

SARC e LARC: grau de conhecimento e frequência de uso em complexo hospitalar de referência no Paraná

SARC and LARC: degree of knowledge and frequency of use in a reference hospital complex in Paraná

Luiza Ortiz David ¹, Sheldon Rodrigo Botogoski ^{1,2}

Resumo

Introdução: Contraceptivos representam um elemento essencial para a vida reprodutiva e para o planejamento familiar. O grau de conhecimento das mulheres sobre esse tema exerce influência sobre suas escolhas por determinados métodos anticoncepcionais. **Objetivos:** os objetivos deste estudo foram traçar o perfil etário e socioeconômico das pacientes do Ambulatório de Reprodução Humana do CHC-UFPR e avaliar seu conhecimento e uso de contraceptivos de curta e de longa ação (SARC e LARC), de forma a identificar lacunas de informação que pudessem ocasionar gestações não planejadas e direcionar futuras estratégias educativas sobre contraceptivos. **Métodos:** Conduzimos entrevistas por meio de questionários objetivos aplicados a pacientes do sexo feminino entre 18 e 50 anos na ocasião de suas consultas, indagando-as sobre sua ciência da existência de diversos anticoncepcionais, tipo de método utilizado e tempo de uso, presença, frequência e motivos para gestações não planejadas. **Resultados:** Os principais resultados indicaram um grupo de pacientes jovens e com alta escolaridade, cuja utilização de métodos anticoncepcionais era semelhante entre SARC e LARC. O conhecimento dos anticoncepcionais foi satisfatório, principalmente entre os mais populares como anticoncepcional hormonal oral e DIU de cobre. Gestações não planejadas estiveram presentes na vida reprodutiva de 60% das pacientes, sendo o principal motivo o não uso de contraceptivos. Não houve associação

entre uso de SARC ou LARC e maior número de gestações indesejadas. O número de contraceptivos conhecidos por mulheres sem gestações indesejadas foi uma mediana maior do que aquele das mulheres com esses eventos. **Conclusão:** A abordagem das pacientes do ambulatório da Reprodução Humana do CHC-UFPR deve ser direcionada para pacientes jovens, com alto grau de instrução e amplo conhecimento sobre contraceptivos. É importante que os profissionais de saúde do local busquem orientá-las de forma a reduzir a taxa de gestações não planejadas.

Palavras chave: Anticoncepcionais, gravidez não planejada, Conhecimento

Abstract

Introduction: Contraceptive agents represent an essential element in reproductive life and family planning. The knowledge extension for women about that subject influences choices for certain contraceptive methods. **Objective:** The aims of this study were to determine the age and socioeconomic profile of the patients of the Human Reproduction Clinic in the Hospital Complex of Federal University of Paraná and to evaluate their knowledge and use of short-acting reversible contraceptives (SARC) and long-acting reversible contraceptives (LARC), in order to identify information gaps that could cause unplanned pregnancies and direct future educational strategies on contraceptives. **Methodology:** We conducted interviews using objective questionnaires applied to female patients aged from 18 to 50 years old before or after their medical appointment, asking about their knowledge of the existence of diverse contraceptive agents, type of contraceptive utilized and duration of use, presence, number and reasons for unplanned pregnancies. **Results:** The main results indicated that the group was mostly young and highly educated, utilizing SARC and LARC in similar frequencies. The knowledge of the existence of the contraceptive agents was satisfactory and the most popular methods were the contraceptive pill and the Copper IUD. Unplanned pregnancies were present in the reproductive life of 60% of the patients and the most common reasons for these events was the non use of contraceptives. There

1. Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curso de Medicina. Curitiba – PR – Brasil

2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Curso de Medicina. Curitiba – PR – Brasil

Trabalho realizado: Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Tocoginecologia. Curitiba – PR – Brasil

Endereço para correspondência: Luiza Ortiz David. Rua Monsenhor Ivo Zanlorenzi, 2460 – Mossunguê – 81210-000 – Curitiba – PR. E-mail: lu.od97@gmail.com.

Declaração de conflito de interesses: não há conflito de interesses por parte de ambos os autores.

Número CAAE: 19842919.5.0000.0096

Financiamento: não houve instituição financiadora do estudo

was no association between the use of SARC or LARC and a higher number of unplanned pregnancies. The number of contraceptives known by women without previous history of unintended pregnancy was a median higher than those of women with those events. Conclusion: Hereafter, the approach to patients in the Human Reproduction Clinic in the Hospital Complex of Federal University of Paraná should be directed to young and highly educated women, with broad knowledge about contraceptive agents. It is important that health professionals of the clinic guide patients aiming to reduce the local unplanned pregnancy rates.

Keywords: Contraceptive agents, Unplanned pregnancy, Knowledge

Introdução

De acordo com estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2025 aproximadamente 80% das mulheres brasileiras utilizarão algum tipo de contraceptivo⁽¹⁾. Esse dado destaca a importância do planejamento familiar sobre a saúde feminina. Os contraceptivos reversíveis são didaticamente divididos em curta ação, do inglês *short acting reversible contraceptives* (SARC) e longa ação, do inglês *long acting reversible contraceptives* (LARC). Dentre os de longa ação, tem-se o dispositivo intra-uterino de cobre (DIU de cobre), o sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG) e os implantes subdérmicos⁽²⁾. Já os de curta ação incluem anticoncepcional oral hormonal, preservativos, injeções mensais e trimestrais, adesivo transdérmico e anel vaginal⁽²⁾.

O uso dos contraceptivos pode ser classificado em típico e perfeito. Uso típico inclui utilização incorreta ou inconsistente do contraceptivo, já uso perfeito representa o uso correto, consistente e consonante às orientações médicas para determinado método⁽³⁾.

