

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem

Bárbara Barrozo Siqueira

**CONTRACEPÇÃO E FATORES ASSOCIADOS AO NÃO USO DE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS PELAS MULHERES BRASILEIRAS APÓS O PARTO:
COMPARAÇÃO ENTRE OS INQUÉRITOS NACIONAIS DE 2006 E 2013**

Belo Horizonte

2020

Bárbara Barrozo Siqueira

**CONTRACEPÇÃO E FATORES ASSOCIADOS AO NÃO USO DE MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS PELAS MULHERES BRASILEIRAS APÓS O PARTO:
COMPARAÇÃO ENTRE OS INQUÉRITOS NACIONAIS DE 2006 E 2013**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações.

Orientadora: Prof^a Dra. Mariana Santos Felisbino Mendes

Belo Horizonte

2020

Siqueira, Bárbara Barrozo.

S618c Contracepção e fatores associados ao não uso de métodos contraceptivos pelas mulheres brasileiras após o parto [manuscrito]: comparação entre os inquéritos nacionais de 2006 e 2013. / Bárbara Barrozo Siqueira. - - Belo Horizonte: 2020.

99f.: il.

Orientador (a): Mariana Santos Felisbino Mendes.

Área de concentração: Promoção da Saúde.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Planejamento Familiar. 2. Anticoncepção. 3. Período Pós-Parto. 4. Intervalo entre Nascimentos. 5. Saúde da Mulher. 6. Saúde Sexual e Reprodutiva. 7. Dissertação Acadêmica. I. Mendes, Mariana Santos Felisbino. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WP 630

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enfufmg.br

25
anos
1994 - 2019

enfermagem
pós-graduação • UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 628 (SEISCENTOS E VINTE E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BÁRBARA BARROZO SIQUEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 19 (dezenove) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*CONTRACEPÇÃO E FATORES ASSOCIADOS AO NÃO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PELAS MULHERES BRASILEIRAS APÓS O PARTO: COMPARAÇÃO ENTRE OS INQUÉRITOS NACIONAIS DE 2006 E 2013*", da aluna **Bárbara Barrozo Siqueira**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mariana Santos Felisbino Mendes (orientadora), Laura Lídia Rodriguez Wong e Deborah Carvalho Malta, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

☒ APROVADA;
☐ REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Patrícia Prata Salgado, Servidora do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de março de 2020.

Prof^ª. Dr^ª Mariana Santos Felisbino Mendes
Orientadora (EEUFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Laura Lídia Rodriguez Wong
(FACE/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Deborah Carvalho Malta
(EEUFMG)

Patrícia Prata Salgado
Servidora do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 06/04/2020

Agostinho Siqueira (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, agradeço a **Deus** por ter me proporcionado viver mais um momento especial de conquista, dando-me força e sabedoria para vencer os obstáculos destes dois anos de curso.*

*À minha orientadora **Profª. Drª. Mariana Santos Felisbino-Mendes** pela confiança, amizade e ensinamentos compartilhados.*

*Aos meus pais, **Maria Aparecida e Pedro** pelo apoio incondicional, pela torcida, carinho e amor ao longo de todos esses anos. Agradeço por investirem em mim, comprarem minhas ideias, mesmo que as vezes elas não lhes parecessem tão palpáveis. A confiança de vocês significou muito!*

*Aos meus irmãos **Camila e Pedro Felipe**, pelo companheirismo, amor e carinho!*

*Às meninas do Projeto Iodo e da sala 410, em especial a **Laís, Bruna, Raquel, Luiza, Thayane, Virgínia, Drielly, Gleice, Tabhatha e Fernanda** pelo convívio diário e ensinamentos e carinho, vocês se tornaram a minha família na pesquisa, GRATIDÃO!*

*Às minhas queridas Enfermeiras Obstétricas que compartilharam e tanto me ajudaram nesta jornada do mestrado, **Kelly, Walkiria, Débora, Taísa e Giuliana**, obrigada por caminharem ao meu lado!*

*Aos meus **mestres da UFMG**, pela excelente formação de base que me proporcionaram, possibilitando que eu alcançasse o mestrado e por consequência esta conquista.*

*À **CAPES** pela concessão de bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.*

