

SÍLVIA LUCCHINI JOLY DE MATTOS

**IMPACTO DA AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A TAXA DE
ABANDONO DO SERVIÇO DE ESTERILIDADE
CONJUGAL DA UNICAMP**

**UNICAMP
2000**

SÍLVIA LUCCHINI JOLY DE MATTOS

**IMPACTO DA AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A TAXA DE
ABANDONO DO SERVIÇO DE ESTERILIDADE
CONJUGAL DA UNICAMP**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. LUIS GUILLERMO BAHAMONDES

UNICAMP
2000

Dedico este trabalho...

*Aos meus queridos pais,
exemplo de união e companheirismo, e, mais especialmente*

*À minha adorada mãe, Clayde,
exemplo de generosidade, paciência e dedicação,
amiga presente em todos os momentos,
que me incentivou em todas as horas,
proporcionando todas as condições para que eu crescesse como mulher,
e dando toda a estrutura para que eu chegasse até aqui.*

*Ao meu lindo pai, Hélio,
exemplo de integridade e luta,
pelo estímulo incansável, mostrando-se disponível a qualquer momento.*

*Pela renúncia a muitos de seus sonhos,
em troca do prazer de ver o sorriso brotar nos lábios de suas filhas,
sendo grande responsável por este momento em minha vida.*

*Ao meu marido, Carlos,
exemplo de alegria e grandeza interior,
por tanta paciência e incentivo para que este estudo pudesse ser concluído,
tendo compreendido a importância deste momento em minha vida.
Pelas horas roubadas de seu trabalho para me ajudar na revisão do estudo,
utilizando toda sua visão crítica que eu tanto admiro.*

*Pelo amor e carinho irrestritos,
fazendo-me sorrir todos os dias,
e ensinando-me a enxergar os problemas como detalhes mínimos da vida,
essenciais para o nosso crescimento.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Petta, pela grande disponibilidade, incentivo, e principalmente pela calma que soube me transmitir nos momentos mais difíceis deste trabalho, proporcionando-me chegar ao fim sentindo-me tranqüila e segura.

Ao Prof. Dr. Luis Guillermo Bahamondes, meu co-orientador, por suas sugestões experientes na realização deste estudo.

Às enfermeiras do CEMICAMP, em especial à Maria Margarete Hidalgo, Maria Cecília Dantas e Ximena Arce, pela amizade, apoio e principalmente pela grande colaboração na realização deste estudo.

À Roseli Silveira, secretária do Departamento de Pesquisas Médico-Sociais do CEMICAMP, sempre prestativa para aquilo que precisasse.

À Margarete Amado de Souza Donadon, secretária da pós-graduação, pela simpatia e ajuda constante durante o curso.

A todo o pessoal do CEMICAMP, em especial à Dra. Ellen Hardy, à socióloga Maria José Duarte Osis, e à Psicóloga Maria Yolanda Makuch Bahamondes, pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste estudo.

Ao estatístico Edson Zangiacomi Martinez, pela disponibilidade e grande paciência durante a discussão da análise estatística, mostrando um exemplo de dedicação à profissão.

A toda equipe da ASTEC, em especial à amiga Sueli Chaves, pela competência, disponibilidade e enorme carinho durante várias fases deste estudo.

À Sra. Luzia Gonçalves de Aguiar, pela ajuda na aquisição das referências bibliográficas.

Aos amigos, Dra. Adriana Orcesi Pedro e Dr. João Daniel Hobeika, pela amizade e sugestões oportunas na realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. José Guilherme Cecatti e Prof. Dra. Lúcia H. S. Costa Paiva, por suas valiosas contribuições durante a qualificação para dissertação de Mestrado, grandes colaboradores para a versão final deste estudo.

Aos colegas da pós-graduação, pelo companheirismo e sugestões na realização deste estudo.

Às primas e amigas Sandra e Darcy Laurentis, pela alegria, carinho constante e grande positivismo, tendo sempre a palavra certa no momento adequado.

Aos amigos da Maternidade de Sumaré, Dra. Salette Marillac M. de Almeida, Dr. Luiz Otávio Chain Campana, Dr. Wilson Norato da Silva, Dr. Oirasil de Mello e Dra. Áurea Bueno Menezes, pela amizade e carinho constantes.

Às amigas que, pela disponibilidade em ajudar de alguma forma, contribuíram de algum modo para a conclusão deste estudo: Dra. Joana D'Arc Vieira Neto, Sra. Marilda Colicchio Pikunas, Sra. Elza D. Ferreira Soares.

À Dra. Marinês Faria Feres José, por se mostrar amiga em todas as horas, incentivando-me em momentos importantes da minha vida.

À Dra. Ilza Urbano Monteiro, pela amizade, incentivo e grande ajuda na minha vida profissional.

Aos médicos do Hospital Municipal de Jaguariúna “Walter Ferrari”, em especial à Dra. Denise Helena de Carli Baroni, Dr. José Alaércio T. Lima J., Dra. Giovana Gera Hobeika e Dra. Ivana Feliz Augusto, pela amizade.

À UNICAMP, pela minha formação em Ginecologia e Obstetrícia.

Em especial:

Às minhas queridas irmãs, Patrícia e Paola, grandes amigas com corações enormes, por estarem sempre ao meu lado, compartilhando os grandes momentos em minha vida e torcendo pela minha felicidade, sempre.

À sogra Rita e à madrinha Gley, pelo grande carinho e palavras amigas.

À querida avó Leonilda, pelo carinho e atenção, e à minha adorada avó Adelaide (in memoriam), pelo amor imensurável, tendo feito das netas a alegria maior da sua vida.

Às mulheres cujos dados utilizei, que incansavelmente sonham em ser mães...

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: SÍLVIA LUCCHINI JOLY DE MATTOS

Orientador: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

Co-Orientador: Prof. Dr. LUIS GUILLERMO BAHAMONDES

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 04.02.2000

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ART	Técnicas de reprodução assistida
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEP	Código de endereçamento postal
DIP	Doença inflamatória pélvica
ESCA	Esterilidade sem causa aparente
EUA	Estados Unidos da América
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIV	Fertilização <i>in vitro</i>
HMG	Gonadotrofina de mulher menopausada
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
p	Significância estatística
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	<i>World Health Organization</i>

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Resumo

1. Introdução	1
2. Objetivos	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. Casuística e Métodos	14
3.1 Desenho do estudo	14
3.2 Tamanho amostral	15
3.3 Seleção de casos	15
3.4 Variáveis e conceitos	22
3.5 Instrumento para coleta de dados	26
3.6 Coleta de dados	26
3.7 Processamento dos dados	27
3.8 Análise dos dados	27
3.9 Aspectos éticos	29
4. Resultados	30
4.1 Características dos casais	30
4.2 Taxa e momento de abandono	41
4.3 Variáveis preditoras do abandono do serviço: análise de regressão logística	43
4.4 Respostas das cartas enviadas às mulheres	47
5. Discussão	49
6. Conclusões	62
7. Summary	64
8. Referências Bibliográficas	66
9. Bibliografia de Normatizações	75
10. Anexos	76

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do programa de ação educativa em esterilidade na redução das taxas de abandono do serviço, na área de Esterilidade Conjugal da Universidade Estadual de Campinas. Foi realizado um estudo retrospectivo do tipo pesquisa operacional, comparando a taxa de abandono do serviço antes e após o início do programa de ação educativa. Foram selecionadas as fichas de 167 casais antes da introdução da ação educativa no serviço, e outras 167 após o início deste programa. Foram avaliados dados como a idade e escolaridade da mulher e do homem, distância da residência, tipo e tempo de esterilidade, número de filhos da mulher e do homem com outro(a) parceiro(a) e da mulher com o parceiro atual, fatores etiológicos femininos e masculinos, e o abandono do serviço, incluindo o momento do acompanhamento em que ele ocorreu. Também foram enviadas cartas às mulheres que abandonaram o serviço, questionando o motivo do abandono. Foi utilizado o programa *Statistical Analysis System* para análise dos dados, com um nível de significância de 95% ($p < 0,05$). Quanto às características dos dois grupos, observou-se que o grupo após a ação

educativa foi formado por mulheres com mais idade e melhor nível de escolaridade do casal. Além disso, observou-se neste grupo um predomínio de casais com esterilidade secundária, com maior tempo de esterilidade, e maior porcentagem de mulheres com ligadura tubária. A taxa de abandono no primeiro grupo foi de 70,7%, e no segundo grupo de 61,7%, não tendo sido observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Também não houve diferenças significativas em relação ao momento de abandono, antes e após a ação educativa. Verificou-se, apenas, que a taxa de maior abandono ocorreu com a propedêutica incompleta. Foram encontradas como variáveis preditoras de abandono do serviço, a baixa idade da mulher e o baixo nível de escolaridade do casal. Foi obtida uma taxa de 30,6% de resposta das cartas enviadas às mulheres que abandonaram o serviço, sendo que o motivo de abandono mais apontado foi o fato de morar longe da Universidade Estadual de Campinas. A ação educativa não pareceu ser, portanto, uma intervenção de maior relevância para o abandono do serviço, já que foram encontrados fatores mais importantes, como a baixa idade da mulher e o baixo nível de escolaridade do casal, que pode refletir indiretamente o seu baixo nível socioeconômico.

1. Introdução

Com o crescente avanço da medicina, e das novas técnicas em ginecologia que aparecem dia-a-dia, a preocupação tem sido muito centrada nas vantagens que essas tecnologias oferecem, através de resultados práticos. Como exemplo há a esterilidade, que passou de uma condição para a qual era dada pouca atenção (SCHROEDER, 1988), a uma situação para a qual se busca cada vez mais recursos inovadores. Assim, a cada dia surge alguma novidade no que diz respeito às técnicas de reprodução assistida, buscando-se, com isso, um aumento considerável nas taxas de gravidez após o tratamento de casais estéreis (LUNENFELD & INSLER, 1997).

Nota-se que tem existido um aumento gradativo do número de casais estéreis ao longo dos anos, estimando-se que esta taxa possa variar em torno de 8% (MOSHER & PRATT, 1991). Esse fato é devido tanto ao casamento que ocorre cada vez mais tarde como ao número crescente de doenças sexualmente transmissíveis (DST), com conseqüente aumento de esterilidade por fator tubário (MENNING, 1982). A crescente procura por esses serviços trouxe consigo uma grande necessidade de recursos financeiros, já que em

geral o diagnóstico e tratamento de esterilidade incluem técnicas de alto custo. A consequência disso foi a necessidade de os serviços, em especial os públicos, melhorarem a relação custo-benefício dos tratamentos de esterilidade.

Estudos de análise de custo tornaram-se mais freqüentes na década de 80 (COOPER, 1986) e, apesar de serem poucos até o momento, têm sido cada vez mais realizados nos últimos anos, tanto em serviços públicos como em privados, com um interesse particular de muitas seguradoras de saúde (DETSKY & NAGLIE, 1990). Eles têm o objetivo de auxiliar a controlar melhor os custos e, apesar da dificuldade para sua aplicação prática (EDDY, 1992; UBEL et al., 1996), também direcionar as decisões médicas, tendo em vista a propedêutica e tratamentos adequados com o menor custo possível (RABIN, QADEER, STEIR, 1996). Isto se torna especialmente relevante quando se fala em gasto público, havendo então uma necessidade imperiosa de um planejamento adequado do orçamento disponível. Algumas vezes, inclusive, o médico junto com a paciente chegam a decisões terapêuticas com base também em considerações econômicas, além da própria indicação médica (DAVIS et al., 1995; VAN VOORHIS et al., 1998).

Estudo realizado nos Estados Unidos (EUA) mostrou que o custo médio do tratamento total de um casal com esterilidade pode variar de 6.490 a 7.789 dólares americanos, sem considerar as taxas de abandono do serviço (VANDERLAAN et al., 1998). Em outro estudo, realizado no Reino Unido, chegou-se ao custo médio em torno de 3.466 libras (KERR, BROWN, BALEN, 1999), o que equivale a 5.590 dólares americanos.

No Canadá, em 1995, estimou-se que cerca de 50% dos casais com esterilidade procuraram assistência médica naquele ano no país, tendo gerado um custo anual aproximado de 415 milhões de dólares canadenses (278 milhões de dólares americanos), o que significou 0,6% do custo anual em saúde no país. Nesse mesmo estudo, obteve-se uma média de 2.770 dólares canadenses (1.523 dólares americanos) gastos por casal em um ano, somadas as despesas com diagnóstico e tratamento de esterilidade. Também foi avaliado o custo do tratamento por nascido vivo, seguindo o exemplo de estudo anterior (COMHAIRE, ZALATA, MAHMOUD, 1996), tendo sido encontrada uma variação de 650 a 41.000 dólares canadenses (436 a 27.516 dólares americanos), desde o simples tratamento com citrato de clomifene até a fertilização *in vitro*, respectivamente (COLLINS, FEENY, GUNBY, 1997).