O grau de conhecimento de mulheres em idade reprodutiva sobre os contraceptivos reversíveis é um fator importante para direcionar condutas médicas⁽⁴⁾. A informação ofertada pelos profissionais de saúde e seu canal de veiculação - abordando modo de uso, efeitos colaterais e eficácia contraceptiva - contribui para o processo de decisão por determinado contraceptivo⁽⁵⁾, resguardando sempre a autonomia das pacientes⁽⁶⁻⁷⁾. Características como idade, escolaridade, estado civil e experiências pessoais, como gestações não planejadas, influenciam as percepções e atitudes das pacientes com relação a determinados tipos de contraceptivos^(4,8-9), bem como a opção pelo não uso⁽¹⁰⁾.

Dentre as consequências da carência de informação sobre os contraceptivos reversíveis, tem-se as gestações não planejadas⁽¹¹⁻¹²⁾. Esses eventos geram impactos sociais e individuais como prejuízos financeiros - tanto familiar quanto pública - e despreparo

da estrutura familiar para receber a criança^(2,13). Para preveni-los, é importante buscar possíveis fatores relacionados à sua ocorrência, tais como tipo de método contraceptivo utilizado e extensão do conhecimento sobre contraceptivos⁽¹⁴⁾.

O presente estudo realizou entrevistas no ambulatório de Reprodução Humana do CHC-UFPR, contendo 18 perguntas objetivas, em amostra de 150 pacientes do sexo feminino entre 18-50 anos, estimando selecionar aquelas na menacme. Não há outros estudos realizados no CHC-UFPR que caracterizem o perfil de pacientes atendidas no local ou seu conhecimento sobre o tema. O objetivo deste estudo foi avaliar o grau de conhecimento sobre SARC e LARC e suas principais lacunas, bem como identificar a frequência de gestações indesejadas na amostra e os principais motivos de ocorrência. A partir dos resultados deste trabalho, será possível orientar os profissionais de saúde do local quanto ao perfil etário e socioeconômico das pacientes atendidas. Com essas informações, seria possível direcionar futuras estratégias de informação sobre contraceptivos reversíveis.

Materiais e Métodos

Amostragem

Este é um estudo observacional transversal monocêntrico individual, cuja amostragem pertence a um grupo de pacientes do Ambulatório de Reprodução Humana do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Mulheres entre 18 e 50 anos que realizam acompanhamento no Ambulatório de Reprodução Humana do CHC-UFPR foram incluídas no estudo. Suas consultas deveriam estar agendadas entre dezembro de 2019 e março de 2020 (tempo estimado de acordo com o número de pacientes atendidas por dia e a disponibilidade de uma única entrevistadora), e as participantes deveriam ter concordado e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR (Parecer 3.791.175; CAAE 19842919.5.0000.0096). O único critério de exclusão foi recusa à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre as pacientes do ambulatório, 150 foram entrevistadas. O n da amostra foi estimado de forma a abranger uma parcela representativa das pacientes que acompanhavam no ambulatório, bem como de acordo com a disponibilidade de uma única entrevistadora.

Coleta de dados

A partir da abordagem da paciente e assinatura do TCLE, a coleta de dados foi realizada por meio de

uma entrevista com 18 perguntas objetivas (**Apêndice 1**) que contemplaram os seguintes temas: identificação da paciente, contraceptivo atual e tempo de uso, contraceptivo prévio e tempo de uso, conhecimento da existência de cada contraceptivo, avaliação seu próprio conhecimento, fonte de conhecimento preferencial, avaliação da conduta médica e gestações não planejadas. A entrevista ocorreu antes ou após a consulta, conforme a disponibilidade da paciente.

Análise estatística

As variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade, uso/não uso de contraceptivo atual, tipo de contraceptivo atual e seu tempo de uso, uso de contraceptivo prévio, conhecimento sobre cada método contraceptivo, avaliação de seu próprio conhecimento, interesse em receber mais informações e forma de veicular informação, avaliação da conduta médica e presen-

ça/número/motivo de gestações indesejadas foram descritas pelas frequências absolutas e relativas. A proporção apresentada (Tabela 1) é relativa ao total de participantes cuja resposta foi registrada corretamente, portanto o total pode variar entre as questões.

As variáveis número de contraceptivos conhecidos e presença/ausência de gestações indesejadas foram comparados utilizando o teste de Mann-Whitney (Tabela 4). As demais comparações (Tabela 4 e Tabela 5) foram realizadas pelo teste Qui-Quadrado. Já as variáveis número de contraceptivos conhecidos e número de gestações indesejadas foram comparadas utilizando o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 6). O valor de significância estatística para todas as comparações foi $p < 0,05$.

Resultados

A amostra foi composta principalmente por mulheres jovens, com média de 31,34 anos. Mais da me-

Tabela 1

Características das pacientes e tipos de contraceptivos utilizados

		Número de pacientes	Porcentagem do total da categoria
Faixa Etária	18 a 26 anos	49	32,7%
	27 a 35 anos	51	34,0%
	36 a 44 anos	41	27,3%
	45 a 50 anos	9	6,0%
Estado Civil	Solteira	63	42,0%
	União Estável	29	19,3%
	Casada	46	30,7%
	Divorciada	12	8,0%
Escolaridade	1º Incompleto	8	5,3%
	1º Completo	13	8,7%
	2º Incompleto	18	12,0%
	2º Completo	63	42,0%
	Superior Incompleto	17	11,3%
	Superior Completo	31	20,7%
Uso atual de contraceptivo	Sim	112	74,7%
	Não	38	25,3%
Tipo de contraceptivo atual (n = 112)	Pílula	23	20,5%
	DIU de Cobre	56	50,0%
	Injeção Mensal	4	3,6%
	Injeção Trimestral	8	7,1%
	Preservativo	4	3,6%
	Implante	2	1,8%
	DIU mirena	17	15,2%
Tipo de contraceptivo prévio (n = 141)	Pílula	110	78,0%
	DIU de Cobre	13	9,2%
	Injeção Mensal	39	27,7%
	Injeção Trimestral	44	31,2%
	Preservativo	90	63,8%
	Anel Vaginal	2	1,4%
Adesivo	1	0,7%	

tade (56,7%) das pacientes entrevistadas encontram-se nas faixas etárias de 18 até 35 anos, sendo 32,7% destas com idade inferior a 26 anos. Mulheres acima de 45 anos representam apenas 6% da amostra (Tabela 1). A maior parte (42%) das entrevistadas apresentou-se como estado civil solteira (Tabela 1). Quanto à escolaridade, mais de 2/3 da amostra (74%) tinha estudado até o 2º grau completo ou mais (ensino superior incompleto e ensino superior completo) (Tabela 1).