À todos que direta ou indiretamente participaram dessa caminhada

RESUMO

Introdução: Garantir um adequado espaçamento entre as gestações faz parte das ações de Planejamento Reprodutivo (PR), pois é necessário um intervalo mínimo para uma adequada recuperação biopsicossocial da mulher. Contudo, apesar dos avanços alcançados no país, existe um alto número de gestações não planejadas e lacunas do conhecimento em relação aos subgrupos vulneráveis às ações de PR, com destaque para estudos com representatividade nacional para essas e todas as mulheres, independente do seu estado conjugal. **Objetivo:** Avaliar mudanças na prevalência do uso e no padrão de contracepção das brasileiras com até dois anos após o término da gestação, entre 2006 e 2013, e os fatores sociodemográficos associados ao não uso de métodos contraceptivos (MC). **Metodologia:** Estudo transversal descritivo e analítico que utilizou dados secundários dos inquéritos: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006) e Pesquisa Nacional de Saúde (2013). Estudou-se as brasileiras com até 2 anos de pós-parto, em idade reprodutiva, sexualmente ativas, não gestantes e que menstruavam, comparando-as com as demais mulheres. Estimou-se a prevalência do uso, do padrão de contracepção e do ranking de métodos modernos. Avaliou-se a prevalência do não uso de MC segundo características sociodemográficas e de acesso a informações sobre o PR, utilizando a regressão logística para estimação da Odds Ratio não ajustada e ajustada. Avaliou-se a mudança dos indicadores entre os anos por meio do cálculo da diferença entre as estimativas de prevalência. Considerou-se o desenho amostral complexo dos inquéritos para obter estimativas populacionais. **Resultados:** Cerca de 85% das brasileiras utilizavam MC, mantendo-se estável em 2006 e 2013, com uma alta prevalência de uso de métodos modernos. Observou-se um aumento da prevalência de uso de MC entre aquelas com até seis meses de pós-parto (71,0% para 89,0%). Pílulas e camisinhas representavam cerca de 60% dos métodos modernos utilizados no pós-parto, em ambos os inquéritos. Houve um aumento da prevalência de dupla proteção (2,9% para 10,1%), da insegurança contraceptiva (1,6% para 5,7%), uma redução de métodos cirúrgicos (16,2% para 13,4%) e tradicionais (2,1% para 1,4%). Mulheres residentes no Norte e Nordeste e sem companheiro tiveram 3 vezes a chance de não utilizar MC em 2006 e 2013. **Conclusão:** Apesar da manutenção da alta prevalência do uso de MC e do aumento da contracepção em mulheres com até seis meses de pós-parto, persistem desigualdades regionais no acesso a MC e baixa prevalência de uso de toda o cardápio contraceptivo e MC ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando a manutenção de falhas da assistência, dos meios para regular a fecundidade e que políticas públicas ainda não conseguem garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população mais vulnerável. Torna-se necessário expandir o alcance dos MC ofertados pelo SUS, por meio da qualificação e capacitação de profissionais, com destaque para os enfermeiros, para incrementar a oferta de MC no período pós-parto.

Descritores: Planejamento Familiar; Anticoncepção; Período Pós-Parto; Intervalo entre os nascimentos; Saúde da Mulher; Saúde Sexual e Reprodutiva; Inquéritos e Questionários; Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Adequate spacing between pregnancies is part of the Family Planning (FP) actions because a minimum interval is necessary to ensure the biopsychosocial recovery of women in the postpartum period. However, there are gaps in knowledge regarding the neglected and vulnerable subgroups of FP actions in Brazil, with emphasis on studies with national representativeness for postpartum women and all women, regardless of their marital status.

Objective: To assess changes in the prevalence of use and in the contraceptive pattern of Brazilian women up to two years after pregnancy, between 2006 and 2013, and the sociodemographic factors associated with the non-use of contraceptive methods (CM).

Methods: This is a cross-sectional, descriptive and analytical study which used secondary data from the surveys: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (2006) and Pesquisa Nacional de Saúde (2013). We studied Brazilian women with up to 2 years postpartum, of reproductive age, sexually active, non-pregnant and menstruating, and compared them with all the other women. We estimated the prevalence of use, contraception pattern of contraception and ranking of modern methods. Prevalence of non-use of CM was assessed according to sociodemographic characteristics and access to information regarding the FP, using logistic regression to estimate the unadjusted and adjusted Odds Ratios. Percentual change in indicators between the years was evaluated by calculating the difference between estimates. We considered the complex sample design of the surveys to obtain population estimates. **Results:** About 85% of Brazilian women used CM, remaining stable in 2006 and 2013, with a high prevalence of modern methods use. An increase in the use of CM was observed among those with up to six months postpartum (71.0% to 89.0%). Pills and condoms accounted for about 60% of modern methods used in the postpartum period in both surveys. There was an increase in dual protection (2.9% to 10.1%) and contraceptive insecurity (1.6% to 5.7%) and a reduction in sterilization (16.2% to 13.4%) and traditional methods (2.1% to 1.4%). Women living in the North and Northeast regions and not living with a partner had 3 times the chance of not using CM in 2006 and 2013. **Conclusion:** Even with the maintenance of a high prevalence of use of CM and with the increase in contraception among women with up to six months postpartum, regional inequalities in access to CM and low prevalence of the use of other methods made available by the Unified Health System (SUS) persist, pointing out the maintenance of the insufficient care, failures in the means to regulate fertility and that public policies still hinder to guarantee the sexual and reproductive rights of the most vulnerable population. Therefore, it is necessary to expand the reach of the CM and qualify the offered by SUS, through the qualification and training of professionals, especially nurses, to increase the better offer of CM in the postpartum period.