Um conceito importante em relação ao custo de um tratamento é o custo-efetividade de cada procedimento, sabendo-se que para este tipo de avaliação ele deve ser comparado a outro procedimento alternativo (EISENBERG, 1989). Assim, alguns estudos compararam o custo-efetividade de vários tratamentos diferentes, através do cálculo de custo por nascimento. Um estudo realizado nos EUA encontrou que a inseminação intra-uterina – com indução de ovulação tanto com citrato de clomifene ou com gonadotrofina de mulher menopausada (HMG), é um procedimento menos efetivo que as técnicas de reprodução assistida (ART), quando avaliada em relação à taxa de gravidez por ciclo (6,3% e 17,5% contra 27,7%, respectivamente). Entretanto, levando-se em consideração o menor custo dos procedimentos, mostrou ter um

custo-efetividade maior em relação aos últimos (custo por nascimento de 7.808 e 10.282 dólares nos primeiros, e 37.028 dólares nas técnicas de reprodução assistida) (VAN VOORHIS et al., 1997).

Quando se fala em custo elevado para a maioria dos serviços de esterilidade, deve-se lembrar que um grande fator que contribui para isso é a alta taxa de abandono dos casais. Pouca atenção é dada à proporção de casais que perdem seguimento neste tipo de serviço, seja antes, durante ou após o início do tratamento. Quando são avaliadas as taxas de sucesso dos tratamentos de esterilidade nos vários serviços de saúde, somente se leva em consideração as mulheres que realmente se submeteram ao tratamento. Entretanto, se forem consideradas todas as mulheres que ingressam no serviço, as taxas de sucesso serão menores, justamente devido ao abandono (DOODY, 1993). Discute-se, então, que uma das formas de redução dos gastos seria a diminuição das taxas de abandono dos serviços de esterilidade.

Existem alguns estudos avaliando as taxas de abandono dos casais nos serviços de esterilidade. O critério para se considerar abandono é o não retorno do casal ao serviço por um período mínimo pré-estabelecido, que pode variar de três meses a um ano, dependendo do estudo em questão. Este abandono pode ocorrer através de informação dada ao serviço sobre sua desistência, ou simplesmente a perda de seguimento, sem nenhuma comunicação com a equipe responsável. Estudo realizado no Serviço de Esterilidade da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), entre os anos de 1972 e 1980, considerou como abandono o não retorno do casal ao serviço

por um período mínimo de um ano, e descreveu uma taxa de abandono de 62,7% dos casais atendidos naquele local (CUNHA E SILVA, 1983). Em outro estudo realizado nos serviços de esterilidade da UNICAMP e da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas no período de 1980 a 1992, que são serviços com atendimento gratuito, encontrou-se que a taxa total de abandono nos dois serviços foi de 65,6%. Também foi considerado abandono o não retorno após um ano, contando a partir do dia da última consulta até a data do levantamento das fichas. Nesse mesmo estudo, verificou-se que uma das variáveis significativamente relacionadas ao abandono foi a ligadura tubária como fator de esterilidade (FERNANDES & BAHAMONDES, 1995).

No Chile, algumas estimativas de serviços públicos observaram uma variação de 20% a 70% na taxa de abandono na área de esterilidade. Nesse estudo foram entrevistadas 50 mulheres que abandonaram o seguimento de esterilidade, tendo metade sido atendida em serviços públicos e a outra metade em serviços privados. As causas mais frequentes de abandono foram dificuldades na relação médico-paciente (50%), problemas relacionados aos efeitos do tratamento (20%), problemas conjugais (20%) ou econômicos (10%) (DI SILVESTRE, 1989).

A taxa de abandono também é considerável nos países desenvolvidos. Em estudo realizado nos EUA foram analisadas duas organizações de saúde no país, com avaliação prospectiva de 128 casais em uma delas, e avaliação retrospectiva de 96 casais na outra organização. A taxa de abandono foi de 36% e 36,3%, respectivamente. Deve-se salientar que foi

considerado abandono, nesse estudo, o pedido do casal para se afastar do serviço ou o não retorno em três meses. Cabe ressaltar ainda, que, na segunda organização citada, o atendimento se deu tanto por ginecologistas gerais como por especialistas em reprodução, sendo que a taxa de abandono foi duas vezes maior entre os pacientes que receberam atendimento de ginecologistas gerais. Isto se deve, provavelmente, à orientação mais dirigida dos especialistas ou talvez porque a informação fosse mais detalhada (GLEICHER et al., 1996).

Mesmo quando a propedêutica a ser empregada já está definida, como nos casos de técnicas de reprodução assistida, nota-se também uma grande porcentagem de abandono. Verificou-se em uma clínica de fertilidade de um hospital universitário na Holanda, em uma análise de 202 casais, que a taxa de abandono acumulada após três ciclos de tratamento foi de 48,5%. Consideraram-se apenas os casos de abandono do serviço por conta própria, ou seja, foram excluídos os casos de descontinuação por razões médicas (LAND, COURTAR, EVERS, 1997).

A indagação que surge, então, é referente aos motivos que levariam a taxas tão altas de abandono dentro dos serviços de esterilidade. Pode-se pensar em fatores socioeconômicos, psicológicos ou mesmo falta de orientação.

A falta de informação e orientação talvez sejam fatores importantes relacionados ao seguimento do casal. Pode-se notar a falta de informação desde os conhecimentos mais básicos sobre a fertilidade, como por exemplo a época de ovulação e seus principais sinais e sintomas. Estudo realizado com

80 mulheres ovulatórias em uma clínica de referência para infertilidade na Nova Zelândia, mostrou que apenas 26% delas possuíam conhecimento adequado sobre os mecanismos fisiológicos envolvendo a ovulação, enquanto 46% não tinham nenhum conhecimento sobre o assunto (BLAKE et al. 1997). Outros estudos mostraram que, com um programa de instrução adequado, pôde-se atingir um índice de 70% de pacientes com bom nível de conhecimento sobre a fisiologia básica da ovulação (GRAHAM, GOSLING, FRANCE, 1983) e até 95% dos pacientes com excelente entendimento sobre o significado do muco cervical, após três ciclos de acompanhamento (WHO, 1981).

Essa falta de informação também pode ser notada em relação ao manejo clínico da esterilidade. Em estudo realizado no Chile, verificou-se que a mulher iniciava o acompanhamento com pouco conhecimento em relação aos exames diagnósticos, tipo de tratamento e seu custo. Foi encontrado, nesse estudo, que 62% dos casais não tinham informação a respeito do tratamento e apenas 2% sabiam quais os tipos de exames o médico poderia pedir (DI SILVESTRE, 1989).

A falta de informação parece afetar mais intensamente as mulheres com esterilidade secundária que procuram os serviços para reversão de ligadura tubária, já que 55% dessas mulheres não dão continuidade aos procedimentos após a primeira consulta (PETTA et al., 1995). Talvez isso se deva à idéia inicial de serem logo submetidas a uma cirurgia para reversão da ligadura tubária, ignorando haver uma propedêutica prévia que inclui pelo

menos a análise de sêmen e a laparoscopia, onde será avaliado se há condições para tal cirurgia.

Outro ponto a ser avaliado é o estresse como consequência da falta de informação, gerando um alto grau de ansiedade e expectativa nos casais. O fato de que os casais com diagnóstico de esterilidade geralmente já apresentam problemas emocionais, e cerca de um quinto já teve algum pensamento relacionado à idéia de suicídio, vem reforçar a necessidade de um aconselhamento concomitante do casal, mesmo porque 71% deles consideraram importante este tipo de orientação (KERR et al., 1999).

Além da falta de informação, também foram citados pelas pacientes como pontos negativos relacionados ao seguimento em esterilidade, o tempo gasto com a investigação e a demora para se chegar aos resultados (OWENS & READ, 1984). Um estudo prospectivo realizado em 12 hospitais na Escócia (incluindo hospitais gerais e hospitais-escola), através de questionários anônimos de 806 mulheres que os freqüentaram, mostrou que 27% acharam que a investigação foi muito demorada, e 32% acharam que o tempo decorrido até obter algum resultado foi longo demais. Além disso, a informação e as explicações recebidas foram considerados pelos casais como os itens mais importantes relacionados aos cuidados recebidos (SOUTER et al., 1998).

Outro estudo, realizado no Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP em 1996, descreveu as informações que algumas mulheres com esterilidade por fator tubário tinham recebido na ocasião do diagnóstico de doença inflamatória pélvica (DIP). Foi encontrado que 93,8% delas não tinham recebido

informações sobre os riscos para seu futuro reprodutivo (BAHAMONDES, 1996). Assim, é importante salientar que as metas em saúde reprodutiva não devem ser meramente curativas, mas deve-se considerar a informação e orientação adequadas como fundamentais nesse tipo de atendimento.

Na área de ginecologia, essa orientação e informação aos pacientes é fornecida, em muitos serviços, na forma de programas de ação educativa. Existem diferentes fases que compõem o planejamento de um programa em saúde (PIOTROW et al., 1997). Inicia-se pela análise acurada do problema a ser solucionado, ou seja, da meta a ser atingida. Portanto, as ações educativas em saúde sempre têm um objetivo em questão. No caso da área de ginecologia, por exemplo, os programas mais difundidos são em planejamento familiar, visando a redução das taxas de gravidez indesejada após esse tipo de orientação. Em estudo anterior foi verificada, após ação educativa em grupo, uma redução de 40% na taxa de gravidez indesejada, mostrando a relevância desse tipo de atividade (MALOVIZKY, LAVI, MODAN, 1997). Além disso, já se mostrou a eficácia dessa intervenção em relação ao aumento de uso de método anticoncepcional em determinada amostra (MAHOMED, HEALY, TANDOM, 1997).

A segunda fase do planejamento de um programa em saúde é a definição do público-alvo, conhecendo-se principalmente seu nível cultural e socioeconômico. Deve-se também ter conhecimento de suas informações prévias, suas crenças e esperanças. Isso é importante para se planejar qual o tipo de linguagem a ser utilizada, e os tipos de informações a serem fornecidas.

A seguir, analisa-se o contexto político do local em que deseja implantar o programa, e estuda-se o mesmo tipo de programa implantado em outros serviços. Esse estudo pode fornecer alguma informação a respeito das deficiências já existentes, para que se tente logo de início suprir algum tipo de falha no programa.

Por último, avaliam-se os recursos disponíveis no serviço, e que sejam ao mesmo tempo apropriados e custo-efetivos para se alcançar o objetivo proposto. Dependendo do serviço, tais recursos podem variar desde explicações com o auxílio de um quadro negro, pôsteres, *slides*, transparências, até a utilização de recursos audiovisuais, como vídeos explicativos.

Além dos fatores citados anteriormente, supõe-se que muitas ações educativas em saúde sejam, também, importantes fatores de adesão aos tratamentos propostos, dos pontos de vista teórico e prático. Isso provavelmente ocorra pela orientação adequada do público-alvo, principalmente porque em geral ele é formado por uma população de baixo nível cultural e socioeconômico, cujo ganho cultural é muito grande com esse tipo de programa.

Extrapolando para a área de Esterilidade, pode-se supor que a presença de uma ação educativa prévia ao ingresso do casal no serviço, com orientação a respeito dos exames diagnósticos e tipos de tratamento disponíveis, seja importante para diminuir suas ansiedades e, conseqüentemente, o estresse relacionado ao seu acompanhamento. Também é importante a orientação sobre a duração do tratamento, já que a não-resposta

às expectativas dos casais que procuram um serviço de esterilidade parece relacionar-se intimamente à taxa de abandono do serviço (DI SILVESTRE, 1989). Isso ocorre porque muitas vezes imaginam, por exemplo, que o seu problema será solucionado em um tempo curto ou de maneira simples.

Além de se considerar o aspecto psicológico, também o custo extremamente alto do tratamento de esterilidade de um casal, principalmente no que se refere aos gastos públicos, obriga a considerar a importância de uma orientação prévia adequada, antes que intervenções diagnósticas ou terapêuticas, usualmente caras, sejam realmente efetivadas. Assim, visa-se a um custo-benefício mais adequado na utilização dos recursos em saúde, ao mesmo tempo em que há um esforço importante no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de esterilidade.

Portanto, do mesmo modo que as ações de intervenção em planejamento familiar podem reduzir muito as taxas de gravidez indesejada, supõe-se que as ações educativas em esterilidade também possam diminuir as taxas de abandono dos diferentes serviços.

Assim, com o objetivo de proporcionar maior informação aos casais e tentar diminuir as taxas de abandono do Serviço de Esterilidade da UNICAMP, adotou-se, a partir de maio de 1993, a prática da Ação Educativa antes de se admitir os casais. Neste programa, os casais são orientados sobre a rotina do serviço, os tipos de exames subsidiários, opções de tratamentos e duração dos mesmos. Estas mudanças motivaram a execução deste estudo para avaliar se este tipo de orientação diminui as taxas de abandono do serviço.

Apesar de existirem alguns estudos a respeito da taxa de abandono dos serviços de esterilidade, inclusive com variações entre si, não existe, pelo que se conhece, nenhum estudo comparando essa taxa antes e após um programa de intervenção, no caso a ação educativa, que é aquilo que se pretende avaliar.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto do programa de ação educativa em esterilidade, na redução da taxa de abandono do serviço.

2.2 Objetivos Específicos

1. Estudar o perfil dos casais que solicitaram atendimento no serviço antes e após a ação educativa.
2. Avaliar e comparar a taxa de abandono, antes e após a ação educativa.
3. Determinar o momento de maior abandono, antes e após a ação educativa.
4. Identificar as variáveis preditoras de abandono do serviço.
5. Avaliar os principais motivos de abandono do serviço, relatados pelas mulheres.