No momento da entrevista, 112 das 150 mulheres estavam utilizando algum método contraceptivo (Tabela 1). Destas, 67% das pacientes estavam utilizando LARC e 34,8% utilizavam SARC (Tabela 1). A soma resulta em valor maior do que 100% pois algumas pacientes utilizavam mais de um método contraceptivo simultaneamente. Dentre as que utilizavam LARC, o DIU de cobre foi o preferido pelas pacientes – aproximadamente 3 vezes mais utilizado do que o SIU-LNG.

O implante subdérmico era pouco utilizado – apenas 1,8% das pacientes optava por esse método. Previamente à coleta de dados, os SARC se destacaram como mais utilizados, principalmente anticoncepcional hormonal oral (78,0%) e preservativo (63,8%) (Tabela 1).

O tempo de uso (não necessariamente contínuo) do anticoncepcional hormonal oral (um SARC) foi, em geral, maior do que o do DIU de cobre (um LARC). Dentre as entrevistadas que já haviam utilizado ou utilizavam o anticoncepcional hormonal oral, mais de 70% relatou um tempo de uso de 1 ano até mais de 10 anos (Figura 1). Já no grupo das usuárias prévias ou atuais de DIU de cobre, 62,6% havia utilizado o método durante menos de 6 meses (Figura 2).

A totalidade da amostra conhecia o anticoncepcional hormonal (pílula) e os preservativos. Dentre os LARC, o DIU de cobre era conhecido por mais de 90% das pacientes (Tabela 2), já o SIU-LNG era ligei-

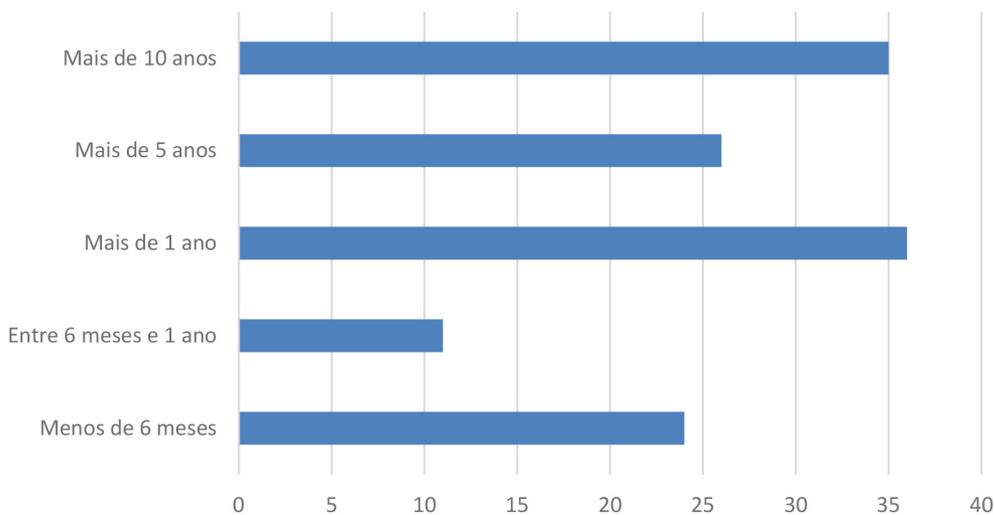


Figura 1 - Tempo de uso do anticoncepcional hormonal oral de acordo com o número de pacientes.

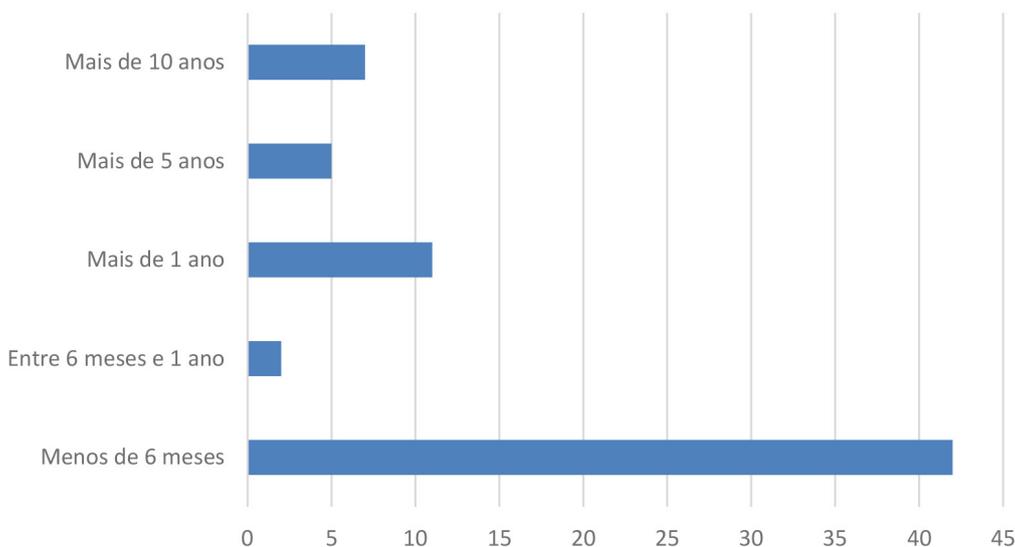


Figura 2 - Tempo de uso do DIU de cobre de acordo com o número de pacientes.

ramente menos popular – 78% das pacientes estavam cientes de sua existência (Tabela 2). O implante subdérmico era conhecido por pouco mais de um terço das pacientes entrevistadas. No grupo dos SARC, os métodos mais comumente identificados, depois da pílula e do preservativo, foram as injeções mensais e trimestrais (Tabela 2).