Keywords: Family Planning; Contraception; Postpartum Period; Birth Intervals; Women's Health; Sexual and Reproductive Health; Surveys and Questionnaires; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Práticas comprovadas de grande impacto no Planejamento Reprodutivo no período pós-parto.	34
Figura 2- Fluxograma do processo de seleção da amostra na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006.	43
Figura 3- Fluxograma do processo de seleção de amostra na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013	44
Figura 4- Mudanças na Prevalência do não uso de métodos contraceptivos segundo regiões brasileiras, 2006 e 2013.	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas das mulheres. Brasil- 2006 e 2013.....	53
Tabela 2- Prevalência do uso de métodos contraceptivos, tipo de contracepção e ranking dos métodos modernos. Brasil- 2006 e 2013	56
Tabela 3- Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2006.	61
Tabela 4- Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2013.	66
Tabela 5- Mudanças no ranking de métodos contraceptivos modernos. Brasil- 2006 e 2013.	70
Tabela 6- Mudanças do ranking de métodos contraceptivos modernos segundo o tempo de término da gestação. Brasil, 2006 e 2013.	71
Tabela 7- Prevalência do padrão de contracepção segundo o tempo de término da gestação da última gestação. Brasil- 2006 e 2013.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Opções de contracepção disponíveis para o uso durante o período do pós-parto..	32
Quadro 2- Indicadores relacionados à contracepção.....	36
Quadro 3- Classificação dos Métodos Contraceptivos	38
Quadro 4- Variáveis Independentes	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Prevalência do uso de métodos contraceptivos segundo o tempo de término da última gestação. Brasil, 2006 e 2013.....	57
Gráfico 2- Prevalência do padrão de contracepção segundo o tempo de término da gestação da última gestação. Brasil- 2006 e 2013.....	58
Gráfico 3- Ranking de Métodos Contraceptivos Modernos Segundo o Tempo de Término da Gestação. Brasil, 2006-2013.....	59
Gráfico 5- Mudanças do Padrão Contraceptivo. Brasil, 2006 e 2013	69
Gráfico 6- Mudanças do Padrão Contraceptivo das mulheres com até 6 meses do término da gestação, de 2006 para 2013. Brasil.	70

LISTA DE SIGLAS

ACO	Anticoncepcional Oral Combinado
APS	Atenção Primária à Saúde
CIPD	Conferência sobre População e Desenvolvimento
CMC	<i>Century-Month Code</i>
CMM	Conferência Mundial da Mulher
CPF	Cobertura por Planejamento Familiar
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DPFS	Demanda por Planejamento Familiar Satisfeita
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	Intervalo de 95% de Confiança
LAM	Método da Amenorreia Lactacional
LARCS	Long-Acting Reversible Contraception
MBPF	Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade
MC	Métodos Contraceptivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as mulheres
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PR	Planejamento Reprodutivo
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SSSR	Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
3. OBJETIVO.....	23
4. REFERENCIAL TEÓRICO	24
5. METODOLOGIA.....	39
6. RESULTADOS	51
7 DISCUSSÃO	73
8 CONCLUSÃO.....	85
REFERENCIAS.....	86
ANEXOS.....	96

1. INTRODUÇÃO

O Planejamento Reprodutivo (PR) pode ser entendido como um conjunto de serviços e ações de saúde com a finalidade de fornecer assistência especializada e acesso a recursos e informações que permitam que as mulheres, homens e casais exerçam plenamente seus direitos sexuais e seus direitos reprodutivos e decidam se e quando engravidar (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2018).

Garantir um adequado espaçamento entre as gestações faz parte das ações de PR, pois existe a necessidade de um intervalo mínimo para uma adequada recuperação do organismo, uma vez que ocorrem ajustes anatômicos (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2014; LOPEZ *et al.*, 2015b), psíquicos e de inserção social (ABDEL; PIO; CAPEL, 2015) que acarretam acentuadas mudanças no corpo e no padrão de vida da mulher na gravidez, no período pós-parto e de lactação.

Adicionalmente, para o conceito, intervalos mínimos de vinte quatro meses entre os nascimentos podem reduzir a probabilidade de prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto e óbito (CECATTI *et al.*, 2008; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; HANLEY *et al.*, 2017; TESSEMA *et al.*, 2018) e aumentam as chances de a mulher amamentar por dois anos ou mais (TESSEMA *et al.*, 2018), conforme recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a).

Apesar de não existirem evidências científicas bem estabelecidas dos mecanismos fisiopatológicos pelos quais intervalos interpartais curtos estão associados ao um aumento da morbimortalidade materno infantil, evidências de estudos prévios apontam que a depleção nutricional, a cicatrização incompleta da ferida operatória uterina, a incompetência do colo do útero e as alterações no padrão de amamentação, da composição e da quantidade de leite de mulheres grávidas lactantes são os principais fatores associados a essas complicações (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMÚDEZ; KAFURY-GOETA, 2007; HANLEY *et al.*, 2017).

