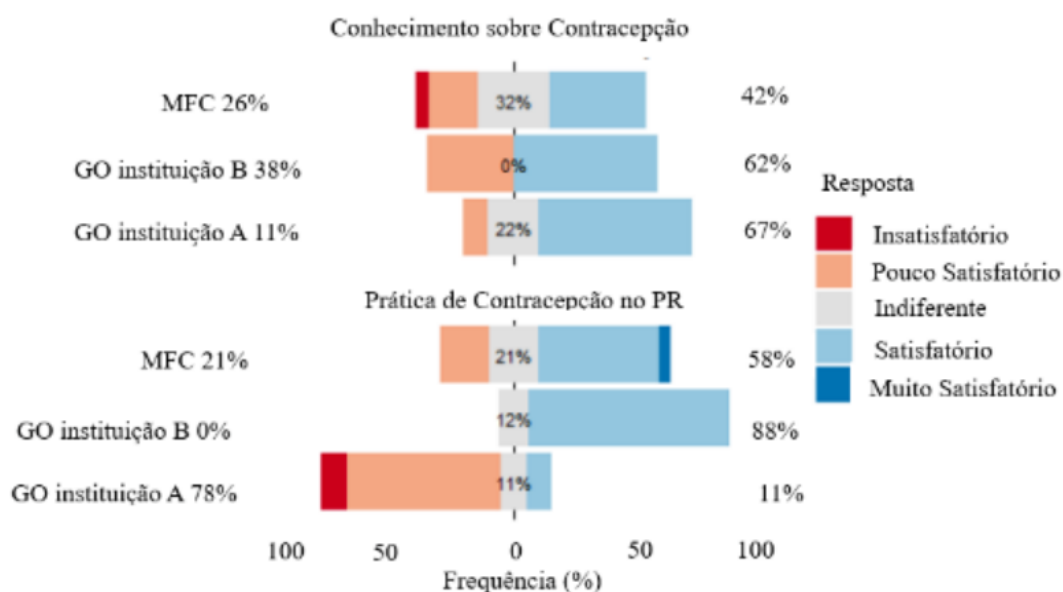
Ainda, a menor média de acertos por parte dos residentes de MFC pode ter acontecido porque, além das pressões típicas da profissão médica, essa área enfrenta alguns desafios adicionais, como a construção de relacionamentos a longo prazo com o paciente, o trabalho em maior nível de incerteza e a busca pelo convívio com os problemas sociais²⁹. Esses pontos podem estar associados a episódios de esgotamento que, consequentemente, contribuem para menor desempenho acadêmico³⁰. Além disso, a contracepção é mais associada ao especialista da GO¹⁶ e, portanto, provavelmente os médicos dessa área têm maior contato com o assunto. Mas, como o segundo especialista mais propenso a contribuir no planejamento reprodutivo é o MFC¹⁶, ainda mais com a ampla expansão da estratégia de saúde da família¹⁹, é necessário domínio dessa temática.

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”³¹. Assim, esse conceito ampliado de saúde funda o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no princípio da equidade³². Portanto, as lacunas de conhecimento observadas nesta pesquisa podem influenciar de forma depreciativa nos pilares desse sistema, e a falta de conhecimento médico em certas áreas que permeiam a saúde da mulher prejudica o direito das pacientes em receber um atendimento completo, embasado e baseado no princípio em questão.

4. AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

Os participantes também preencheram questões avaliadas através de Escala de Likert de 5 pontos, de Muito Satisfatório a Insatisfatório. A partir disso, foi produzido um gráfico (Gráfico 3) para melhor visualização dos resultados:

Gráfico 3: Avaliação da Satisfação dos Residentes conforme Escala de Likert de 5 pontos.



Fonte: Os próprios autores.

Na primeira questão, os residentes avaliaram a satisfação com os próprios conhecimentos sobre contracepção durante o PR. No geral, os residentes julgaram ter conhecimento satisfatório sobre o assunto, sendo 67%, 62% e 42% dos médicos de GO da Instituição A, GO da Instituição B e MFC, respectivamente. Assim, os pós-graduandos da área da GO possuem melhor autoavaliação do que de MFC, o que foi realmente observado com as médias de acertos das questões teóricas.

Ainda, o grupo de GO da Instituição A teve uma parcela de 11% dizendo que seu conhecimento sobre contracepção é pouco satisfatório; no de GO da Instituição B 38% e no de MFC 26% julgou ser pouco satisfatório ou insatisfatório. Demais alunos avaliaram seu conhecimento como indiferente, exceto em GO da Instituição B que não houve respostas com essa alternativa.

Já na segunda questão, os residentes avaliaram a satisfação com as práticas de contracepção dentro do PR. Enquanto a maioria dos profissionais de GO da Instituição B (88%) e de MFC (58%) julgaram as práticas serem satisfatórias ou muito satisfatórias, em GO da Instituição A ocorreu o contrário, em que 78% afirmaram serem insatisfatórias ou pouco satisfatórias. Portanto, verifica-se que, apesar de GO da Instituição A ter a maior quantidade de participantes que se autoavaliaram com conhecimento satisfatório, esse aprendizado não é colocado na prática. Esses dados são muito proveitosos para verificação da necessidade de melhorias no PR².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que, apesar dos residentes de GO e de MFC terem certo conhecimento sobre os métodos contraceptivos, ainda há lacunas significativas na aplicação teórico- prática, o que contribui para a limitação da escolha do método pela paciente. Além disso, houve disparidade entre as especialidades médicas. Observou-se que os pós-graduandos em GO possuem, no geral, maior conhecimento e segurança no manejo desses métodos. Essa diferença pode ser explicada pelas diferenças nas matrizes curriculares do PR e a menor ênfase desse conteúdo na matriz de MFC.