3. Casuística e Métodos

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa operacional, com base em dados retrospectivos.

Cabe salientar que as pesquisas operacionais são tipos de estudos não tão usuais, utilizados principalmente para a avaliação da efetividade de alguns programas em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços. Os métodos podem ser qualitativos ou quantitativos, experimentais ou não-experimentais. Este tipo de estudo pode ser classificado nas seguintes categorias (FISHER et al., 1991):

- Estudos de diagnóstico ou exploratórios: procuram determinar quais os problemas que afetam o desenvolvimento de um serviço. Nesse caso, são sempre retrospectivos ou transversais.
- Estudos de intervenção de campo: testam, experimentalmente, novas soluções para a resolução de um problema em um programa de saúde. São sempre prospectivos ou longitudinais.

- Estudos de avaliação: analisam, retrospectivamente ou transversalmente, o efeito das atividades de um programa.

No presente estudo foi realizada a pesquisa operacional do tipo estudo de avaliação, cujo programa avaliado foi a ação educativa em esterilidade.

3.2 Tamanho Amostral

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado um $p_1 = 65,6\%$ (taxa de abandono do serviço antes da ação educativa). Fixou-se uma diferença absoluta entre p_1 e p_2 de 15% ($d = 15\%$), sendo p_2 a taxa de abandono do serviço após a ação educativa ($p_2 = 50\%$) (FERNANDES, 1994; FERNANDES & BAHAMONDES, 1995). Fixando-se um alfa de $0,05$ e um beta de $0,20$, foi obtido o cálculo do tamanho amostral de 167 fichas clínicas; portanto, foram 334 fichas divididas em 167 no grupo antes da ação educativa, e 167 no grupo após a ação educativa (POCOCK, 1983).

3.3 Seleção de Casos

Foram estudadas as fichas clínicas de casais atendidos no Ambulatório de Esterilidade Conjugal do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, antes e após o programa de ação educativa neste serviço, iniciado em maio de 1993.

- Métodos para a seleção: Como a ação educativa teve início em maio de 1993, foram selecionadas no Ambulatório de Esterilidade Conjugal da UNICAMP 167 fichas clínicas “caso novo”, consecutivas desde o dia primeiro de janeiro de 1992 (grupo antes da ação educativa), e outras 167 fichas “caso novo”, consecutivas desde o dia primeiro de janeiro de 1994 (grupo após a ação educativa). Optou-se por não iniciar a pesquisa logo após a introdução do programa de ação educativa, para que sua prática estivesse bem consolidada; portanto, selecionou-se as fichas tendo decorrido oito meses após seu início.

Ao final do trabalho, levantou-se os endereços das fichas dos 221 casais que abandonaram o serviço, para o envio de cartas em nome da mulher, questionando o motivo do abandono. Foram enviadas cartas para apenas 189 mulheres, pois em 32 endereços (14,5%), não foi possível a localização do código de endereçamento postal (CEP). Na carta, foram relacionados 12 itens como possíveis causas de abandono, sendo que a mulher tinha que assinalar um “x” no(s) motivo(s) correspondente(s), podendo ser assinalado mais de um motivo. Ao final, havia a alternativa “outros”, onde a mulher poderia escrever algum motivo não citado anteriormente (Anexo 2). Foi enviado, junto com a carta, um envelope selado para que se recebesse a resposta.

Rotina básica do serviço: no momento da primeira consulta no Ambulatório de Esterilidade, além de ser aberto um prontuário caso a paciente já não o tenha, também é aberta uma ficha própria do ambulatório (Anexo 3).

Nessa ficha existem dados de anamnese, alguns dados específicos relacionados ao problema de esterilidade, espaços para resultados de todos os exames solicitados, na maioria das vezes em primeira consulta, e espaços para a descrição resumida de todo o atendimento com o respectivo tratamento proposto. Os exames que fazem parte da propedêutica básica, na maioria das vezes, são a histerossalpingografia, a biópsia de endométrio, dois espermogramas, e dosagem hormonal rotineira de prolactina sérica. Em alguns casos, principalmente nos de alterações menstruais, também são realizadas outras dosagens hormonais, de acordo com cada caso. Em pacientes com ligadura tubária e em casos de esterilidade há mais de cinco anos, a histerossalpingografia é substituída pela laparoscopia.

Em maio de 1993 iniciou-se o programa de ação educativa em esterilidade, baseado no programa de ação educativa em planejamento familiar já existente antes da primeira consulta no serviço. Do mesmo modo que a ação educativa em planejamento familiar visava a redução da taxa de gravidez indesejada, pensou-se na implantação do mesmo tipo de programa em esterilidade com o objetivo de melhorar o nível de informação dos casais, tentando assim reduzir as taxas de abandono do serviço. Com essa finalidade, antes da implantação da ação educativa, foram realizadas reuniões com médicos, enfermeiras e uma assistente social que trabalhavam no serviço, para se definir os tipos e a maneira como as informações seriam fornecidas para um público-alvo predominantemente de baixo nível socioeconômico. Deve-se salientar que, naquela época, as enfermeiras já trabalhavam no serviço há pelo

menos sete anos, tendo um conhecimento básico em esterilidade considerado satisfatório. Nesta ocasião, faziam um atendimento individual para melhor orientação e esclarecimento de dúvidas dos pacientes, após a consulta médica. Com isso, a proposta foi de que a ação educativa deveria ser ministrada por uma enfermeira junto com a assistente social, sendo que haveria um rodízio das enfermeiras para esse tipo de atividade. A assistente social deveria dar informações sobre alguns itens referentes ao funcionamento do Ambulatório de Esterilidade:

- Dias e horários para a abertura de prontuários e marcação de consultas
- Importância da participação do casal na propedêutica
- Frequência dos retornos para a propedêutica e tratamento
- Rotatividade dos médicos que fazem atendimento no serviço

Após essas informações, a enfermeira responsável deveria dar outros tipos de orientações:

- Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor
- Conceitos de ovulação, fecundação e gravidez
- Conceito de fertilidade, assim como informação sobre a diminuição de fertilidade que ocorre naturalmente com a idade (DORLAND, VAN KOOIJ, TE VELDE, 1998; TE VELDE et al., 1998). Também deveriam informar que o serviço só admitia mulheres com no

máximo 38 anos, e caso necessitassem de fertilização *in vitro* (FIV), a idade máxima seria de 36 anos.

- Possíveis causas de esterilidade (feminina e masculina)
- Exames diagnósticos que poderiam ser solicitados, de acordo com cada caso. Neste item, além da explicação dos exames usuais, como espermograma, histerossalpingografia, biópsia do endométrio e dosagens hormonais, também se mencionaria a laparoscopia, explicando que se tratava de um procedimento cirúrgico e detalhando-o com o auxílio de desenhos do abdômen e pelve.
- Opções de tratamento disponíveis, de acordo com cada caso
- Prognóstico de gravidez

A ação educativa foi então iniciada em maio de 1993, procurando seguir este modelo proposto. A anatomia e fisiologia dos aparelhos reprodutores masculino e feminino, eram mostradas com o auxílio de recursos visuais, no caso pôsteres ilustrativos. O restante dos tópicos abordados pela enfermeira eram explicados com o auxílio de uma lousa branca, para que se obtivesse melhor memorização pelos pacientes através da utilização desses recursos visuais.

A ação educativa acontecia duas vezes por semana, às segundas e quarta-feiras, em grupo, para os casais “caso-novo” no serviço, antes da consulta com o médico. Cada casal assistia a uma única reunião, que durava

em média uma hora. Era utilizado um método participativo, estimulando a participação dos casais com perguntas gerais feitas a eles, e abrindo espaço para o esclarecimento de dúvidas.

A ação educativa neste serviço, atualmente, segue os mesmos padrões conforme planejados em 1993, e toda a rotina descrita acima mantém-se do mesmo modo. A única diferença é que, desde 1996, ela é ministrada apenas por uma enfermeira. Entretanto, são abordados os mesmos tópicos, inclusive aqueles que anteriormente eram abordados pela assistente social. Além disso, pela demanda crescente do serviço, desde 1997 a ação educativa ocorre três vezes por semana, às segundas, terças e quarta-feiras. É importante salientar que, desde o início da implantação do programa, é obrigatório que os casais assistam à palestra de ação educativa para que possam ingressar no serviço.

3.3.1 Critérios de inclusão

Grupo 1 (antes da ação educativa): ter iniciado acompanhamento no Ambulatório de Esterilidade após 01/01/1992.

Grupo 2 (após a ação educativa): ter iniciado acompanhamento no Ambulatório de Esterilidade após 01/01/1994, e ter participado da ação educativa.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os casais que receberam alta do próprio serviço no momento da primeira consulta. Neste caso, enquadraram-se aqueles que trouxeram exames de outro serviço, mas cujo tratamento indicado não estava disponível no Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP. Nesta situação encontravam-se, por exemplo, os casais cujo fator de esterilidade fosse a azoospermia, pois o serviço não realiza inseminação com sêmen de doador. Outro exemplo seria o de casos de esterilidade feminina cujo problema só poderia ser resolvido por doação de oócitos, dado que o serviço não realiza este tipo de terapêutica. Os casais que tiveram estes diagnósticos através de exames realizados neste serviço, foram incluídos, e considerados como “não abandono”, já que tiveram alta pela não disponibilidade do tratamento indicado. Outra situação em que a ficha foi excluída do estudo foi em casos de aborto de repetição (três ou mais abortos consecutivos), pois nesses casos, logo após a abertura da ficha, os casais foram direcionados ao Ambulatório de Aborto de Repetição, que possui propedêutica e tratamentos específicos, um pouco diferentes daqueles adotados no Ambulatório de Esterilidade.

3.4 Variáveis e Conceitos

3.4.1 Independentes

- local de residência: cidade de residência do casal no momento de abertura da ficha clínica.
- distância da residência: distância, em quilômetros, da cidade de residência do casal até Campinas. Para a obtenção desse dado, foi utilizado um mapa rodoviário, e medida(s) a(s) estrada(s) cujo valor em quilômetros fosse a menor distância da cidade em questão até Campinas .
- idade da mulher e do homem: número de anos completos do homem e da mulher no dia da primeira consulta, que foi enquadrado nas seguintes categorias: ≤ 19 , 20-24, 25-29, 30-34 e ≥ 35 anos.
- escolaridade da mulher e do homem: último ano de escola cursado pela mulher e pelo homem, incluindo o ano em questão caso ainda estivesse estudando, que foi classificada em três categorias: analfabeta(o), primeiro grau (completo ou incompleto), e segundo grau ou superior (completos ou incompletos).
- número de filhos da mulher com outro parceiro: número de filhos da mulher resultante de uniões anteriores, classificado em nenhum, um, e dois ou mais filhos.

- número de filhos do homem com outra parceira: número de filhos do homem resultante de uniões anteriores, classificado em nenhum, um, e dois ou mais filhos.
- número de filhos da mulher com o parceiro atual: número total de filhos com o parceiro atual, classificado em nenhum, um, e dois ou mais filhos.
- tipo de esterilidade:
 - *primária*: mulheres que nunca engravidaram
 - *secundária*: mulheres que já engravidaram alguma vez, independente da forma de término da gestação
- tempo de esterilidade: tempo, em anos completos, que o casal mantém relações sexuais sem uso de método anticoncepcional e sem obter concepção, classificado em: até dois anos, e três anos ou mais de esterilidade. Os meses de esterilidade, que acompanhavam os anos completos, não foram computados.
- fatores etiológicos femininos e masculinos: para esta definição foi utilizada a classificação descrita pela Organização Mundial de Saúde em 1987 (WHO, 1987), com algumas pequenas alterações para adequá-la aos dados das fichas clínicas (ROWE & FARLEY, 1988).

Fatores femininos: disfunção sexual, ovulatório, tuboperitoneal (excluindo a ligadura tubária), ligadura tubária, anomalias congênitas, endometriose, lesões uterinas ou de cérvix adquiridas, causas sistêmicas, diagnóstico não estabelecido e esterilidade sem causa aparente (ESCA).

Fatores masculinos: disfunção sexual, causas sistêmicas, vasectomia, varicocele, infecção, oligospermia, astenospermia, teratospermia, azoospermia, diagnóstico não estabelecido e normal.

O diagnóstico não estabelecido, tanto para a mulher como para o homem, foi considerado naqueles casos com propedêutica incompleta, ou seja, em que o casal não tenha completado a propedêutica mínima solicitada. Os casos de ESCA foram aqueles com propedêutica completa, ou seja, aqueles casais que fizeram todos os exames solicitados, sem ter sido diagnosticado nenhum fator etiológico.

- ação educativa: programa de orientação dos casais previamente à primeira consulta, onde eles são informados sobre a rotina do serviço, os tipos de exames realizados, os tipos de tratamento e a demora da terapêutica de acordo com cada caso, conforme já descrito anteriormente.

3.4.2 Dependentes

- abandono: o não retorno do casal ao Ambulatório de Esterilidade por um período mínimo de um ano, contado desde a última consulta até o momento de levantamento dos dados da ficha clínica.