Assim, o uso de métodos contraceptivos se faz essencial para melhoria dos indicadores de saúde em mulheres com até vinte e quatro meses do término da última gestação, mesmo nos casos em que a mulher deseja ter uma nova gestação em um curto período após o parto (LOPEZ *et al.*, 2014). Neste contexto, a contracepção adequada para a mulher no período pós-parto deve respeitar além do seu desejo, o tempo do término da gestação, o desfecho gestacional, o padrão

da amamentação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente e as contraindicações de uso de métodos de acordo com as condições clínicas da mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Porém, apesar das evidências e recomendações, atender as necessidades contraceptivas das mulheres no período pós-parto se constitui como um desafio global de saúde pública no contexto da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Estudos internacionais têm demonstrado que as mulheres após o término da gravidez apresentam baixa prevalência de uso de contracepção e alta vulnerabilidade a novas gestações não planejadas (MOORE *et al.*, 2015; PASHA *et al.*, 2015; TEAL; SHEEDER, 2018; TESSEMA *et al.*, 2018). Um estudo com dados de 72 inquéritos identificou que a maioria das mulheres em países em desenvolvimento não utilizam métodos contraceptivos (MC) no pós-parto (MOORE *et al.*, 2015). Outro estudo desenvolvido na Índia, Paquistão, Zâmbia, Quênia e Guatemala demonstrou uma necessidade não atendida de PR entre 25% a 96% e baixo acesso aos MC modernos para as mulheres após o término da gestação (PASHA *et al.*, 2015). No Paquistão cerca de 90% das mulheres interrompem o uso de métodos antes de vinte e quatro meses do término da gestação (BIBI *et al.*, 2019). Entre as norte americanas 74% das mulheres que tiveram uma gestação com um intervalo de menos de vinte e quatro meses do último parto referiram não ter planejado a última gestação (GEMMILL; LINDBERG, 2013).

Estudos em países em desenvolvimento associam o baixo acesso às ações de PR no período pós-parto às características sociodemográficas da população, apontando que as adolescentes, as mulheres solteiras, com baixa renda (DO; HOTCHKISS, 2013; TESSEMA *et al.*, 2018), baixa escolaridade, desempregadas (DO; HOTCHKISS, 2013) e residentes em áreas rurais, apresentam grande vulnerabilidade a gravidez não planejada (DO; HOTCHKISS, 2013; TESSEMA *et al.*, 2018).

No Brasil, apesar do relativamente amplo cardápio de MC seguros para o período pós-parto que é ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estudos regionais apontaram que existe uma baixa prevalência de mulheres no puerpério utilizando os MC que almejaram (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; CANELAS *et al.*, 2016), desinformação quanto aos métodos que são adequados para o período da lactação, uma alta prevalência de uso de contraceptivos hormonais contraindicados para as mulheres lactentes e o uso corriqueiro da pílula do dia seguinte (CANELAS *et al.*, 2016). Apesar das evidências serem regionais, acredita-se que esse cenário pode retratar o nacional ou ser ainda pior, pois mesmo com a importante queda na taxa de fecundidade observada na população brasileira nas últimas décadas (IBGE, 2013), ocorreram poucas mudanças na prevalência de gestações não planejadas

ao longo dos anos. A Pesquisa Nascir no Brasil, em 2012, mostrou que 55,4% das mulheres entrevistadas no pós-parto relataram não ter planejado aquela gravidez (VIELLAS *et al.*, 2014), prevalência 10% superior a observada seis anos antes pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) ao investigar a intencionalidade das gestações em mulheres em idade reprodutiva no ano de 2006 (BERQUÓ; LIMA, 2009). Além disso, mais de 500 mil abortos inseguros são realizados todos os anos no Brasil, como resultado de gestações não planejadas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

A consulta puerperal constitui uma importante ação programática na prevenção de gestações não planejadas, pois as mulheres que recebem um adequado acompanhamento no período pós-parto são mais propensas a usar métodos contraceptivos (AHMED *et al.*, 2015). No entanto, mesmo com a rede de cuidados que assegura uma atenção humanizada a todo o ciclo gravídico puerperal proposta pelo Ministério da Saúde com a criação da Estratégia Rede Cegonha, em 2011 (BRASIL, 2011), ainda existem problemas na oferta e no direcionamento dos cuidados pós-parto na Atenção Primária à Saúde (APS) (ANDRADE *et al.*, 2015; BARATIERI; NATAL, 2019). Apesar da alta cobertura ao pré-natal e ao parto alcançada no país (CASTRO *et al.*, 2019; VIELLAS *et al.*, 2014), estudos sobre os indicadores de acesso a consultas na APS no puerpério evidenciam uma baixa cobertura de consultas pós-parto (GONÇALVES *et al.*, 2019; LAGO; LIMA, 2009). Além disso, quando ofertada, a consulta puerperal tem um enfoque na avaliação e vacinação do recém-nascido, sendo os cuidados direcionados à saúde da mulher negligenciados ou ofertados de forma fragmentada e as questões relativas ao PR pouco ou não abordadas nestas consultas (OLIVEIRA *et al.*, 2016), demonstrando claramente uma interrupção do cuidado longitudinal e integral e a não valorização das necessidades de saúde da mulher no período pós-parto (BARATIERI; NATAL, 2019).