Aproximadamente 60% das pacientes se auto-avaliou mal informada ou parcialmente informada sobre os métodos contraceptivos disponíveis (Tabela 2). Dentre elas, 77,4% gostariam de receber mais informações sobre o assunto. A melhor forma de veicular as informações, para 65,8% dessas participantes seria combinar a abordagem escrita e a verbal (Tabela 2).

Dentre as 150 participantes, 60 responderam que não foram adequadamente informadas sobre contraceptivos (Tabela 2). A principal lacuna de informação

foi com relação aos efeitos colaterais de cada tipo de contraceptivo (91,7%), seguido de eficácia e modo de uso, respectivamente (Tabela 2).

Gestações indesejadas foram eventos presentes na vida de aproximadamente 60% das pacientes entrevistadas. Dentre elas, 85,5% tiveram até duas gestações não planejadas (Tabela 3). O motivo mais frequentemente relatado – para quase 50% das mulheres - foi o não uso de método contraceptivo (Tabela 3). O uso incorreto de contraceptivo e a falha com uso perfeito foram o segundo e terceiro motivos mais frequentes, respectivamente (Tabela 3).

Participantes com história prévia de gestações indesejadas conheciam uma mediana de 1 método contraceptivo a menos do que aquelas sem gestações indesejadas prévias (Tabela 4), com correlação estatisticamente significativa (p-valor 0,03). As demais

Tabela 2

Conhecimento a respeito de contraceptivos, auto-avaliação individual, interesse informativo, lacunas de informação e conduta médica, com seus devidos percentuais.

		Número de pacientes	Porcentagem do total da categoria
Conhecimento dos métodos contraceptivos	Pílula	150	100,0%
	Adesivo Transdérmico	63	42,0%
	Injeção Mensal	140	93,3%
	Injeção Trimestral	131	87,3%
	Anel Vaginal	62	41,3%
	Preservativo	150	100,0%
	Diafragma com Espermicida	75	50,0%
	Esponja Anticoncepcional	7	4,7%
	Espermicida Isolado	23	15,3%
	DIU de Cobre	141	94,0%
	DIU mirena	117	78,0%
	Implante Subdérmico	54	36,0%
	Auto-avaliação bem informada (n = 148)	Sim	57
Parcialmente		45	30,4%
Não		46	31,1%
Interesse em mais informações (n = 93)	Sim	72	77,4%
	Não	21	22,6%
Melhor forma de informar (n = 149)	Escrita	9	6,0%
	Verbal	42	28,2%
	Verbal e Escrita	98	65,8%
Conduta médica adequada (n = 146)	Sim	86	58,9%
	Não	60	41,1%
Lacuna de informação (n = 60)	Efeitos Colaterais	55	91,7%
	Modo de Uso	31	51,7%
	Eficácia	33	55,0%

Tabela 3

Presença, número e motivos de gestações indesejadas e seu percentual.

		Número de pacientes		Porcentagem do total da categoria	
Gestações Indesejadas (n = 146)	Sim	88	60,3%		
	Não	58	39,7%		
Número de Gestações Indesejadas (n = 90)	1	56	62,2%		
	2	21	23,3%		
	3	11	12,2%		
	Mais de 3	2	2,2%		
Motivo da Gestação Indesejada (n = 86)	Uso incorreto	20	23,3%		
	Não uso	41	47,7%		
	Falha	29	33,7%		
	Troca	8	9,3%		
	Interação medicamentosa	4	4,7%		

Tabela 4

Variáveis avaliadas quanto à associação com gestações indesejadas.

Variável		Gestação indesejada		p-valor
		Sim	Não	
Número de contraceptivos conhecidos		7 (6; 8,25)	8 (7; 9)	0,03
Auto-avaliação: bem informada (n = 145)	Sim	33 (37,5%)	24 (42,1%)	0,61
	Parcialmente	25 (28,4%)	18 (31,6%)	
	Não	30 (34,1%)	15 (26,3%)	
Tipo de contraceptivo atual (n = 105)	Longa Ação	45 (65,2%)	27 (67,5%)	0,97
	Curta Ação	24 (34,8%)	13 (32,5%)	
Avaliação da conduta médica: adequada (n = 146)	Sim	48 (55,2%)	35 (63,6%)	0,41
	Não	39 (44,8%)	20 (36,4%)	
Lacunas de informação sobre contraceptivos (n = 59)	Efeitos colaterais	36 (40,9%)	18 (31%)	1
	Modo de uso	20 (22,7%)	11 (19%)	1
	Eficácia	24 (27,3%)	9 (15,5%)	0,35

variáveis das tabelas não apresentaram correlação estatisticamente significativa (Tabelas 4, 5 e 6).

Discussão

Gestações não planejadas são episódios marcantes na vida das mulheres, com impactos pessoais e sociais negativos^(12-13,15). Dentre os benefícios de se abordar esse grande problema de saúde pública tem-se o aumento da força de trabalho e do desenvolvimento acadêmico e a melhora dos indicadores de saúde⁽¹⁶⁾. O não uso e/ou uso típico de contraceptivos estão entre as razões para ocorrência desses eventos. Para potencializar tanto o emprego dos contraceptivos quanto o seu uso perfeito, é imprescindível informar e

educar as pacientes sobre suas opções e características de cada método^(7,11). Os focos do processo informativo podem ser determinados a partir de uma avaliação da população-alvo, compreendendo seu perfil etário e socioeconômico⁽⁹⁾, grau de conhecimento prévio sobre o tema⁽¹⁰⁾, presença e causas de gestações indesejadas⁽⁴⁾ e tipos de contraceptivos mais utilizados.