Aqueles casais cujas mulheres engravidaram e aqueles encaminhados para FIV foram considerados como não abandono do serviço. Esta última situação inclui aqueles casais onde, na última consulta, havia a indicação para FIV. Daí em diante procedia-se à abertura de uma outra ficha e, em seguida, uma série de entrevistas com a equipe de enfermeiras, médicos e assistente social. Os casos não foram considerados após o encaminhamento para FIV, pois existem muitos fatores que podem interferir com o seguimento do casal como, por exemplo, o alto custo das medicações, o fato de não ser realizado FIV todos os meses e a fila de espera de cerca de dois anos, retardando com isso o tratamento do casal. Portanto, estes casos foram considerados como “não abandono” do serviço.

- momento de abandono: momento do seguimento em que o casal abandonou o serviço, que foi classificado da seguinte maneira, de acordo com a época:
 - a) na primeira consulta: quando apenas a primeira consulta constava da ficha clínica.

- b) com propedêutica incompleta: quando o casal realizou somente algum(s) dos exames subsidiários solicitados, de acordo com cada caso.
- c) com propedêutica completa: quando toda a propedêutica solicitada foi concluída; entretanto, ainda sem início do tratamento.
- d) durante o tratamento: quando o abandono ocorreu em qualquer período após o início do mesmo, com a propedêutica já completa.

3.5 Instrumento para coleta de dados

Foi utilizada uma ficha de levantamento de dados, que continha todos os itens relacionados com as variáveis em estudo (Anexo 1).

3.6 Coleta de dados

Foi realizado um levantamento retrospectivo dos dados contidos na ficha de esterilidade de cada casal. Estas fichas localizam-se no próprio Ambulatório de Esterilidade, estando arquivadas pelo número de inscrição. Os dados foram colhidos no próprio ambulatório, e, a seguir, transcritos para a ficha de levantamento de dados.

Se a ficha de esterilidade estava incompleta, foram computados para a análise apenas os dados que estavam preenchidos nesta ficha.

3.7 Processamento dos dados

Os dados foram colocados em fichas pré-codificadas e o armazenamento dos mesmos foi feito através do programa EPIINFO, com digitação dupla pelo mesmo digitador, no caso o investigador principal, para que fosse feita a conferência dos dados. Posteriormente, eles foram revisados e realizadas as correções necessárias, até a obtenção de um registro sem incorreções.

3.8 Análise dos dados

A análise da frequência da idade e escolaridade das mulheres e homens, número de filhos da mulher e do homem com outro(a) parceiro(a) e da mulher com o parceiro atual, assim como a frequência do tipo e tempo de esterilidade, antes e após a ação educativa, foram realizadas por uma análise bivariada, através do teste Qui-Quadrado. Foi utilizado o teste exato de Fisher quando havia, em mais de 20% das caselas, frequência esperada menor que cinco (GUEDES, 1988). A análise da porcentagem de casais segundo fatores etiológicos femininos e masculinos de esterilidade, antes e após a ação educativa, foi realizada através de um teste de comparação de proporções.

Foi utilizado um teste de tendências (Cochran-Armitage) para a comparação da distância da residência, nos grupos antes e após a ação educativa (AGRESTI, 1990).

A análise da concordância entre o nível de escolaridade dos homens e das mulheres foi verificada pelo coeficiente *kappa* (LANDIS & KOCK, 1977).

Para a análise dos dados referentes ao objetivo geral deste trabalho, ou seja, a taxa de abandono do serviço e também o momento de abandono, de acordo com a época de seguimento, antes e após a ação educativa, também foi utilizado o teste Qui-Quadrado.

Foi realizada ao final uma análise multivariada para se determinar as variáveis que influenciavam a taxa de abandono do serviço, através de análise de regressão logística por seleção *stepwise*. Assim, foi utilizada como variável dependente o abandono do serviço, contemplado de forma dicotômica (abandono e não abandono), e ajustados modelos de regressão logística com o objetivo de buscar um conjunto de variáveis independentes com maior poder de explanação para as variações desta medida. Para isto, fez-se uso de dois modelos de seleção *stepwise*, que, a cada passo, elege uma variável independente com maior evidência de explicar a dependente, verificando se, com a sua inclusão no modelo, aquelas escolhidas nos passos anteriores continuam sendo significantes como explanatórias (HOSMER & LEMESHOW, 1989). O primeiro modelo utilizou como variáveis independentes aquelas relacionadas às características dos casais em estudo, e o segundo modelo utilizou os fatores etiológicos (Anexo 4). Com isso, chegou-se a modelos finais ajustados segundo este método, sendo considerado que uma variável independente permaneceria no modelo se seu nível de significância fosse menor ou igual a $\alpha = 5\%$.

A variável escolaridade da mulher não pôde ser incluída no modelo de regressão logística, pelo fato de existir um “zero” em uma das caselas da tabela, tendo sido, portanto, utilizada uma aproximação para o cálculo do *Odds Ratio* (AGRESTI, 1990).

Foi utilizado o programa *Statistical Analysis System* (SAS) versão 6.12. para a análise dos dados, com um nível de significância de 95% ($p < 0,05$) (SAS INSTITUTE INC., 1996).

3.9 Aspectos éticos

Como foi um estudo retrospectivo, baseado nas fichas de esterilidade dos casais, houve apenas revisão dos dados escritos. Os casais não foram identificados pelo nome na ficha de levantamento de dados, e essas fichas foram analisadas pela numeração seqüencial, sem qualquer possibilidade de identificação.

O protocolo do estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, e posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM.

4. Resultados

4.1 Características dos casais

Inicialmente, serão apresentadas as tabelas mostrando as características dos casais atendidos no Serviço de Esterilidade da UNICAMP, antes e após a ação educativa, de acordo com as variáveis em estudo.

Em relação à idade da mulher, foi observada uma diferença estatisticamente significativa na distribuição etária nos dois grupos ($p=0,04$) (Tabela 1). Pode-se notar que o primeiro grupo foi constituído por mulheres com uma faixa etária menor em relação ao segundo. No primeiro grupo, 61,4% das mulheres tinham menos de 30 anos, enquanto que, após a intervenção, 55,7% delas tinham 30 anos ou mais.

TABELA 1**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO IDADE,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA**

Idade (anos)	Ação Educativa			
	antes		após	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
19 ou menos	12	7,2	7	4,2
20 a 24	39	23,5	30	18,0
25 a 29	51	30,7	37	22,2
30 a 34	41	24,7	58	34,7
35 ou mais	23	13,9	35	21,0
TOTAL (*)	166	100,0	167	100,0

Teste Qui-Quadrado de Pearson $p = 0,04$

(*) NOTA: Não houve informação sobre idade de 1 mulher

Em relação à idade dos homens (Tabela 2), pode-se notar que não existiu uma diferença estatisticamente significativa na distribuição etária nos dois grupos. Não houve nenhum homem com idade menor de 20 anos.

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS HOMENS SEGUNDO IDADE,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA

Idade (anos)	Ação Educativa			
	<i>antes</i>		<i>após</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
20 a 24	26	15,7	18	10,8
25 a 29	54	32,5	46	27,5
30 a 34	45	27,1	46	27,5
35 ou mais	41	24,7	57	34,1
TOTAL (*)	166	100,0	167	100,0

Teste Qui-Quadrado de Pearson $p = 0,19$

(*) NOTA: Não houve informação sobre idade de 1 homem

Quanto à distância da residência até Campinas, a Tabela 3 mostra que, aplicando-se um teste de tendências (Cochran-Armitage), não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,08$). Pode-se notar, entretanto, que foi grande a porcentagem de casais com residência distante de Campinas, como por exemplo, entre 101 e 500km.

TABELA 3
DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA DOS CASAIS ATÉ CAMPINAS,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA

Distância (km)	Ação Educativa			
	<i>antes</i>		<i>após</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0	61	36,5	40	23,9
de 25 a 50	54	32,3	70	41,9
de 51 a 100	25	15,0	19	11,4
de 101 a 500	23	13,8	35	21,0
mais de 500	4	2,4	3	1,8
TOTAL	167	100,0	167	100,0

Teste de tendências (Cochran-Armitage) $p=0,08$

Pode-se comparar, pela Tabela 4, a escolaridade das mulheres e dos homens, nos grupos antes e após a ação educativa. Houve diferença estatisticamente significativa na distribuição entre os grupos pré e pós-intervenção, tanto para a escolaridade das mulheres como para a dos homens. Observa-se que, em ambas, a maior porcentagem foi de homens ou mulheres com primeiro grau (completo ou incompleto). É interessante notar que o segundo grupo foi formado por homens e mulheres com melhor nível de escolaridade em relação ao primeiro. Isso pode ser notado pelo aumento de casais com segundo grau e superior e menor porcentagem de analfabetos(as), principalmente em relação aos homens, do primeiro para o segundo grupo.

TABELA 4
ESCOLARIDADE DAS MULHERES E DOS HOMENS,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA

		Ação Educativa				<i>p</i>
		<i>antes</i>		<i>após</i>		
Escolaridade		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Mulheres	analfabeta	5	3,0	4	2,4	0,03(*)
	1º grau	127	76,5	106	64,2	
	2º grau e superior	34	20,5	55	33,3	
TOTAL		166	100,0	165	100,0	
Homens	analfabeto	10	6,3	3	1,9	0,04(**)
	1º grau	108	67,9	99	62,7	
	2º grau e superior	41	25,8	56	35,4	
TOTAL		159	100,0	158	100,0	

(*) Teste exato de Fisher

(**) Teste Qui-Quadrado de Pearson

NOTA: Não houve informação sobre escolaridade de 3 mulheres e 17 homens

Na Tabela 5, observa-se que foi estimado um coeficiente *kappa* de concordância do nível de escolaridade dos homens com o das mulheres, independentemente da ação educativa, tendo sido verificado um moderado grau de concordância entre eles ($kappa = 0,559$) (LANDIS & KOCH, 1977).

TABELA 5
CORRELAÇÃO DO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS HOMENS COM
O DAS MULHERES, DE TODA A AMOSTRA

Escolaridade do Homem	Escolaridade da Mulher			TOTAL
	<i>analfabeta</i>	<i>1º grau</i>	<i>2º grau e sup.</i>	
Analfabeto	4	8	1	13
1º grau	3	182	21	206
2º grau e superior	1	30	66	97
TOTAL	8	220	88	316

Coeficiente *kappa*=0,559 IC 95% (0,466-0,653)

A seguir, foi analisado o número de filhos do homem e da mulher com outra(o) parceira(o), e também o número de filhos da mulher com o parceiro atual (Tabela 6). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos apenas em relação ao número de filhos da mulher com outro parceiro ($p = 0,01$). Pode-se notar que houve um aumento de mulheres com dois ou mais filhos do primeiro para o segundo grupo (de 13,2% para 25,7%).

TABELA 6

**NÚMERO DE FILHOS DO HOMEM E DA MULHER COM OUTRA(O) PARCEIRA(O),
E NÚMERO DE FILHOS DA MULHER COM O PARCEIRO ATUAL,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA**

Escolaridade	<i>n</i>° filhos	Ação Educativa				<i>p</i>(*)
		<i>antes</i>		<i>após</i>		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Filhos do homem	Nenhum	138	82,6	130	77,8	0,43
	1	14	8,4	21	12,6	
	2 ou mais	15	9,0	16	9,6	
TOTAL		167	100,0	167	100,0	
Filhos da mulher	Nenhum	128	76,6	112	67,1	0,01
	1	17	10,2	12	7,2	
	2 ou mais	22	13,2	43	25,7	
TOTAL		167	100,0	167	100,0	
Filhos c/ parceiro atual	Nenhum	148	88,6	150	89,8	0,72
	1	10	6,0	11	6,6	
	2 ou mais	9	5,4	6	3,6	
TOTAL		167	100,0	167	100,0	

(*) Teste Qui-Quadrado de Pearson

A Tabela 7 mostra a distribuição percentual dos casais segundo o tipo de esterilidade, antes e após a ação educativa. Houve um predomínio de esterilidade primária no primeiro grupo, e de esterilidade secundária no segundo grupo. Essas diferenças foram significativas ($p=0,03$).

TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CASAIS SEGUNDO O TIPO DE ESTERILIDADE, ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA

Tipo de Esterilidade	Ação Educativa			
	<i>antes</i>		<i>após</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Primária	94	56,3	73	43,7
Secundária	73	43,7	94	56,3
TOTAL	167	100,0	167	100,0

Teste Qui-Quadrado de Pearson $p = 0,03$

Ao se analisar a distribuição percentual dos casais segundo o tempo de esterilidade, nos grupos antes e após a ação educativa (Tabela 8), verificou-se que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Cerca de 68,5% apresentaram três anos ou mais de esterilidade no primeiro grupo, e esse valor subiu para 78,5% no grupo após a ação educativa. Não houve informação sobre o tempo de esterilidade nas fichas de 30 casais.