Soma-se, à invisibilidade das necessidades sexuais e reprodutivas da mulher no puerpério, a percepção errônea de que a abstinência sexual, a amenorreia pós-parto e a amamentação são uma forte prática contraceptiva na prevenção de uma gestação não planejada nos primeiros meses após o parto (MOORE *et al.*, 2015). Nesse contexto, ressalta-se que o retorno à vida sexual pelas mulheres em uma união estável pode ocorrer em um intervalo de poucas semanas ou meses após o término da gestação, que o momento exato do retorno à fecundidade após o parto é impreciso (BORDA; WINFREY; MCKAIG, 2010) e que no Brasil apenas 36,6% das mulheres amamentam exclusivamente ao seio materno até os seis meses de vida do recém-nascido (BOCCOLINI *et al.*, 2017). Estes dados reforçam o quanto a prerrogativa da ausência de risco de uma nova gravidez logo após o parto está equivocada.

Adicionalmente, as desigualdades sociais mais marcantes no país, em especial educação e a renda, continuam tendo reflexos significativos no acesso da população a uma assistência especializada, recursos e informações sobre saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a; UNFPA, 2018a). A baixa ocorrência da consulta no período pós-parto na atenção primária à saúde está associada a importantes iniquidades sociais, sendo que, as mulheres de menor renda, escolaridade e mais expostas a uma gravidez recorrente são as que tem menor acesso aos serviços de saúde após o término da gestação (GONÇALVES *et al.*, 2019; LAGO; LIMA, 2009). Logo, as brasileiras com algum grau de vulnerabilidade são duplamente prejudicadas na Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSSR), pois soma-se uma vulnerabilidade social indiretamente aferida pelas características sociodemográficas a um menor acesso à recursos e serviços de saúde.

Com o intuito de fortalecer e ampliar os serviços de PR no país, o Ministério da Saúde, implementou importantes ações, programas, políticas e estratégias visando redução da taxa de fecundidade e ampliação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, oferecendo às mulheres e casais condições para decidirem sobre sua capacidade reprodutiva. O “Mais Saúde: Direito de Todos”, que integrava o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) de 2007 (BRASIL, 2008); a Estratégia Rede Cegonha de 2011 (BRASIL, 2011), que possui um enfoque no período gravídico puerperal e o “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres” (PNPM) de 2013 a 2015 (BRASIL, 2013b) se destacam como políticas e estratégias que contribuíram para a melhoria dos indicadores de Saúde da Mulher.

Contudo, os últimos cinco anos são marcados por um hiato de ações e estratégias programáticas com enfoque na SSSR, cortes orçamentários e perda do espaço da saúde da mulher nas políticas públicas, o que pode gerar significativos impactos no acesso a Métodos Contraceptivos (MC) pelas brasileiras (TRINDADE *et al.*, 2019).

Também existem lacunas do conhecimento em relação aos subgrupos negligenciados e vulneráveis as ações de PR no Brasil, com destaque para as mulheres no período pós-parto. Por exemplo, apesar dos investimentos, não existem inquéritos específicos para avaliação da contracepção especificamente no período pós-parto e não sabemos se houve mudanças desses indicadores.

Ressalta-se ainda que os estudos desenvolvidos em nível nacional investigam o PR apenas em mulheres casadas ou em união estável. Todas as mulheres podem estar expostas a gestações não desejadas independente do seu estado conjugal e desconsiderar estes fatores alimenta a invisibilidade do não uso de contraceptivos no país (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; EWERLING *et al.*, 2018).

Considerando os benefícios de um intervalo de pelo menos vinte e quatro meses entre os partos; os indícios de não uso e uso incorreto de métodos contraceptivos pelas mulheres após o término da gestação; a descontinuidade do cuidado à mulher após o parto; as altas prevalências de gestações não planejadas no país; as iniquidades no acesso a serviços de saúde das mulheres brasileiras; e a maior vulnerabilidade da mulher após o parto, considera-se relevante investigar a contracepção entre essas mulheres especificamente, em âmbito nacional, independente do seu estado conjugal, e principalmente compreender as mudanças no padrão da utilização dos métodos contraceptivos por esse grupo específico entre 2006 e 2013, tendo em vista as várias estratégias e políticas vigentes no período. Acrescenta-se ainda a necessidade de se investigar fatores associados ao não uso de contracepção nas mulheres brasileiras com até 2 anos após o último parto.

2. HIPÓTESES

Assim o presente estudo apresenta as seguintes hipóteses:

- As mulheres que estão no período de até dois anos após o término da gestação utilizam métodos contraceptivos em uma menor proporção quando comparadas a mulheres fora desse período;
- Houve mudança no padrão de uso de métodos contraceptivos, entre as mulheres que estão no período de até dois anos após o término da gestação, de 2006 para 2013;
- Mulheres com até seis meses de término da gestação utilizam em uma menor proporção métodos contraceptivos, quando comparadas às mulheres com 7 meses ou mais de término da gestação;
- Fatores sociodemográficos que indicam maior vulnerabilidade estão associados ao não uso de métodos contraceptivos e isso se agravou com o tempo.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Avaliar mudanças na prevalência do uso e no padrão de contracepção das mulheres brasileiras com até dois anos após o término da gestação entre 2006 e 2013, e os fatores sociodemográficos associados ao não uso de métodos contraceptivos por essas mulheres.