A amostra deste estudo foi composta, majoritariamente, por mulheres jovens com média de 31,3 anos de idade, com alto grau de escolaridade e solteiras. O avançado grau de instrução das pacientes refletiu a nova realidade brasileira, na qual mulheres têm buscado maior formação acadêmica e profissional⁽¹⁷⁾. O aumento do nível de instrução feminina é acompanhado pela queda nas taxas de fecundidade, que

Tabela 5

Número de gestações indesejadas de acordo com o número de contraceptivos conhecidos pelas pacientes.

Número de Gestações Indesejadas	Contraceptivo Atual		p-valor
	LARC	SARC	
1	28 (59,6%)	19 (79,2%)	0,36
2	11 (23,4%)	3 (12,5%)	
3	6 (12,8%)	2 (8,3%)	
Mais de 3	2 (4,3%)	0	

Tabela 6

Número de gestações indesejadas de acordo com o tipo de contraceptivo atualmente utilizado.

Número de Gestações Indesejadas	Número de contraceptivos conhecidos	p-valor
1	7 (6; 8,25)	0,68
2	7 (6; 9)	
3	6 (5; 8)	
Mais de 3	6 (6; 6)	

são especialmente baixas em regiões como o Sul do Brasil⁽¹⁷⁾. Também se observa uma mudança no padrão etário predominante na fecundidade: quanto maior o número de anos de estudo, mais tardiamente as mulheres optam por ter filhos⁽¹⁷⁾.

Dentre as duas categorias de contraceptivos, *SARC* e *LARC* eram igualmente utilizados pelas pacientes. Entretanto, isoladamente, o DIU de cobre era o mais empregado, escolhido por 50% das pacientes. No Brasil, a prevalência estimada do uso de DIU por mulheres entre 15 a 49 anos é significativamente menor, próxima de 1,4%⁽¹⁸⁾. A alta adesão ao DIU pode evidenciar resultados das atuais recomendações para disseminação do uso de *LARC* no Brasil e em outros países da América Latina⁽¹⁵⁾, devido a sua eficácia e segurança⁽¹⁹⁾. Isso favorece a oferta de *LARC* para pacientes que não desejam gestar em um futuro próximo – classicamente entre 3 a 5 anos⁽²⁰⁾ – e que possam apresentar dificuldades para manter uma rotina de uso adequada dos *SARC*, como por exemplo adolescentes^(4,12,21). Os métodos mais utilizados nessa faixa etária ainda são a pílula e os preservativos⁽²²⁾. O destaque do uso de *LARC* neste estudo corrobora com o aumento do uso desses contraceptivos em países desenvolvidos, principalmente entre pacientes jovens⁽²³⁾.

O tempo de uso acumulado, não necessariamente contínuo, do DIU de cobre era, para a maioria das usuárias, menor do que 6 meses. Já o anticoncepcional hormonal oral fora utilizado por períodos de tempo maiores, entre 1 ano até mais de 10 anos. Esses resultados podem ser atribuídos ao fato de que o DIU T

de Cobre 380A, modelo mais utilizado no Brasil⁽²⁴⁾, é um método mais recentemente disponível no SUS, desde o final da década de 80⁽²⁵⁾. Em oposição, a pílula contraceptiva hormonal representa um dos métodos mais antigos no mercado, lançado essa finalidade em 1969⁽²⁶⁾. Este estudo sugeriu uma perspectiva de mudança para o tempo de uso do DIU: um terço das pacientes utilizava o DIU de cobre há mais de 1 ano, 5 anos ou 10 anos. Possivelmente, análises futuras indicariam uma maior adesão a esse método ao longo do tempo.

Com relação ao conhecimento sobre os contraceptivos, o anticoncepcional hormonal oral e os preservativos foram identificados por todas as participantes. O conhecimento dos preservativos pela totalidade da amostra pode demonstrar o entendimento das pacientes de que esse método de barreira diminui a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)⁽²⁷⁻²⁸⁾ e não deve ser abandonado, mas associado a outros. Dentre os *LARC*, os dispositivos/sistemas intra-uterinos eram os mais conhecidos, principalmente o DIU de cobre. Porém, isso difere de outros locais do mundo. Nos Estados Unidos, a principal razão para mulheres universitárias não aderirem ao uso de *LARC* foi justamente sua falta de conhecimento sobre esse tipo de contraceptivo⁽²⁹⁾. Outros motivos incluem falta de treinamento dos profissionais de saúde e alto custo⁽³⁰⁾ (como no caso do DIU Mirena, que não está disponível pelo SUS no CHC-UFPR).

A disponibilização gratuita dos métodos acima citados por meio do Sistema Único de Saúde pode exercer influência sob a amplitude de conhecimento das mulheres deste estudo. Favorecendo essa hipótese, resultados do estudo CHOICE evidenciaram um aumento de uso de *LARC* de 5% para 75% quando as barreiras de custo, conhecimento e acesso foram eliminadas⁽³¹⁾. Os principais motivos para mulheres escolherem *LARC* em detrimento dos *SARC* incluem o medo de gestação indesejada e efeitos adversos de outros métodos, como náuseas e sangramentos inesperados⁽³²⁾.