TABELA 8**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CASAIS SEGUNDO O TEMPO DE ESTERILIDADE, ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA**

Tempo de esterilidade	Ação Educativa			
	<i>antes</i>		<i>após</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
até 2 anos	46	31,5	34	21,5
3 anos ou mais	100	68,5	124	78,5
TOTAL	146	100,0	158	100,0

Teste Qui-Quadrado de Pearson $p=0,048$

NOTA: Não houve informação do tempo de esterilidade de 30 casais

A Tabela 9 mostra a distribuição dos fatores etiológicos femininos, nos grupos antes e após a ação educativa. Antes da ação educativa, a maior porcentagem encontrada foi de mulheres com fator tuboperitoneal, enquanto que após esta intervenção houve um predomínio de mulheres com antecedente de ligadura tubária. Houve diferença estatisticamente significativa, entre os dois grupos, em relação aos fatores ovulatório, tuboperitoneal e ligadura tubária. Pode-se notar que houve uma taxa de 11,4% de mulheres com ligadura tubária no primeiro grupo, contra 29,9% no segundo, ou seja, mais que o dobro.

TABELA 9

**DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES ETIOLÓGICOS FEMININOS,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA**

Fatores Etiológicos	Ação Educativa				p(*)
	antes		após		
	n	%	n	%	
Ovulatório	23	13,8	11	6,6	0,03
Tuboperitoneal	54	32,3	24	14,4	< 0,01
Ligadura tubária	19	11,4	50	29,9	< 0,01
Anomalias congênitas	2	1,2	2	1,2	n.a.
Endometriose	9	5,4	17	10,2	0,10
Lesões uterinas/cérvix adq.	4	2,4	1	0,6	n.a.
Diagn. não estabelecido	44	26,3	41	24,6	0,71
ESCA	12	7,2	21	12,6	0,10
TOTAL	167	100,0	167	100,0	

* Teste de comparação de proporções

Na Tabela 10 pode-se avaliar a distribuição dos fatores etiológicos masculinos nos grupos antes e após a ação educativa. Em ambos, houve um predomínio de homens com diagnóstico “normal”. Houve diferença estatisticamente significativa somente em relação à oligospermia, que predominou no primeiro grupo.

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES ETIOLÓGICOS MASCULINOS,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA

Fatores Etiológicos	Ação Educativa				p(*)
	antes		após		
	n	%	n	%	
Vasectomia	0	0	1	0,6	n.a.
Infecção	1	0,6	0	0	n.a.
Oligospermia	28	16,8	11	6,6	<0,01
Astenospermia	10	6,0	11	6,6	0,82
Teratospermia	2	1,2	0	0	n.a.
Azoospermia	0	0	5	3,0	n.a.
Diagn. não estabelecido	38	22,8	44	26,3	0,45
Normal	88	52,7	95	56,9	0,44
TOTAL	167	100,0	167	100,0	

(*) Teste de comparação de proporções

4.2. Taxa e momento de abandono

A comparação entre a taxa de abandono de casais estéreis, antes e após a ação educativa, é apresentada na Tabela 11. Nota-se que, no primeiro grupo, foi encontrada uma taxa de 70,7% de abandono (IC95% 63,8-77,6), e, no segundo grupo, de 61,7% (IC95% 54,3-69,1). Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de abandono dos dois grupos.

TABELA 11
TAXA DE ABANDONO DE CASAIS ESTÉREIS, ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA

Abandono	Ação Educativa			
	antes		após	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	118	70,7	103	61,7
Não	49	29,3	64	38,3
TOTAL	167	100,0	167	100,0

Teste Qui-Quadrado de Pearson $p=0,08$

A seguir, foi realizada uma análise do momento em que ocorreu o abandono, de acordo com a época de seguimento, antes e após a ação educativa (Tabela 12). O momento de maior abandono, nos dois grupos, foi com a propedêutica incompleta. Entretanto, aqui também não houve diferenças estatisticamente significativas entre o momento do abandono nos grupos pré e pós-intervenção. Nota-se, apenas, que a menor taxa de abandono ocorreu com a propedêutica completa, também nos dois grupos.

TABELA 12
MOMENTO DO ABANDONO DE CASAIS ESTÉREIS,
ANTES E APÓS A AÇÃO EDUCATIVA

Momento do Abandono	Ação Educativa			
	antes		após	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1ª consulta	23	19,5	24	23,3
Propedêutica incompleta	51	43,2	37	35,9
Propedêutica completa	4	3,4	11	10,7
No tratamento	40	33,9	31	30,1
TOTAL	118	100,0	103	100,0

Teste Qui-Quadrado de Pearson p=0,13

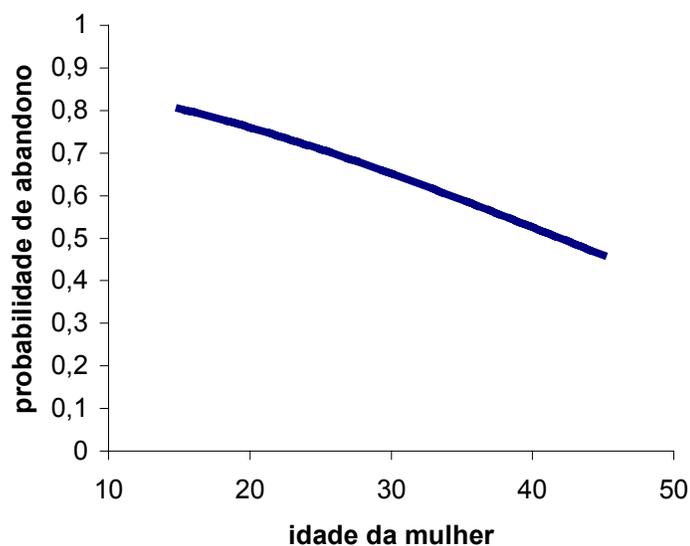
4.3. Variáveis preditoras do abandono do serviço: Análise de regressão logística

As Tabelas 13 e 14 mostram dois modelos de regressão logística utilizados para se identificar as variáveis preditoras de abandono do serviço, através de seleção *stepwise*. As variáveis utilizadas nos modelos são apresentadas no Anexo 4. A Tabela 13 contém as variáveis relacionadas às características dos casais em estudo, preditoras do abandono, podendo-se observar que somente a idade da mulher e a escolaridade do homem tiveram influência sobre o abandono. Pode-se notar que, quanto mais jovem a mulher, maior a chance de abandono. Isso pode ser melhor visualizado através do Gráfico 1, que mostra a curva da probabilidade de abandono segundo a idade da mulher. Além disso, também pode ser notado, pela análise de regressão logística, que os homens analfabetos tinham oito vezes mais probabilidade de abandono em relação àqueles com segundo grau ou superior.

TABELA 13**ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CARACTERÍSTICAS DOS CASAIS EM ESTUDO, PREDITORAS DO ABANDONO DO SERVIÇO**

Variável	coeficiente	erro padrão	p(*)	OR	IC 95%
Idade da mulher(anos)	-0,05	0,02	0,03	0,95	(0,91 - 0,99)
Escolaridade do homem					
Analfabeto	2,15	1,06	0,04	8,54	(1,06 – 68,60)
1º grau	0,29	0,26	0,27	1,33	(0,80 - 2,23)
2º grau e superior	ref	ref	ref	ref	ref

(*)Teste Qui-Quadrado de Wald

GRÁFICO 1**CURVA DA PROBABILIDADE DE ABANDONO SEGUNDO A IDADE DA MULHER**

A Tabela 14 mostra a análise de regressão logística dos fatores etiológicos preditores do abandono. As variáveis selecionadas foram os fatores tuboperitoneal, ligadura tubária, ovulatório e endometriose. Isto significa que as mulheres com fator etiológico tuboperitoneal, ligadura tubária, ovulatório e endometriose, tinham 5,6 vezes (1/0,18); 4,2 vezes (1/0,24); 3,7 vezes (1/0,27) e 3,3 vezes (1/0,30) mais probabilidade de não abandonar o serviço, respectivamente.

TABELA 14
ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA DE FATORES ETIOLÓGICOS
PREDITORES DO ABANDONO DO SERVIÇO

Fator Etiológico	coeficiente	erro-padrão	p(*)	OR	IC 95%
Tuboperitoneal	-1,68	0,333	<0,01	0,18	(0,097-0,359)
Ligadura tubária	-1,42	0,344	<0,01	0,24	(0,124-0,477)
Ovulatório	-1,32	0,425	<0,01	0,27	(0,116-0,614)
Endometriose	-1,21	0,471	0,01	0,30	(0,119-0,753)

(*)Teste Qui-Quadrado de Wald

Nota-se, pela Tabela 15, que a escolaridade da mulher também foi uma variável que apresentou grande influência na taxa de abandono do serviço, junto com a idade da mulher e a escolaridade do homem. Esta tabela mostra o abandono do serviço segundo a escolaridade da mulher, podendo-se notar que todas as mulheres analfabetas abandonaram o serviço. Além disso, verificou-se

que as mulheres analfabetas tinham 15 vezes mais probabilidade de abandono em relação às aquelas com segundo grau e superior.

No Gráfico 2, pode-se visualizar melhor a probabilidade de abandono, segundo a escolaridade do homem e da mulher.

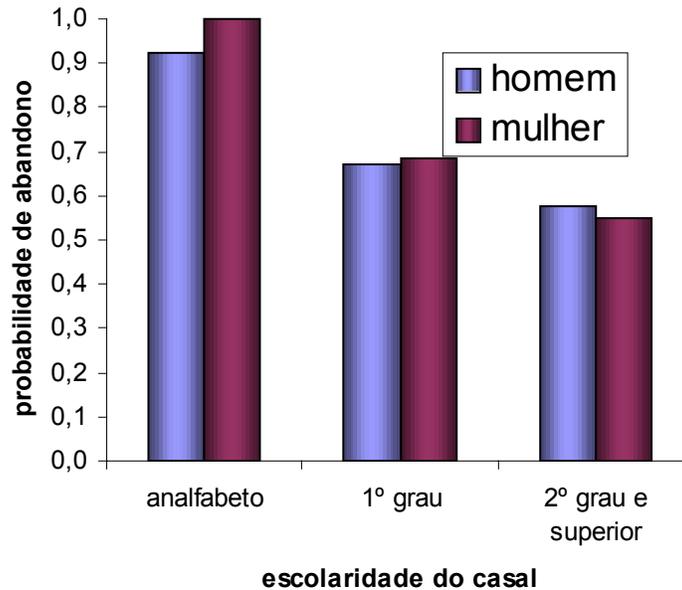
TABELA 15
ABANDONO DO SERVIÇO SEGUNDO A ESCOLARIDADE DA MULHER

Escolaridade da mulher	<i>abandonaram</i>		<i>não abandonaram</i>		<i>p</i> (*)	<i>OR</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Analfabeta	9	4,1	0	0,0	0,01	15,5
1º grau	160	73,4	73	64,6	0,02	1,79
2º grau e superior	49	22,5	40	35,4	ref.	ref.
TOTAL	218	100,0	113	100,0		

(*)Teste de significância do OR

GRÁFICO 2

PROBABILIDADE DE ABANDONO, SEGUNDO A ESCOLARIDADE DO HOMEM E DA MULHER



4.4 Respostas das cartas enviadas às mulheres

Finalmente, a Tabela 16 mostra o resultado das respostas das cartas enviadas às mulheres que abandonaram o serviço. Das 189 cartas, 29 (15,3%) retornaram pelo próprio correio, por mudança de endereço (7), endereço desconhecido (3), inexistência do número indicado (12) ou outros motivos (7). Das 160 cartas restantes, obteve-se resposta de 49 delas (30,6%), sendo que as mulheres poderiam optar por mais de um motivo de abandono. Pode-se observar que o motivo mais freqüente foi o fato de morar longe, sendo difícil vir

para a UNICAMP. Outro dado interessante é que 12 pacientes (24,5%) engravidaram, espontaneamente ou com o tratamento.

TABELA 16
MOTIVO(S) APONTADO(S) PELAS MULHERES COMO CAUSA DE
ABANDONO DO SERVIÇO (N=49 mulheres)

Motivo do Abandono	n
Moro muito longe, e era difícil ir para a UNICAMP	16
O tratamento era muito demorado	12
Tinha que esperar muito para ser atendida pelos médicos	11
Tinha que faltar muitos dias do trabalho	10
Engravidar sozinha	8
Eu e meu marido mudamos de idéia, e decidimos parar de tentar engravidar	7
Havia muitos exames para fazer	7
Engravidar com o tratamento	4
Eu me separei do meu marido	3
Comecei a tratar em outro serviço	3
Meu marido não queria fazer os exames	3
Outro motivo	2

NOTA: Cada mulher poderia optar por mais de um motivo.

5. Discussão

Pelo que se conhece, este é o primeiro estudo realizado para se avaliar a importância de uma intervenção, tipo ação educativa, sobre a taxa de abandono de um serviço de esterilidade. Constatou-se que a realização da ação educativa não fez com que as taxas de abandono do serviço diminuíssem significativamente, não tendo apresentado, portanto, a associação esperada. Por outro lado, foram encontrados como preditores importantes do abandono do serviço a baixa idade da mulher e o baixo nível de escolaridade do casal, que pode refletir indiretamente seu baixo nível socioeconômico.