3.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência do uso de contraceptivos em mulheres brasileiras que estão no período até dois anos após o término da gestação em 2006 e 2013.
- Estimar o padrão de contracepção das mulheres brasileiras com até dois anos após o término da gestação e conforme o tempo de término da gestação, de 0 a 6 e de 7 a 24 meses, em 2006 e 2013;
- Verificar os fatores associados ao não uso de métodos contraceptivos em 2006 e 2013;
- Avaliar mudanças na prevalência de uso de métodos, no padrão de contracepção e nos fatores associados ao não uso entre 2006 e 2013.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta dissertação se insere no campo da SSSR e na garantia dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Destaca-se que essa proposta está alinhada ao contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030, mais especificamente o terceiro e o quinto objetivo, com destaque aos objetivos 3.7 e 5.6 que apontam tanto a necessidade de se assegurar o acesso universal aos serviços de SSSR, incluindo o Planejamento Reprodutivo e os Direitos Reprodutivos quanto sua integração a outras estratégias e programas nacionais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015, 2016).

Visando subsidiar as discussões em relação ao objeto do estudo e ainda com a finalidade de organizar e discutir os conceitos teóricos abordados sobre contracepção, este capítulo foi subdividido em três temáticas: *Planejamento Reprodutivo como direito básico de cidadania*; *Planejamento Reprodutivo no período pós-parto* e *Indicadores de contracepção e classificação dos métodos contraceptivos*.

A primeira temática *Planejamento Reprodutivo como direito básico de cidadania* visa abordar a SSSR revisitando alguns marcos legais que envolvem os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos no país e no mundo. A segunda temática visa apresentar conceitos do Planejamento Reprodutivo especificamente para mulheres no período pós-parto. Por fim, a temática *Indicadores de contracepção e classificação dos Métodos Contraceptivos* objetiva apresentar os indicadores de acesso e cobertura a MC que auxiliam na produção de estimativas na SSSR.

Destaca-se que foi adotado o termo Planejamento Reprodutivo, nessa dissertação, ao invés do termo Planejamento Familiar em função de ser um termo mais abrangente em relação aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Estas abordagens conceituais, em conjunto, constituem o referencial teórico que norteia a condução dessa pesquisa.

4.1 Planejamento Reprodutivo como direito básico de cidadania: uma construção histórica

O PR baseia-se no respeito aos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, sendo orientado por ações educativas e preventivas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para o exercício da autonomia e liberdade sexual e reprodutiva. O uso de MC se

enquadra nas ações de regulação da fecundidade do PR, garantindo direitos iguais de constituição, limitação ou aumento de filhos pelo indivíduo ou pelo casal, de acordo com o desejo de ter ou não um filho e quando tê-lo (BRASIL, 2013a).

Contudo, durante décadas, as mulheres foram alvos dos programas de controle populacional e de iniciativas de desenvolvimento centradas em uma perspectiva masculina. O reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos foi feito ao longo de um processo de muita luta, principalmente dos movimentos femininas, e que enfrentou bastante resistência. Porém, sua efetivação está longe de ser plena, mesmo nos países mais desenvolvidos (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

A construção histórica da regulação da fecundidade se inicia no final do século XVIII, que foi marcado por um controverso e acirrado debate sobre políticas natalistas com intuito de alterar elementos da dinâmica populacional (UNITED NATIONS, 1948). Sendo que nos primeiros estudos sobre demografia, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do problema populacional e as questões de SSSR estavam confinadas ao mundo doméstico e privado, não sendo objeto de políticas públicas (ALVES, 2006).

Somente em 1948 houve uma importante mudança de paradigma e como resposta aos horrores ocorridos na segunda guerra mundial a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu os Direitos Humanos como direitos “universais, inerentes à condição de pessoa, e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade” (BRASIL, 2013a; UNITED NATIONS, 1948). Os direitos reprodutivos foram incorporados ao direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, direitos que são considerados Direitos Humanos Fundamentais (UNITED NATIONS, 1948).

No entanto, nas décadas de 1950 e 1960, foi difundido o medo da “explosão populacional”, um crescimento populacional desordenado que colocaria em risco os recursos naturais do planeta. Com isso, principalmente em países desenvolvidos, os formuladores de políticas passaram a defender a disseminação de MC (ALVES, 2006).

Porém, a temática da saúde reprodutiva passou a fazer parte da agenda política como resultado da ação de diversos movimentos feministas que defendiam a autonomia da mulher sobre seu corpo, sua vida sexual e reprodutiva (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Em 1975, ano Internacional da Mulher, foi realizada no México a I Conferência Mundial da Mulher (CMM) sob o lema “Igualdade, Desenvolvimento e Paz”. Dentre os principais atos dessa conferência destacam-se a aprovação do plano a ser norteador das diretrizes de governos e da comunidade internacional no decênio 1976-1985, com enfoque na igualdade plena de gênero e na eliminação da discriminação por razões de gênero, a plena participação das

mulheres no desenvolvimento de toda a sociedade e maior contribuição das mulheres para a paz mundial (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011).