O pequeno tamanho do universo e da amostra podem ter limitado o estudo e influenciado nos resultados estatísticos. Assim, sugerem-se novas pesquisas com amostras maiores que verifiquem e comparem o conhecimento de contracepção entre profissionais da GO e da MFC. Entretanto, a pesquisa reforça a necessidade de aprimoramento de práticas educacionais em ambos os programas, para que a formação dos estudantes seja mais sólida e embasada, garantindo melhor orientação contraceptiva às pacientes e impactando diretamente na saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Genazzani AR, Fidecicchi T, Arduini D, Giannini A, Simoncini T. Hormonal and natural contraceptives: a review on efficacy and risks of different methods for an informed choice. *Gynecological Endocrinology*. 2023; 39(1): 2247093.
2. Nascimento HES, Costa AAR. Conhecimento, atitude e prática dos médicos residentes de ginecologia e obstetrícia de Pernambuco sobre anticoncepção. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2023; 47(4).
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Ministério da Educação. Matriz de competências: programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia. Brasília - DF: MEC; Febrasgo, 2019.
4. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Ministério da Educação. Matriz de competências: programa de residência médica em medicina de família e comunidade. Brasília - DF: MEC; SBMFC, 2022.
5. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: McGraw Hill; 2013.
6. Correa APA, Queiroz E, Trevisan N. Teste do qui-quadrado. Universidade Federal do Paraná.
7. Ministério da Saúde [Internet]. Estudo projeta que, até 2024, a maioria dos profissionais de medicina será de mulheres no Brasil. 2023 [citado em 23 de outubro de 2024].

8. Khan S. The impact of gendered experiences on female medical students specialty choice: A systematic review. *The American Journal of Surgery*. 2023; 225(1): 33-39.
9. British Broadcasting Corporation [Internet]. BBC News Brasil. Jovens “sem religião” superam católicos e evangélicos em SP e Rio. 2022 [citado em 23 de outubro de 2024].
10. Ministério da Saúde [Internet]. Conheça o financiamento federal para programas de residência na Atenção Primária. 2023 [citado em 23 de outubro de 2024].
11. Dehlendorf C. Contracepção: Aconselhamento e seleção. UpToDate [Internet]. 2024.
12. Padilha T, Deretti EA. Método de Ovulación Billings: entre la eficacia y el desconocimiento. *Revista Bioética*. 2021; 29: 208-219.
13. Finotti M. Manual de anticoncepção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.
14. Braaten KP, Dutton C. Visão geral da contracepção feminina permanente. UpToDate [Internet]. 2024.
15. Araújo FG. Prevalência, padrões e fatores associados à contracepção no Brasil e meta-análise da descontinuidade contraceptiva no cenário mundial [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023.
16. Mischell S, Cabrera K, Acosta T, Levine J, Sliwowska A, Amico J. Barriers to and facilitators of contraceptive implant training in New Jersey family medicine residencies: a qualitative study. *Family medicine*. 2023; 55(10): 660-666.
17. Bruffatto JPT, Dias TM, D’Abreu NB, Rehder PM. Planejamento reprodutivo e a escolha do contraceptivo reversível de longa duração primário à saúde: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2023; 45 (8): 456–464.
18. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 26: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: DF. 2013.
19. Fundação Oswaldo Cruz [Internet]. Reconstrução da Saúde da Família é pauta de debate do Observatório do SUS. 2024 [citado em 20 de outubro de 2024].
20. Mørch LS, Friis S, Meaidi A, Dehlendorff C, Skovlund CW, Duun-Henriksen AK. Hormonal contraception use before and after breast cancer diagnosis: A nationwide drug utilization study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2022; 31(6): 706-709.
21. Malta DC, Prates EJS, Silva AGD, Santos FMD, Oliveira GDC, Vasconcelos NMD, et al. Inequalities in mammography and Papanicolaou test coverage: a time-series study. *Sao Paulo Medical Journal*. 2020; 138(6): 475-482.
22. Fitzek MP, Storch E, Overeem LH, Kull P, Terhart M, Lange KS, et al. Migraine and Hormonal Contraception in Gynecological Outpatient Care—Cross-Sectional Study

- among Practicing Gynecologists in Germany. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12(4): 1434.
23. Voedisch AJ, Hindiye N. Combined hormonal contraception and migraine: are we being too strict?. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2019; 31(6): 452-458.
24. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas. Organização Mundial da Saúde. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde. In: Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 2007.
25. Wang MJ, Khodadadi AB, Turan JM, White K. Scoping review of access to emergency contraception for sexual assault victims in emergency departments in the United States. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2021; 22(2): 413-421.
26. Upadhyia KK, Breuner CC, Alderman EM, Grubb LK, Hornberger LL, Powers ME, et al. Emergency contraception. *Pediatrics* 2019; 144(6).
27. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília - DF, 2ª ed., 2011.
28. Kane D, Kennedy KM, Flood K, Eogan M. General practice trainees' understanding of post-sexual assault care: the impact of a specialist educational intervention. *Irish Journal of Medical Science*. 2024; 193(3): 1331-1336.
29. Treister-Goltzman Y, Samson T, Rosenberg R, Granek-Catarivas M, Gaver A, Alperin M, et al.. Burnout among family medicine residents: a cross-sectional nationwide study. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2024; 13(1).
30. Davis C, Krishnasamy M, Morgan Z, Bazemore A, Peterson L. Academic achievement, professionalism, and burnout in family medicine residents. *Family medicine*. 2021; 53(6): 423-432.
31. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. 1988.
32. Ministério da Saúde [Internet]. O que é equidade. 2024.