Do mesmo modo que as ações educativas em Planejamento Familiar apresentam um impacto importante na redução das taxas de gravidez indesejada (MALOVIZKY et al., 1997), também aqui esperava-se uma redução significativa das taxas de abandono do serviço. Outro ponto que também levou a esta hipótese foi o achado de um estudo nos EUA, onde os itens mais importantes avaliados pelos pacientes em relação à consulta em esterilidade, foram a quantidade de informações recebidas e a explicação detalhada sobre as opções de tratamento (HALMAN, ABBEY, ANDREWS, 1993).

Entretanto, isso leva ao questionamento se os objetivos estão realmente sendo alcançados com a ação educativa, e se o programa está sendo administrado realmente como idealizado no projeto inicial, em 1993.

Na análise da influência da ação educativa sobre as taxas de abandono, uma das primeiras questões a se debater é em relação à qualidade desta prática, tanto por parte de quem administra, como por seu método. Em relação ao pessoal, as enfermeiras que ministram a palestra de ação educativa já trabalhavam no serviço há pelo menos sete anos na ocasião do início deste programa, tendo um nível de conhecimento satisfatório na área de esterilidade. Além disso, antes da implantação deste programa, em 1993, elas foram devidamente orientadas para este tipo de atividade. É utilizado um método participativo durante a palestra, como já descrito anteriormente, inclusive com recursos visuais, onde os casais são estimulados a responder algumas perguntas e a esclarecer dúvidas. Os recursos humanos, portanto, parecem satisfatórios em relação à ação educativa.

Outro tema a ser discutido é que o modelo de ação educativa no serviço talvez não esteja sendo ideal, pelo fato de ser apresentado em forma de palestra única para cada casal, e não realmente como um programa de ação continuada. Talvez, se fosse implantada uma metodologia de ação continuada com um programa de orientação periódica, com palestras abertas ou com vídeos educativos, pudesse haver um impacto importante na taxa de abandono dos casais. O grande problema encontrado nessa proposta, entretanto, seria o maior tempo de espera a que os casais estariam submetidos quando fossem

assistir a cada sessão de orientação. Isso porque um dos pontos assinalados pelos casais sobre o motivo de abandono do serviço, e que corresponde aos achados em outros estudos, é o longo tempo de espera às consultas (LALOS et al., 1985; SABOURIN et al., 1991). Além disso, as implicações na rotina do serviço podem ser substanciais, já que seria necessário maior número de pessoas especializadas para que a logística de uma educação continuada pudesse ser disponibilizada.

Um ponto a ser discutido é em relação aos níveis socioeconômico e de escolaridade dos casais atendidos no serviço, que geralmente são baixos. Desse modo, pode-se supor que não haja muita facilidade em assimilar os conceitos discutidos na ação educativa, por parte de muitos casais, não tendo com isso o impacto desejado. Além disso, deve-se levar em consideração que a ação educativa é realizada antes da admissão do casal no serviço, sendo a primeira vez que essas pessoas têm contato com a clínica. Assim, elas têm que expor sua queixa de infertilidade, o que eventualmente pode ser constrangedor para algumas pessoas. Deve-se lembrar também que, antes da primeira consulta, os casais podem estar muito ansiosos, não retendo, portanto, muito da informação fornecida durante a palestra.

Levando-se em consideração essa hipótese do alto grau de estresse a que os casais estéreis estão submetidos (EIMERS, OMYZIGT, VOGELZANG, 1997), um estudo nos EUA avaliou o aspecto psicológico de 52 casais submetidos a um programa de inseminação artificial de doador. Foi realizado em um centro terciário de referência para esterilidade, e avaliou critérios como

ansiedade, condição sexual/marital, confidencialidade, estresse psicológico e satisfação quanto ao casamento. Os casais foram classificados psicologicamente, de acordo com as respostas, em: excelentes (dentro dos limites normais), aceitáveis (com pouco conflito interno), ou aqueles com risco psicológico (que necessitariam de entrevista psicológica prévia à admissão ao serviço). Verificou-se que houve uma taxa de abandono de 50% entre os casais classificados como de risco psicológico, enquanto que esta taxa foi de apenas 20% entre os outros casais (SCHOVER, COLLINS, RICHARDS, 1992). Isso mostra a importância do estado emocional no diagnóstico e tratamento de esterilidade, já que são muitos os componentes psicológicos que acompanham os casais com esse diagnóstico (MAHLSTEDT, 1985). Já se mostrou, inclusive, os benefícios que esses casais tiveram com grupos de suporte psicológico durante o acompanhamento (LUKSE, 1985; LENTNER & GLAZER, 1991; STEWART et al., 1992).

No presente estudo foi encontrado que em 6,1% das cartas respondidas (três cartas), o casal se separou. Este dado coincide com os achados de MENNING (1982), que encontrou grande influência do diagnóstico e da causa de esterilidade no relacionamento afetivo e sexual do casal. Esse fato também pôde ser evidenciado pelo estudo de LALOS et al. (1985), onde cerca de 10% dos casais tinham se separado dois anos após a cirurgia de reconstrução tubária. Portanto, conclui-se que é necessária uma adaptação psicológica do casal ao diagnóstico de esterilidade (McEWAN, COSTELO, TAYLOR, 1987).

Outro item importante é a duração do tratamento, já que foi demonstrada uma relação inversa entre a duração do tratamento e o grau de satisfação dos casais (McCARTNEY & WADA, 1990). Como o serviço da UNICAMP faz atendimento gratuito, o número de casais é muito grande, o que muitas vezes provoca demora para a realização de exames e consultas. Infelizmente, esta é a realidade de quase todos os serviços públicos nacionais. Para que se exemplifique este fato, a espera para se poder realizar uma laparoscopia neste serviço gira em torno de três a quatro meses, e a primeira consulta pode demorar até dois meses.

Um dado encontrado, em estudo nos EUA, foi que o número de exames para investigação da esterilidade e os respectivos tratamentos foram preditores significativos do nível de estresse relacionado a todo o processo, tanto para a mulher como para o homem (ABBEY, HALMAN, ANDREWS, 1992). Pelo fato desses itens, como número de exames e demora do tratamento, serem abordados na ação educativa, esta poderia reduzir o nível de estresse dos casais, ainda que não os levasse a dar mais continuidade ao seguimento.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas em relação ao momento do abandono, antes e após a ação educativa, verificou-se que o momento de menor abandono, nos dois grupos, foi quando a propedêutica estava completa.

Este fato coincide com o resultado de estudos anteriores, mostrando que a menor taxa de abandono ocorreu quando já se tinha um diagnóstico

definido (COLLINS, BURROWS, WILLAN, 1993). A demora no diagnóstico também pode contribuir para o aumento de expectativas e do grau de ansiedade do casal. Nessa fase, os casais são submetidos a muitos exames e têm que comparecer a várias consultas, levando-os a desgaste físico e emocional importantes.

Em estudo realizado no Canadá, o momento da primeira consulta e o momento do diagnóstico foram apontados pelos casais como sendo aqueles em que haveria maior necessidade de auxílio psicológico, por serem os momentos mais estressantes do acompanhamento do casal (DANILUK, 1988). Disso, pode-se inferir que a época do diagnóstico é um momento de extrema importância para o casal, já que é um momento de decisão, sendo que é nessa ocasião que sua esterilidade parece estar mais próxima de uma solução. Este momento poderia ser oportuno, inclusive, para um reforço da ação educativa.

Parece existir uma relação íntima da insatisfação dos casais com o abandono do serviço. A insatisfação pode estar associada com o grau de estresse psicológico dos casais (GREENLEY, YOUNG, SCHOENHERR, 1982), e pode ser agravada pela falta de informação sobre o seu prognóstico, o grande número de horas de espera pela consulta, o pouco tempo de conversa com o médico, o fato de serem atendidos por médicos diferentes em cada consulta, ou até falta de informação a respeito de soluções alternativas para sua esterilidade – como, por exemplo, a adoção (SABOURIN et. al., 1991). Algumas dessas reclamações também foram freqüentemente encontradas no estudo de LALOS et al. (1985). No Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP também a relação

médico-paciente pode não ser ideal pelas próprias características do serviço, onde o paciente é atendido por diferentes médicos a cada retorno.

O fato de os pacientes com maior *estresse* psicológico serem mais propensos a apresentarem insatisfação em relação aos outros, pode ser agravado pela negação de seus problemas pessoais (GREENLEY et al., 1982). Além disso, verificou-se que um dos maiores preditores da aderência do paciente à terapêutica é sua satisfação na relação com o médico (LIPKIN, 1996). No presente estudo observaram-se, como fatores de abandono apontados pelas mulheres, alguns motivos de insatisfação relacionados ao serviço, como por exemplo a longa espera para ser atendida.

Um ponto interessante deste estudo, foi o envio das cartas aos casais que não retornaram ao serviço, para se tentar determinar a causa do abandono. Verificou-se que determinar a porcentagem de abandono não seria suficiente. Deste modo, saber também a razão da perda de seguimento traria mais informações para, no futuro, tentar adequar o serviço às necessidades de seus usuários. Apesar de o número de respostas não ter sido alto, foram apontados alguns prováveis motivos de abandono do serviço.

Neste estudo foi encontrado que 7,9% das cartas enviadas (15 cartas) retornaram pelo correio porque o endereço não existia ou o destinatário era desconhecido. Isso pode sugerir que, eventualmente, alguns dos casais tenham referido um outro endereço na identificação da ficha clínica, que não o seu próprio, pelo simples fato de não quererem ser localizados. Assim, estariam mantendo certo sigilo sobre o diagnóstico de esterilidade, já que grande parte

dos casais prefere manter segredo sobre esta condição, que é motivo de estigma para muitos deles (MENNING, 1982; NACHTIGALL, BECKER, WOZNY, 1992).

O principal motivo de abandono encontrado nas respostas das cartas enviadas neste trabalho foi o fato de morar longe, sendo difícil vir para a UNICAMP. Isso pode sugerir a importância do fator socioeconômico, já que o custo de transporte a este serviço pode ser alto, tendo em vista que a UNICAMP não é um local de fácil acesso.

Outro motivo também encontrado com frequência nas respostas das cartas foi o fato de ter que faltar muitos dias ao trabalho. No contexto atual em que vivemos, com a crise econômica vigente e o alto índice de desemprego, a perda de dias de trabalho pode traduzir um problema importante no que se refere à estabilidade no emprego, além da própria perda financeira.

Ao contrário de outros países, em que todos os casais estéreis podem ter acesso a um serviço de esterilidade, independentemente do nível socioeconômico (COOLINS, BURROWS, WILLAN, 1994), isto nem sempre ocorre no Brasil. E, quando eles têm acesso a esse tipo de serviço, o fator socioeconômico pode ter influência na perda de seguimento. Isso pode ser inferido pelos resultados obtidos neste estudo através da relação entre o baixo nível de escolaridade do casal e a taxa de abandono do serviço, já que o nível de escolaridade pode ser uma maneira indireta de se avaliar a condição socioeconômica do casal. Um estudo, realizado no Canadá, avaliou a influência dos fatores socioeconômicos na perda de seguimento em um serviço de

esterilidade. Verificou-se que ela foi 1,6 vezes maior se a mulher estava desempregada, e casais pertencentes a uma camada social alta estiveram menos propensos ao abandono do serviço. Nesse mesmo estudo, apenas 13% dos casais tiveram perda de seguimento, em sete anos (COLLINS et al., 1993). Entretanto, esses achados parecem divergir de outro estudo, que encontrou correlação negativa entre o nível educacional dos pacientes e o grau de satisfação com o tratamento. Nesse mesmo estudo também foi encontrada correlação positiva entre o tempo de esterilidade e o grau de satisfação dos casais com o serviço (SABOURIN et. al., 1991).

O fato de que os serviços públicos de esterilidade deveriam fornecer gratuitamente todo tipo de assistência relacionada ao diagnóstico e tratamento, sem ônus aos pacientes, não é consenso na literatura, e nem sempre ocorre devido a limitações financeiras. Há quem pense que o tratamento em esterilidade não deveria ser fornecido por serviços públicos em países onde os recursos são limitados. Ao contrário, nesses locais deveria se objetivar a redução da necessidade pelos serviços médicos (FRIES et al., 1993), como por exemplo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e doença inflamatória pélvica, prevenindo, com isso, a presença de esterilidade por fator tubário. Outras opiniões giram em torno do conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que o define como o bem-estar físico, mental e social do ser humano. Nesse sentido, a “esterilidade” poderia excluir a condição de saúde de alguns indivíduos, e portanto deveria ser fornecida assistência gratuita aos pacientes (VEKEMANS, TOUBIA, SHAH, 1994). No

Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP, por exemplo, o único serviço que não é prestado é o fornecimento da medicação aos pacientes. Como se trata de medicamentos caros, esse fator também pode ser um dos motivos que levem ao abandono do serviço – mesmo que não seja o fator preponderante.

O fato de 24,5% das mulheres terem engravidado, espontaneamente ou com o tratamento, leva-nos a crer que nem sempre o abandono ocorre por motivos socioeconômicos, ou pela insatisfação com o serviço. Pode também ocorrer pela não necessidade de retornar ao serviço, à medida que o objetivo principal do casal tenha sido alcançado, ou seja, a gravidez. Isso pode prejudicar no sentido de haver um mascaramento da real taxa de sucesso do tratamento, pois foi verificado que quatro mulheres (8,2% das cartas respondidas) engravidaram com o tratamento, sem terem informado o serviço.