As duas Conferências Mundiais da Mulher que sucederam a CMM 1975 (Copenhague 1980 e Nairóbi 1985) se propuseram a debater temas como igualdade de gênero, a igualdade na participação social e na participação política da mulher e nos lugares de tomada de decisões (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011).

Na década de 1990, a confluência de um ambiente macroeconômico e político favorável e a presença ativa de representantes dos movimentos feministas, ambientalistas e de Direitos Humanos possibilitou que vários avanços teórico-conceituais fossem transformados em princípios (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006). Porém, apenas em 1994, a Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em Cairo, no Egito, abandonou a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD conferiu um papel primordial à saúde, aos Direitos Sexuais e aos Direitos Reprodutivos, levando em consideração o debate sobre população e desenvolvimento, as questões sobre a mulher, desigualdades de gênero, meio ambiente e os Direitos Humanos (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2007). Essa conferência se tornou um marco na SSSR trazendo em seu Capítulo VII – parágrafo 7.3, o Direito Reprodutivo como:

“direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2007.p1).

No ano seguinte à CIPD 1994, foi realizada a IV CMM, em Pequim, intitulada “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, que partiu de uma avaliação dos avanços obtidos desde as conferências anteriores (Nairobi, 1985; Copenhague, 1980; e México, 1975). Foram reafirmados os acordos estabelecidos na CIPD 1994 e avançou-se na definição dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos. A CMM definiu o conceito de gênero para a agenda internacional, além do empoderamento das mulheres e transversalidade das políticas públicas com a perspectiva de gênero. Essa foi a mais importante das CMM pelo número de participantes que reuniu, pelos avanços conceituais e programáticos que propiciou (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011).

No Brasil, a transição da fecundidade ocorreu em um curto período de tempo, na ausência de programas de PR e em um contexto de ilegalidade no fornecimento de meios de auto-regulação da fecundidade (CAVENAGHI; ALVES; 2019). A saúde da mulher foi incorporada às políticas

nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, porém sendo limitada, nessa época, às demandas relativas ao período gravídico puerperal, e baseadas na especificidade biológica da mulher e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Na década de 60, a atuação do setor público no campo do PR era quase inexistente e diversas entidades de caráter privado, voltadas para o controle da natalidade, iniciaram sua atuação, financiadas por agências internacionais que tinham o interesse em reduzir o crescimento populacional no País (BRASIL, 2004, 2013a). Nessa década, as mulheres no Brasil tinham grande dificuldade de obter contracepção efetiva e como alternativa recorriam, frequentemente, à esterilização por laqueadura tubária, em serviços privados, e ao aborto provocado (BRASIL, 2004).

Em 1984, a articulação do movimento feminista com gestores estaduais e pesquisadores das universidades auxiliou a elaboração das bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Brasil. Esse programa, constitui-se como um marco histórico no País, pois propõe uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2013a; MARTINS, 2019).

A criação do SUS no ano de 1988 foi um marco nas políticas públicas brasileiras. Com a implementação deste sistema houve uma mudança no conceito de direito à saúde no País, tornando seu acesso universal e gratuito para todos os brasileiros. O sistema também mudou a forma de organização dos serviços de saúde, aumentando a oferta de cuidados na APS, dentre outras ações (CASTRO *et al.*, 2019; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1994 foi iniciada a implantação do Programa Saúde da Família, atual Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é desenvolvida por uma equipe multiprofissional na APS, com a proposta de estabelecer uma vinculação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Atualmente, a assistência ao PR no País é oferecida predominantemente por profissionais da ESF, e possui um papel fundamental na disponibilização de meios e métodos para regular a fecundidade no País (LUCENA *et al.*, 2018; MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Em 1996, um projeto de Lei nº 9.263/96 que regulamenta o PR foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. O projeto de Lei estabelece que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, devem garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 1996, 2013a). Contudo, apenas em 1999, iniciou a oferta gratuita de esterilização pelo SUS (BRASIL, 1999). No ano 2000, o Brasil participou da Conferência do Milênio promovida pela Organização das Nações

Unidas (ONU) juntamente com outros 188 países, e assinou a Declaração do Milênio, a qual estabeleceu um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento sustentável dos povos e a erradicação da pobreza e da fome, os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Desses, quatro objetivos têm relação com a saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids; e a redução da mortalidade infantil (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Contudo, não foi proposto nenhum objetivo pelos ODM com enfoque direto na Saúde Sexual e na Igualdade de gênero.

Em 2004, o Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade civil elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa política visou promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher mediante a garantia de direitos e ampliação do acesso aos serviços de assistência à saúde em todo território brasileiro. (BRASIL, 2004).