Parcela considerável das participantes se auto-avaliou mal ou parcialmente informada sobre os contraceptivos reversíveis, o que levanta o questionamento com relação à responsabilidade médica sobre tal situação. A conduta médica foi avaliada como inadequada por 42% das pacientes. Diversas outras fontes de informação, além do profissional de saúde, são empregadas, tais como a *internet*, amigos e família^(2,27,33). Porém, o médico, como provedor de informação confiável às pacientes, ainda assume papel de suma importância^(5-6,27,34). Estudos prévios indicam que as pacientes apreciam a participação do(a) profissional de saúde na escolha por um método contraceptivo e valorizam decisões conjuntas⁽⁶⁾.

A principal lacuna de conhecimento relatada pelas participantes foi relativa aos efeitos adversos dos anticoncepcionais. Alertas prévios advindos do profissional de saúde sobre possíveis efeitos adversos como sangramento inesperado com o uso do implante subdérmico⁽³⁷⁾ ou dismenorrea associada ao uso do DIU de Cobre⁽³⁸⁾, fortalecem a relação de confiança entre médico e paciente. Mitos como infertilidade⁽³⁴⁾ e irreversibilidade da anticoncepção⁽²⁹⁾ após o uso de DIU contribuem para a desinformação.

A maioria das pacientes entrevistadas estava aberta a receber mais informações sobre contraceptivos. Para as participantes, a melhor forma de aperfeiçoar seus conhecimentos quantitativamente e qualitativamente consistiu em comunicação verbal e escrita em conjunto. Panfletos e cartazes auxiliam no processo informativo, principalmente aqueles com abordagem centrada na paciente⁽⁷⁾. O uso de gráficos e textos curtos facilita a compreensão⁽³⁹⁾. Diálogos entre médico e paciente também têm valor no esclarecimento de dúvidas e alívio de preocupações⁽²⁷⁾. Uma revisão da literatura mostrou que associar aconselhamento contraceptivo às informações escritas melhorou significativamente o entendimento das mulheres quanto à conduta a ser tomada quanto ao esquecimento do anticoncepcional hormonal oral⁽⁴⁰⁾. Portanto, a combinação entre a comunicação verbal e escrita potencializa a assimilação de informações.

Para um aconselhamento adequado, é importante treinar os profissionais de saúde para informar sobre critérios de elegibilidade e benefícios e riscos de cada método. Esse processo educativo aumenta o número de pacientes que optam por *LARC*⁽³⁵⁾. Uma estratégia interessante de aconselhamento contraceptivo é a abordagem *GATHER*, acrônimo em inglês para cumprimentar, perguntar, contar, ajudar, explicar e retornar – descrevendo etapas do atendimento⁽³⁶⁾.

Aproximadamente 60% das participantes relataram gestações não planejadas. Essa taxa é elevada em comparação à nacional: 46% das gestações ocorrem sem planejamento, sendo 18% destas indesejadas pelas mulheres⁽⁴¹⁾. O principal motivo relatado para a ocorrência de tais eventos foi o não uso de contraceptivos. A falta de acesso aos anticoncepcionais, a escassez de informação e preocupações com a saúde pessoal são algumas das razões para o não uso^(10,34).

Em oposição a estudos prévios^(14,19,43), gestações indesejadas não estiveram associadas ao uso de *SARC* ou de *LARC*. A eficácia dos *LARC* é conhecida maior do que os *SARC*^(12,19,43), considerando-se o uso típico dos métodos⁽³⁾. Para uso típico, pacientes que utilizam *SARC* apresentam 22 vezes maior probabilidade de terem uma gestação indesejada do que as que fazem uso de *LARC*⁽³¹⁾. Para uso perfeito, as taxas de gestação indesejada no primeiro ano de *SARC* como

anticoncepcional hormonal oral e injeções trimestrais são menores ou semelhantes às do uso perfeito do DIU de cobre⁽³⁾. Considerando o alto grau de escolaridade das pacientes deste estudo, uma explicação plausível para a semelhança da frequência de gestações não planejadas entre usuárias de *SARC* e *LARC* seria de que as participantes teriam instrução suficiente para fazer uso perfeito dos métodos, o que poderia equiparar a eficácia dos dois grupos de contraceptivos.

Auto-avaliação negativa sobre o conhecimento de contraceptivos e avaliação da conduta médica como inadequada não se associaram a maior frequência de gestações não planejadas. Todavia, o número de contraceptivos conhecidos apresentou associação estatisticamente significativa (*p* valor 0,03) com gestações indesejadas: mulheres que já as tiveram conheciam uma mediana de um método contraceptivo a menos do que aquelas que nunca as tiveram. Pode-se interpretar que maior amplitude de conhecimento sobre os contraceptivos permite que a paciente apresente mais opções para a escolha do método ideal para seus objetivos, desta forma, haveria menor exposição ao risco de gestação não planejada.

Limitações deste estudo incluem validade externa reduzida, considerando seu caráter monocêntrico e entrevista realizada por apenas uma pesquisadora, e tamanho da amostra. A quantidade de participantes selecionadas foi limitada ao número de pacientes atendidas no Ambulatório de Reprodução Humana do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) e à disponibilidade das pacientes e pesquisadores para realização das entrevistas. Entretanto, uma vantagem do presente estudo a ser destacada é a observação do contexto específico do Ambulatório de Reprodução Humana do CHC-UFPR, o que permite fornecer aos profissionais de saúde do local informações sobre particularidades do grupo de pacientes acompanhadas. A partir desse conhecimento, o atendimento individualizado torna-se mais tangível, de modo focado às necessidades das pacientes.

Deste modo, sugere-se que futuros estudos realizem uma abordagem multicêntrica com amostragem mais extensa, com o objetivo de avaliar possíveis associações significativas entre a conduta médica e a auto-avaliação das pacientes, bem como entre a conduta médica e o número de gestações indesejadas.