Em relação à idade da mulher e do homem, pode-se notar que, tanto em uma como em outra, a porcentagem de indivíduos com 35 anos ou mais foi maior no grupo após a ação educativa, principalmente em relação ao homem (24,7% no grupo antes e 34,1% no grupo após a ação educativa). Esta diferença no perfil dos grupos, em relação à faixa etária, pode ser justificada pelo número crescente de mulheres com ligadura tubária arrependidas neste serviço (BAHAMONDES et al., 1992).

A baixa idade da mulher, encontrada na análise de regressão logística, mostrou sua grande relação com o abandono do serviço. Isto talvez ocorra porque as mulheres mais jovens podem chegar à conclusão de que ainda têm muitos anos de fertilidade pela frente, podendo esperar um pouco

mais para seu tratamento. Aquelas com mais idade, por outro lado, teriam mais estímulo a permanecer no serviço, já que teriam menos anos de vida fértil. Este fato pode ter sido mais evidente após a ação educativa, quando as mulheres apresentaram uma faixa etária maior em relação ao primeiro grupo, pois alguns casais mais jovens podem ter desistido do ingresso ao serviço após terem sido orientados sobre a demora na propedêutica e tratamento. Os casais com mais idade, ao contrário, talvez tenham expectativas mais realistas a respeito do tratamento e, portanto, tenderiam a abandonar menos.

Houve um aumento importante de mulheres com esterilidade secundária após a ação educativa. Apesar do pouco tempo decorrido entre as análises dos dois grupos, isto também pode ser justificado pelo aumento de mulheres com ligadura tubária neste serviço, conforme já citado anteriormente (BAHAMONDES et al., 1992). Além disso, o que também pode ter colaborado para essa situação é a popularização dos programas de FIV pelos meios de comunicação.

As taxas de abandono encontradas neste estudo, apesar de muito altas, foram semelhantes às aquelas encontradas anteriormente no mesmo serviço (CUNHA E SILVA, 1982; FERNANDES, 1994). Entretanto, apesar da ação educativa não ter interferido de forma significativa com a permanência ou não dos casais no serviço, isso não significa que não seja uma intervenção de relevância. Há de se levar em consideração que, embora sem significação estatística em relação à diferença na taxa de abandono que era esperada neste estudo, houve uma diminuição de 9% nesta taxa após a intervenção. Esse valor

não é pequeno, considerando-se o benefício que isso significa para o serviço em termos financeiros.

Um ponto que deve ser avaliado é a necessidade de um programa de aconselhamento psicológico durante o seguimento dos casais. Teria como objetivo melhorar seu estado emocional, já que foram mostradas as vantagens de alguns programas de aconselhamento, não só no caso da esterilidade (ADAMS et al., 1993). Além disso, foi mostrado em estudo anterior que sessões de aconselhamento em esterilidade, principalmente as de longa duração (seis ou mais sessões), melhoraram muito a qualidade de vida em termos psicológicos, principalmente para as mulheres (BRESNICK & TAYMOR, 1979).

Uma impressão subjetiva e informal que foi obtida, através de conversas com os médicos que atendem no serviço, mas que não foi objeto deste estudo, foi de que a ação educativa melhorou o nível de conhecimento dos casais em relação aos procedimentos e condutas em esterilidade, o que foi muito evidente na prática. O fato de os médicos que atendem no Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP terem notado, já na primeira consulta, alguma diferença na orientação dos casais que assistiram à ação educativa, fez com este programa tivesse continuidade neste serviço, até que novos estudos pudessem elucidar melhor o fato. A ação educativa aparentemente teria outros benefícios, que precisariam ser melhor avaliados. Talvez sejam necessários outros estudos como, por exemplo, questionários aplicados aos médicos que atendem neste ambulatório, comparando o nível de conhecimento com que os

casais chegam à primeira consulta, com aquele existente antes da implantação da ação educativa.

Outro estudo muito válido seria a aplicação de um questionário imediatamente antes e depois que os casais tivessem assistido à palestra de ação educativa, sobre as informações básicas fornecidas, tentando-se avaliar, com isso, o grau de assimilação das informações recebidas. Outra sugestão seria a aplicação de questionários aos casais em forma de uma avaliação em escala desse tipo de programa, seguindo o exemplo de outros estudos (SABOURIN et. al., 1991; BRESNICK & TAYMOR, 1979). Talvez, assim, seria possível mostrar que, apesar de não ser preditora do abandono do serviço, a ação educativa melhora bastante o nível de orientação dos casais, já que em outro estudo se mostrou que o grau de satisfação dos casais também estava relacionado com o nível de informação e orientação dos mesmos (HALMAN et al., 1993).

Finalmente, cabe ressaltar a importância deste tipo de pesquisa operacional para se avaliar o andamento do serviço e a qualidade do atendimento. Com isso, verificou-se a necessidade de melhorar o programa de ação educativa no Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP, ao invés de abandoná-lo. Somente através de contínuas avaliações e análises críticas das atitudes tomadas é que se poderá oferecer atendimento de qualidade, que satisfaça, na medida do possível, a ansiedade dos pacientes atendidos no serviço.

6. Conclusões

1. O perfil dos casais que solicitaram atendimento no serviço, foi diferente nos grupos antes e após a ação educativa, em relação à idade da mulher, escolaridade da mulher e do homem, tipo e tempo de esterilidade, número de filhos da mulher com outro parceiro, e fatores etiológicos femininos, muitos deles mostrando o número crescente de mulheres com ligadura tubária arrependidas no serviço.
2. O programa de ação educativa não pareceu interferir de forma preponderante na permanência ou não dos casais no serviço, já que não diminuiu significativamente as taxas de abandono.
3. O momento de maior abandono, tanto antes como após a ação educativa, foi quando o diagnóstico ainda não estava estabelecido.
4. As variáveis relacionadas às características dos casais, encontradas como preditoras de abandono do serviço, foram a baixa idade da mulher e o baixo nível de escolaridade do casal, e os fatores etiológicos preditores do não

abandono foram o tuboperitoneal, ligadura tubária, ovulatório e endometriose.

5. O fato de morar longe da UNICAMP foi encontrado como o motivo mais importante de abandono do serviço, relatado pelas próprias pacientes, podendo sugerir a importância do fator socioeconômico em relação ao abandono do mesmo.

7. Summary

The purpose of this study was to evaluate the impact of an educational activity in infertility in reducing dropout rates, at the Infertility Clinic of CAISM/UNICAMP. This was an operational research, comparing dropout rates before and after the implantation of this educational activity in the Clinic. A total of 167 files were evaluated before the implantation of this program, and other 167 after that. Variables included age and scholarity of both men and women, home distance, type and time of infertility, number of children of men and women with other partner, number of children of the couple, male and female factor of infertility, and the dropout rate. At the end of the study, the women with loss of follow up received a letter asking the reason of dropout. The statistical program used to analyse data was SAS (Statistical Analysis System), with 95% of significance ($p < 0,05$). In the second group, women were older and had a better level of scholarity than the first group. In addition, a higher percentage of the couples in the second group had secondary infertility, greater time of infertility, and there was a greater number of womem with tubal ligation. The dropout rate was 70,7% before the educational activity, and 61,7% after it,

without statistical differences. The dropout period also showed no statistical differences. Higher percentage of dropout was observed among couples with an incomplete diagnosis of infertility. The predictors of dropout were low age of women and low scholary level of the couple. Only 30,6% of women answered the letters, and the most frequent reason of dropout was the long distance from home to UNICAMP. The educational activity did not show a great impact on reducing dropout rate; the most important predictors of dropout were young aged woman and low scholary level of the couple, which could reflect the influence of socioeconomic level of couples on the continuation rate.

B. Referências Bibliográficas

ABBEY, A .; HALMAN, L.J.; ANDREWS, F.M. - Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility.

Fertil.Steril., **57**:122-8, 1992.

ADAMS, M.M.; BRUCE, C.; SHULMAN, H.B.; KENDRICK, J.S.; BROGAN, D.J.; THE PRAMS WORKING GROUP – Pregnancy planning and pre-conception counseling. *Obstet. Gynecol.*, **82**:955-9, 1993.

AGRESTI, A . **Categorical data analysis**. New York: John Wiley, 1990. 558p.

BAHAMONDES, L.; PETTA, C.A .; FAÚNDES, A .; DIAZ, J.; BEDONE,A.-
Significado do recente aumento do número de solicitações de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. *Femina*, **20**:360-2, 1992.

BAHAMONDES, M.Y.M. – **Algumas vivências de mulheres com esterilidade primária por obstrução tubária e informações recebidas sobre o risco das infecções do trato reprodutivo**. Campinas, 1996. [Tese – Mestrado- Universidade Estadual de Campinas].

BLAKE, D.; SMITH, D.; BARGIACCHI, A.; FRANCE, M.G.; GUDEX, G. -
Fertility awareness in womem attending a fertility clinic. *Aust. NZJ Obstet.Gynaecol.*, **37**:350-2, 1997.

- BRESNICK, E. & TAYMOR, M. – The role of counseling in infertility. *Fertil. Steril.*, **32**:154-6, 1979.
- COLLINS, J.A .; BURROWS, E.A .; WILLAN, A .R. - Occupation and the follow-up of infertile couples. *Fertil.Steril.*, **60**:477-85, 1993.
- COLLINS, J.A .; BURROWS, E.A .; WILLAN, A .R. – Occupation and the clinical characteristics of infertile couples. *Can. J. Public Health.*, **85**:28-32, 1994.
- COLLINS, J.A .; FEENY, D.; GUNBY, J. - The cost of infertility diagnosis and treatment in Canada in 1995. *Hum.Reprod.*, **12**:951-8, 1997.
- COMHAIRE, F.; ZALATA, A .; MAHMOUD, A . – Critical evaluation of the effectiveness of different modes of treatment of male infertility. *Andrologia*, **28(Suppl 1)**: 31-5,1996.
- COOPER G.S. – An analysis of the costs of infertility treatment. *Am. J. Public. Health*, **76**: 1018-9, 1986.
- CUNHA E SILVA, M. – **Estudo de casais que consultaram no Ambulatório de Esterilidade da FCM/UNICAMP no período de 1972-80**. Campinas, 1982. [Tese – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas].
- DANILUK, J. C. – Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil. Steril.*, **49**:982-90, 1988.
- DAVIS, D.A .; THOMPSON, M.A .; OXMAN, A .D.; HAYNES, R.B. – Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, **274**:700-5, 1995.

- DETSKY, A .S. & NAGLIE, I.G. – A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. *Ann. Intern. Med.*, **113**:147-54, 1990.
- DI SILVESTRE, C. - Abandono y discontinuidad del tratamiento de infertilidad. *Rev. Sociol., Universidad de Chile*, **4**:77-93, 1989.
- DOODY, M.C. – Drop-out behavior and fertility table analysis of pregnancy rates. *Hum. Reprod.*, **8**:886-9, 1993.
- DORLAND, M.; VAN KOOIJ, R.J.; TE VELDE, E.R. – General ageing and ovarian ageing. *Maturitas*, **30**: 113-8, 1998.
- EDDY, M.H. – Applying cost-effectiveness analysis: the inside story. *J. Am. Med. Assoc.*, **268**: 2575-82, 1992.
- EIMERS, J.M.; OMTZIGT, A.M.; VOGELZANG, E.T. – Physical complaints and emotional stress related to routine diagnostic procedures of the fertility investigation. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, **18**: 31-5, 1997.
- EISENBERG, J.M. – Clinical economics: a guide to the economic analysis of clinical practices. *J. Am. Med. Assoc.*, **262**: 2879-86, 1989.

FERNANDES, A.M.S. - **Incidência dos fatores etiológicos e da taxa de abandono nos serviços de esterilidade conjugal dos hospitais universitários de Campinas.** Campinas, 1994. [Tese - Mestrado - Universidade de Estadual de Campinas].

FERNANDES, A.M.S. & BAHAMONDES, L. - Frequência e fatores vinculados com abandono em casais estéreis dos hospitais Universitários de Campinas. **Reprod.Climat.**, **10**:31-5,1995.

FISHER, A.A.; LAING, J.E.; STOECKEL, J.E.; TOWNSEND, J.W. – **Handbook for family planning operations research design.** 2^a ed., New York. Population Council, 1991. 77p.

FRIES, J.F.; KOOP, C.E.; BEADLE, C.E.; COOPER, P.P.; ENGLAND, M.J.; GREAVES, R.F.; SOKOLOV, J.J.; WRIGHT, D. . – Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. **New Engl. J. Med.**, **329**:321-5, 1993.

GLEICHER, N.; VANDERLAAN, B.; KARANDE, V.; MORRIS, R.; NADHERNEY, K.; PRATT, D. - Infertility treatment dropout and insurance coverage. **Obstet.Gynecol.**, **88**:289-93, 1996.

GRAHAM, F.M.; GOSLING, L.; FRANCE, J.T. - An evaluation of teaching cervical mucus symptoms to ovulating infertile womem. **Aust.NZJ Obstet.Gynaecol.**, **23**:226-30, 1983.