Conclusão

As pacientes do Ambulatório de Reprodução Humana do CHC-UFPR são jovens, de alta escolaridade e solteiras. O grupo tem conhecimento da existência dos principais tipos de *SARC* e *LARC* e o contraceptivo mais utilizado é o DIU de cobre. O principal motivo para gestações indesejadas foi o não uso de contracep-

tivos. Gestações não planejadas não estiveram associadas ao uso de SARC ou de LARC. A auto-avaliação das pacientes sobre conhecimento acerca dos contraceptivos é insatisfatória, porém há abertura para educação por meio de comunicação verbal e escrita. Sugerimos que, a partir destas informações, os profissionais de saúde do local realizem atendimento direcionado para o perfil de pacientes acompanhadas.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais do Ambulatório de Reprodução Humana do CHC-UFPR pela disponibilidade para permitir a coleta de dados no período entre consultas.

Referências

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2020). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020. [Internet]. New York: United Nations; 2020. [citado 2021 Fev 12]. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp
2. Okpo E, Allerton L, Brechin S. "But you can't reverse a hysterectomy!" Perceptions of long acting reversible contraception (LARC) among young women aged 16-24 years: A qualitative study. *Public Health* [Internet]. 2014; 128(10):934-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350614002042?via%3Dihub>
3. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
4. Say R, Mansour D. Contraceptive choice for young people. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2009; 35(2):81-5.
5. de Reilhac P, Plu-Bureau G, Serfaty D, Letombe B, Gondry J, Christin-Maitre S. The CORALIE study: improving patient education to help new users better understand their oral contraceptive. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2016; 21(5):388-94.
6. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013;88(2):250-6.
7. Anderson S, Frerichs L, Kaysin A, Halpern CT, Lich KH, Health C. Effects of two educational posters on contraceptive knowledge and intentions: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2020;133(1):53-62.
8. Kramer RD, Higgins JA, Godecker AL, Ehrenthal DB. Racial and ethnic differences in patterns of long-acting reversible contraceptive use in the United States, 2011–2015. *Contraception* 2018;97(5):399-404.
9. Zeal C, Higgins JA, Newton SR. Patient-perceived autonomy and long-acting reversible contraceptive use: A qualitative assessment in a midwestern, university community. *Biores Open Access*. 2018; 7(1):25-32.
10. Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2019; 16(1):1-15.
11. Diez E, Lopez MJ, Perez G, Garcia-Subirats I, Nebot L, Carreras R, et al. Impact of a community contraceptive counselling intervention on adolescent fertility rates: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1-10.
12. McClellan K, Temples H, Miller L. The latest in teen pregnancy prevention: long-acting reversible contraception. *J Pediatr Heal Care*. 2018; 32(5):91-7.
13. Sampaio F, Novais M, Oliveira V, Brito MB. Clinical and social impact of Brazilian teenage pregnancy. *Braz J Med Hum Health*. 2014; 2(2):82-5.
14. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen P, Hart C. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216(2):101-9.
15. Bahamondes L, Villarroel C, Frías Guzmán N, Oizerovich S, Velázquez-Ramírez N, Monteiro I. The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations. *Hum Reprod Open*. 2018; 2018(1):1-10.
16. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. *Iran J Public Health*. 2015;44(1):12-21.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Nupcialidade, fecundidade e migração: resultados da amostra. [Internet] Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf
18. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2019). Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet. [Internet] New York: United Nations; 2019. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf
19. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *Obstet Gynecol Surv*. 2012;67(9):552-3.
20. McNicholas C, Maddipati R, Zhao, Qihong S, Erin PJF. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the U.S. Food and Drug Administration – Approved Duration. *Contraception*. 2018; 125 (3): 599-604.
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. [Internet] Washington (DC): ACOG; 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/adolescents-and-long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices>
22. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Controls and Prevention. Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 national survey of family growth. Washington (DC): National Center for Health Statistics; 2011 [Internet] Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_031.pdf
23. Logan RG, Thompson EL, Vamos CA, Griner SB, Vázquez-Otero C, Daley EM. Is long-acting reversible contraceptive use increasing? assessing trends Among U.S. College Women, 2008-2013. *Matern Child Health J*. 2018; 22(11):1639-46.
24. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. São Paulo: FEBRASGO; 2017 [Internet]. [citado 2021 Fev 15]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/16-serie_diu.pdf
25. Kooiker CH, Scutchfield FD. Barriers to prescribing the copper T 380A intrauterine device by physicians. *West J Med*. 1990; 153(3):279-82.

26. Liao PV, Dollin J. Half a century of the oral contraceptive pill: historical review and view to the future. *Can Fam Physician*. 2012; 58(12):757-60.
27. Denis L, Storms M, Peremans L, Van Royen K, Verhoeven V. Contraception: A questionnaire on knowledge and attitude of adolescents, distributed on Facebook. *Int J Adolesc Med Health*. 2015; 2015:1-6.
28. Widman L, Nesi J, Kamke K, Choukas-Bradley S, Stewart J L. Technology-Based Interventions to Reduce Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy Among Youth. *J Adolesc Health*. 2018; 62(6):651-60.
29. Hall KS, Ela E, Zochowski MK, Caldwell A, Moniz M, McAndrew L, et al. "I don't know enough to feel comfortable using them:" Women's knowledge of and perceived barriers to long-acting reversible contraceptives on a college campus. *Contraception*. 2016; 93(6):556-64.
30. Foster DG, Barar R, Gould H, Gomez I, Nguyen D, Biggs MA. Projections and opinions from 100 experts in long-acting reversible contraception. *Contraception*. 2015;92(6):543-52.
31. McNicholas C, Tessa M, Secura G, Peipert JF. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol*. 2014; 57(4):635-43.
32. Ferreira JM, Nunes FR, Modesto W, Gonçalves MP, Bahamondes L. Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long-acting reversible contraceptives. *Contraception*. 2014; 89(1):17-21.
33. Teal SB, H MP, Romer SE, C FNP. Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults. *J Adolesc Health*. 2013; 52(4):S35-9.
34. Payne JB, Sundstrom B, DeMaria AL. A qualitative study of young women's beliefs about intrauterine devices: fear of infertility. *J Midwifery Women's Health*. 2016; 61(4):482-8.
35. Gibbs SE, Rocca CH, Bednarek P, Thompson KMJ, Darney PD, Harper CC. Long-acting reversible contraception counseling and use for older adolescents and nulliparous women. *J Adolesc Health*. 2016; 59(6):703-9.
36. Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A, Machado RB, et al. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016; 21(6):417-30.
37. Espey E, Ogburn T. Long-acting reversible contraceptives: intrauterine devices and the contraceptive implant. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(3):705-19.
38. Hubacher D. Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects. *Contraception*. 2007; 75(6 Suppl.):8-11.
39. Folger SG, Jamieson DJ, Godfrey, EM, Zapata LB, Curtis KM. Evidence-based guidance on selected practice recommendations for contraceptive use: identification of research gaps. *Contraception*. 2013; 87(5):517-23.
40. Zapata LB, Steenland MW, Brahma D, Marchbanks PA, Curtis KM. Patient understanding of oral contraceptive pill instructions related to missed pills: a systematic review. *Contraception*. 2013; 87(5):674-84.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Brasil; 2009.
42. Sedgh G, Singh S HR. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*. 2014; 45(3):301-14.
43. Hubacher D, Spector H, Monteith' C, Chen P-L. Not seeking yet trying long-acting reversible contraception: a 24-month randomized trial on continuation, unintended pregnancy, and satisfaction. *Contraception*. 2018; 97(6):524-32.

Trabalho recebido: 20/03/2020

Trabalho aprovado: 14/05/2021

Trabalho publicado: 25/05/2021

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

- Nome: _____ Idade: _____
- Estado civil
- () solteira () casada () viúva () divorciada () união estável
- Escolaridade
- () não estudou () 1º grau incompleto () 1º grau completo
- () 2º grau incompleto () 2º grau completo
- () ensino superior incompleto () ensino superior completo

CONTRACEPTIVO ATUAL

- Você faz uso de contraceptivo atualmente?
- () Sim () Não
- Se Sim, qual?
- Pílula ()
- Adesivo transdérmico ()
- Injeção mensal ()

- Injeção trimestral ()
- Anel vaginal ()
- Preservativo ()
- Diafragma com espermicida ()
- Esponja anticoncepcional ()
- Espermicida isolado ()
- DIU Cobre ()
- DIU Mirena ()
- Implante subdérmico ()

TAXAS DE CONTINUAÇÃO - CONTRACEPTIVO ATUAL

- Há quanto tempo você faz uso do seu contraceptivo ATUAL (pergunta 2)?
- Menos de 6 meses ()
- Entre 6 meses e 1 ano ()
- Mais de 1 ano ()
- Mais de 5 anos ()
- Mais de 10 anos ()

CONTRACEPTIVOS PRÉVIOS

- Você já fez uso de outro contraceptivo antes? Se sim, indicar com um X.
- Pílula ()
- Adesivo transdérmico ()
- Injeção mensal ()
- Injeção trimestral ()
- Anel vaginal ()
- Preservativo ()
- Diafragma com espermicida ()
- Esponja anticoncepcional ()
- Espermicida isolado ()
- DIU Cobre ()
- DIU Mirena ()
- Implante subdérmico ()

TAXAS DE CONTINUAÇÃO - CONTRACEPTIVO PRÉVIO

- Por quanto tempo você fez uso do seu contraceptivo prévio?
- MENOS DE 6 MESES ()
- ENTRE 6 MESES E 1 ANO ()
- MAIS DE 1 ANO ()
- MAIS DE 5 ANOS ()
- MAIS DE 10 ANOS ()

CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA: marque um X nos anticoncepcionais que você conhece.

- Pílula ()
- Adesivo transdérmico ()
- Injeção mensal ()
- Injeção trimestral ()
- Anel vaginal ()
- Preservativo ()
- Diafragma com espermicida ()
- Esponja anticoncepcional ()
- Espermicida isolado ()
- DIU Cobre ()
- DIU Mirena ()
- Implante subdérmico ()

AValiação subjetiva do conhecimento

- Você se sente bem informada com relação aos contraceptivos?
- SIM ()
- NÃO ()

- Caso tenha marcado NÃO acima, gostaria de receber mais informação sobre esse assunto?
- SIM ()
- NÃO ()

FONTE DO CONHECIMENTO

- Para você, qual é a melhor forma de receber informações sobre contraceptivos?
- Escrita (como panfletos) ()
- Verbal (só pela fala) ()
- Verbal e escrita (panfletos e fala) ()

AValiação da conduta médica

- Você sente que seu médico te informou adequadamente no momento de escolha do seu método contraceptivo?
- SIM ()
- NÃO ()
- Se NÃO, o que você acha que faltou ser abordado?
- EFEITOS COLATERAIS ()
- MODO DE USO ()
- EFICÁCIA ()

Gestações indesejadas

- Você já teve alguma gravidez indesejada?
- SIM ()
- NÃO ()
- Se SIM, quantas?
- 1 ()
- 2 ()
- 3 ()
- Mais do que 3 ()
- Qual foi o motivo de sua gravidez indesejada?
- NÃO UTILIZAVA CONTRACEPTIVOS ()
- USO INCORRETO DE CONTRACEPTIVO ()
- ABUSO SEXUAL ()
- FALHA DO CONTRACEPTIVO (mesmo com uso correto) ()
- Se marcou NÃO UTILIZAVA CONTRACEPTIVOS, indique o motivo
- NÃO SABIA DA EXISTÊNCIA ()
- SABIA DA EXISTÊNCIA MAS NÃO QUIS USAR ()
- SABIA DA EXISTÊNCIA MAS NÃO SABIA COMO UTILIZAR ()