GREENLEY, J.R.; YOUNG, T.B.; SCHOENHERR, R.A. – Psychological distress and patient satisfaction. **Med. Care**, **20**:373-85, 1982.

- GUEDES, M.L.S. – **Bioestatística para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro. Ao Livro Técnico S/A, 1988. 201p.
- HALMAN, L. J.; ABBEY, A. .; ANDREWS, F.M. – Why are couples satisfied with infertility treatment? **Fertil. Steril.**, **59**:1046-54, 1993.
- HOSMER, D.W. & LEMESHOW, S. – **Applied logistic regression**. John wiley & Sons. New York, 1989. 307p.
- KERR, J.; BROWN, C.; BALEN, A .H. - The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. **Hum.Reprod.**, **14**:934-8, 1999.
- LALOS, A .; LALOS, O.; JACOBSSON, L.; SCHOULTZ, B. – Psychological reactions to the medical investigation and surgical treatment of infertility. **Gynecol. Obstet. Invest.**, **20**:209-17, 1985.
- LAND, J.A .; COURTAR, D.A .; EVERS, J.L.H. - Patient dropout in an assisted reproductive technology program: implications for pregnancy rates. **Fertil.Steril.**, **68**:278-81, 1997.
- LANDIS, J.R. & KOCK, G.G. – The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, **33**: 159-74, 1977.
- LENTNER, E. & GLAZER, G. – Infertile couples' perceptions of infertility support-group participation. **Health Care Womem Int.**, **12**:317-30, 1991.
- LIPKIN, M. – Physician-patient interaction in reproductive counseling. **Obst. Gynecol.**, **88**: 31S-40S, 1996.

- LUKSE, M.P. – The effect of group counseling on the frequency of grief reported by infertile couples. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, **14(6 Suppl)**: 67s-70s, 1985.
- LUNENFELD, B. & INSLER, V. - Future trends in infertility treatment: challenges ahead. *Fertil.Steril.*, **68**:977-80, 1997.
- MAHLSTEDT, P.P. – The psychological component of infertility. *Fertil. Steril.*, **43**: 335-46, 1985.
- MAHOMED, K.; HEALY, J.; TANDOM, S. – Family planning counseling – a priority for post abortion care. *Cent. Afr. J. Med.*, **43**:205-7, 1997.
- MALOVIZKY, D.; LAVI, B.; MODAN, B. - A reduction in the number of unwanted pregnancies among female army draftees through a controlled intervention. *Fertil.Steril.*, **68**:435-8, 1997.
- McCARTNEY, C.F.& WADA, C.Y. – Gender differences in counseling needs during infertility treatment. In: SCTOTLAND, N.L. - **Psychiatric aspects of reproductive technology**. 1^a ed. Am. Psychiatric Press. Washington, 1990. p. 141-54.
- McEWAN, K.L.; COSTELO, C.G.; TAYLOR, P.J. – Adjustment to infertility. *J. Abnorm. Psychol.*, **96**:108-16, 1987.
- MENNING, B. E. – The psychological impact of infertility. *Nurs. Clin. North Am.*, **17**:155-63, 1982.
- MOSHER, W.D. & PRATT, W.F. – Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. *Fertil. Steril.*, **56**:192, 1991.

- NACHTIGALL, R.D.; BECKER, G.; WOZNY, M. – The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil. Steril.*, **57**: 113-21, 1992.
- OWENS, D.J. & READ, M.W. - Patients experience with the assessment of subfertility testing and treatment. *J. Rep. Inf. Psych.*, **2**:7-17, 1984.
- PETTA, C.A .; BAHAMONDES, L.; HIDALGO, M.; FAÚNDES, A .; BEDONE, A.J.; FAUNDES, D. - Follow-up of woman seeking sterilization reversal: a Brazilian experience. *Adv.Contracept.*,**11**:157-63, 1995.
- PIOTROW, P.T.; KINCAID, D.L.; RIMON II, J.G.; RINEHART, W. – **Health communication. Lessons from family planning and reproductive health.** Londres. Praeger Publishers, 1997. 307p.
- POCOCK, S.J. - **Clinical trials - a practical approach.** New York. John Wiley & Sons, 1983. 266p.
- RABIN, D.S.; QADEER,U.; STEIR,V.E. - A cost and outcome model of fertility treatment in a managed care environment. *Fertil.Steril.*, **66**:896-903, 1996.
- ROWE, P.J. & FARLEY, T.M.M. - The standarized investigation of the infertile couple. In: ROWE, P.J. & VIKHLYAENA, E.M. (eds), **Diagnosis and treatment of infertility**, Hans Huber Publisher, Toronto, 1988. p.15-39.
- SABOURIN, S.; WRIGHT, J.; DUCHESNE, C.; BELISLE, S. – Are consumers of modern fertility treatments satisfied? *Fertil. Steril.*, **56**:1084-90, 1991.
- SAS INSTITUTE INC. Versão 6.12, Cary, N.C: SAS Institute, Inc., USA, 1996.

- SCHOVER, L.R.; COLLINS, R.L.; RICHARDS, S. - Psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow-up of recipient couples. ***Fertil.Steril.***, **57**:583-90, 1992.
- SCHROEDER, P. – Infertility and the world outside. ***Fertil. Steril.***, **49**:765-7, 1988.
- SOUTER, V.L.; PENNEY,G.; HOPTON, J.L.; TEMPLETON, A .A . - Patient satisfaction with the management of infertility. ***Hum.Reprod.***, **13**:1831-6, 1998.
- STEWART, D.E.; BOYDELL, K.M.; McCARTHY, K.; SWERDLYK, S.; REDMOND, C.; COHRS, W. – A prospective study of the effectiveness of brief professionally-led support groups for infertility patients. ***Int. J. Psychiatry Med.***, **22**:173-82, 1992.
- TE VELDE, E.R.; SCHEFFER, G.J.; DORLAND, M.; BROEKMANS,F.J.; FAUSER, B.C. – Developmental and endocrine aspects of normal ovarian aging. ***Mol. Cell Endocrinol.***, **145**:67-73, 1998.
- UBEL, P. A .; DEKAY, M.L.; BARON, J.; ASCH, D.A . – Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints: is it equitable? ***New. Engl. J. Med.***, **334**:1174-7, 1996.
- VANDERLAAN, B.; KARANDE, V.; KROHM, C.; MORRIS, R,; PRATT, D.; GLEICHER, N. - Cost considerations with infertility therapy: outcome and cost comparison between health maintenance organization and preferred provider organization care based on physician and facility cost. ***Hum.Reprod.***, **13**:1200-5, 1998.

VAN VOORHIS, B.J.; SPARKS, A .E.T.; ALLEN,B.D.; STOVALL,D.W.; SYROP, C.H.; CHAPLER, F.K. - Cost-effectiveness of infertility treatments: a cohort study. *Fertil.Steril.*, **67**: 830-6, 1997.

VAN VOORHIS, B.J.; STOVALL, D.W.; ALLEN, B.D.; SYROP, C.H. - Cost-effective treatment of the infertile couple. *Fertil.Steril.*, **70**:995-1005, 1998.

VEKEMANS, M.; TOUBIA, N.; SHAH, I. – Infertility treatment: luxury, desire or necessity. *Reprod. Health Mat.*, **4**: 937, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Simplified management of the infertile couple. Special program of research, development and research training in human reproduction.** Genebra, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Task force on methods for the determination of the fertile period. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning:1. The teaching phase. *Fertil,Steril.*, **35**:152-8, 1981.

9. Bibliografia de Normatizações

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/ PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

10. Anexos

ANEXO 1

FICHA DE LEVANTAMENTO DE DADOS

1. Caso: |__| |__| |__| |__|

2. Grupo: |__| 0. Sem ação educativa 1. Com ação educativa

3. N° Esterilidade: |__| |__| |__| |__|

4. Local de residência (cidade): _____

5. Distância da residência: _____ Km

6. Idade da mulher: |__| |__|

7. Idade do homem: |__| |__|

8. Escolaridade da mulher: |__|

1. Analfabeta 4. 2° grau incompleto 7. Superior completo

2. 1° grau incompleto 5. 2° grau completo

3. 1° grau completo 6. Superior incompleto

9. Escolaridade do homem: |__| (seguir a mesma classificação usada acima)

10. N° de filhos da mulher com outro parceiro: |__| |__|

11. N° de filhos do homem com outra parceira: |__| |__|

12. N° de filhos da mulher com o parceiro atual: |__| |__|

13. Tipo de esterilidade: |__| 1. Primária 2. Secundária

14. Tempo de esterilidade (em anos completos): |

15. Fatores femininos: |

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. Disfunção sexual | 6. Endometriose |
| 2. Ovulatório | 7. Lesões uterinas/cérvix adquiridas |
| 3. Tuboperitoneal | 8. Causas sistêmicas |
| 4. Ligadura tubária | 9. Diagnóstico não estabelecido |
| 5. Anomalias congênitas | 10. ESCA |

16. Fatores masculinos: |

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| 1. Disfunção sexual | 7. Astenospermia |
| 2. Causas sistêmicas | 8. Teratospermia |
| 3. Vasectomia | 9. Azoospermia |
| 4. Varicocele | 10. Diagnóstico não estabelecido |
| 5. Infecção | 11. Normal |
| 6. Oligospermia | |

17. Abandono do serviço: 1. Sim 2. Não Se 1, passe a 18.

18. Momento de abandono:

1. Na primeira consulta
2. Proped. incompleta
3. Proped. completa
4. No tratamento

ANEXO 2

CARTA ENVIADA ÀS MULHERES AO FINAL DO ESTUDO

Sra. MARIA APARECIDA DA SILVA

Nós, da equipe do Ambulatório de Esterilidade do CAISM-UNICAMP, notamos que a senhora começou a ser consultada em nosso ambulatório, mas não continuou o acompanhamento. Estamos fazendo uma pesquisa sobre as causas de abandono do nosso ambulatório, e gostaríamos de pedir para que a senhora assinalasse com um “x” o motivo pelo qual não voltou mais. Isto pode ser de muita utilidade para ajudar no futuro outros casais. Favor colocar esta carta dentro do envelope que estamos anexando, e colocá-lo em qualquer caixa de correio (não precisa colocar selo). Também aproveitamos a oportunidade para dizer que estamos à sua inteira disposição, caso queira continuar seu acompanhamento em nosso ambulatório, mesmo que faça muitos anos que interrompeu o seguimento. Desde já, agradecemos a sua colaboração, pois sua opinião é muito importante para que a gente possa melhorar nosso atendimento.

DR. LUIS GUILLERMO BAHAMONDES
Médico ginecologista e professor do
Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP

Favor anotar o motivo pelo qual não retornou ao ambulatório (com um “x”):

- tinha que esperar muito para ser atendida pelos médicos
- havia muitos exames para fazer
- o tratamento era muito demorado
- moro muito longe, e era difícil ir para a UNICAMP
- tinha que faltar muitos dias do trabalho
- meu marido não queria fazer os exames
- engravidei sozinha
- engravidei com o tratamento
- eu me separei do meu marido
- eu e meu marido mudamos de idéia, e decidimos parar de tentar engravidar
- comecei a tratar em outro serviço
- outro motivo (escrever aqui qual o motivo): _____

ANEXO 3

FICHA DE ESTERILIDADE (AMBULATÓRIO DE ESTERILIDADE)

ANEXO 4

ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

VARIÁVEL DEPENDENTE

Abandono do serviço (1= abandonou, 0= não abandonou)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

1. Modelo 1: variáveis relacionadas às características dos casais

- Distância da residência (em quilômetros; se reside em Campinas, esta variável assume zero, ou seja, não contribui ao modelo)
- Idade da mulher (em anos completos)
- Idade do homem (em anos completos)
- Escolaridade do homem (2º grau ou superior é uma categoria de referência)
 - analfabeto (1 = analfabeto, 0 = outros)
 - 1º grau (1 = 1º grau, 0 = outros)
- Nº filhos da mulher com outro parceiro (a referência é sem filhos)
 - 1 filho (1 = possui um filho, 0 = outros)
 - 2 ou mais filhos (1 = possui 2 ou mais filhos, 0 = outros)
- Nº filhos do homem com outra parceira (a referência é sem filhos)
 - 1 filho (1 = possui um filho, 0 = outros)
 - 2 ou mais filhos (1 = possui 2 ou mais filhos, 0 = outros)
- Nº filhos da mulher com o parceiro atual (a referência é sem filhos)
 - 1 filho (1 = possuem um filho, 0 = outros)
 - 2 ou mais filhos (1 = possuem 2 ou mais filhos, 0 = outros)
- Tipo de esterilidade (1 = primária, 0 = secundária)
- Tempo de esterilidade (1 = 3 anos ou mais, 0 = até 2 anos)

2. Modelo 2: fatores etiológicos

- Fatores etiológicos femininos
 - ovulatório (1 = sim, 0 = não)
 - tuboperitoneal (1 = sim, 0 = não)
 - laqueadura (1 = sim, 0 = não)
 - endometriose (1 = sim, 0 = não)
 - outros fatores não tinham frequências suficientes para compor um modelo
- Fatores etiológicos masculinos
 - oligospermia (1 = sim, 0 = não)
 - astenospermia (1 = sim, 0 = não)
 - outros fatores não tinham frequências suficientes para compor um modelo