A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), de 2003, também desempenhou um importante papel nos avanços da SSSR no País. Em 2005, ela criou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que tinha como principal objetivo reforçar a coordenação e articulação de políticas de promoção da igualdade de gênero (BRASIL, 2013a). Em 2013, o PNPM foi revisitado e revisado (2013-2015), implementando em uma das suas linhas de ação a assistência ao planejamento reprodutivo dos brasileiros de forma integral, além de promover os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, de maneira intersetorial (BRASIL, 2013b).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; capacitação dos profissionais da APS em SSSR; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações (BRASIL, 2005).

Em 2007, foi lançado Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que busca aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social no Brasil. A saúde constitui-se um dos campos de atuação fundamental do PAC e, nesse sentido, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que objetiva, numa perspectiva abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade,

equidade e integralidade possam se concretizar. Entre as medidas do eixo promoção da saúde, encontra-se a expansão das ações de PR (BRASIL, 2008).

O Brasil e outros 192 representantes dos Estados-membros da ONU comprometeram-se a tomar medidas para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta no ano de 2015. Dentre as 169 metas, no âmbito da SSSR se destacam o terceiro e o quinto objetivo, mais especificamente as metas 3.7 e 5.6 que apontam tanto a necessidade de se assegurar o acesso universal aos serviços de SSSR, incluindo o PR e os Direitos Reprodutivos quanto sua integração a outras estratégias e programas nacionais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016).

Apesar do exposto, a assistência ao PR no País tem passado por descontinuidade ao longo dos anos, sendo que as últimas estratégias programáticas que consideraram a SSSR das mulheres brasileiras foram a Rede Cegonha, de 2011 e o PNPM de 2013 a 2015. Em 2016, foram feitos drásticos cortes orçamentários na Pasta de Saúde das Mulheres e, desde então, o PNPM não foi renovado. Além disso, o último documento público do Brasil de monitoramento da agenda, produzido após pressão da sociedade civil, foi apresentado na III Conferência Regional de População e Desenvolvimento da América Latina e Caribe, realizada em agosto de 2018 em Lima. O ano de 2019 pode ser considerado um marco dos vários retrocessos vivenciados mais recentemente, nesse campo, no país. Em 2019 o governo brasileiro pela primeira vez, não assinou o documento da OMS, que firma compromissos acerca da SSSR das populações junto aos demais países membros (TRINDADE *et al.*, 2019). No mesmo ano, o Brasil foi um dos poucos a não apresentar informe do País sobre o status de implementação da agenda regional de população e desenvolvimento no fórum marcado pelos 25 anos da CIPD (MARTINS, 2019).

Mais recentemente, por meio do Decreto nº 9.417, de 20 de junho de 2018, a SPM foi transferida para o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Essas mudanças resultam na perda do espaço da saúde das mulheres nas políticas públicas brasileiras, o que pode gerar significativos impactos no PR que precisam ser constantemente monitorados no país (BRASIL, 2018a).

4.2 Planejamento Reprodutivo no período Pós- Parto

O PR no pós-parto foi implementado no mundo há pelo menos 50 anos. O Programa Internacional de Pós-Parto, instituído no período de 1966 a 1973 em 138 instituições de 21 países, alcançou 3,5 milhões de mulheres e estima-se que tenha evitado 500 mil gestações não

planejadas (CASTADOT *et al.*, 1975).

A importância em se reduzir as gestações pouco espaçadas ou não planejadas é uma questão de saúde pública, uma vez que essas gestações estão associadas a uma maior morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil (AHMED *et al.*, 2012; CONDE AGUDELO *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2014; LOPEZ *et al.*, 2015a; SINGH *et al.*, 2009).

Em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento, altas taxas de abortamento provocado, e das complicações decorrentes a ele, são o resultado de problemas de acesso a MC pelas mulheres que os necessitam (ANJOS *et al.*, 2013). Ahmed *et al.* (2012) estimaram que proporcionar às mulheres que não desejam engravidar MC modernos poderia impedir 29% das mortes maternas por ano em todo o mundo. Singh *et al.* (2009) sugerem que 1,2 milhões de mortes infantis foram evitadas globalmente ao se impedir gestações não planejadas no ano de 2008 e outras 640.000 mortes de recém-nascidos seriam evitadas a cada ano se todas as mulheres que desejavam contracepção fossem atendidas.

Adicionalmente, estudos apontam que intervalos entre as gestações menores que seis meses estão relacionados a um aumento da morbimortalidade materna devido a um maior risco de distúrbios hemorrágicos (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; SCHUMMERS *et al.*, 2018), além do aumento no risco de desenvolver endometrite e anemia em uma próxima gestação (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2014; SCHUMMERS *et al.*, 2018). Está também associado a um ganho de peso maior a 15 quilos na gestação, a um aumento nas chances de desenvolver distúrbios metabólicos, como a recorrência de diabetes *mellitus* gestacional (MAJOR *et al.*, 1998) e aumento do risco em desenvolver distúrbios hipertensivos (CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMÚDEZ; KAFURY-GOETA, 2007). Estes riscos são ainda maiores em mulheres com 35 anos ou mais de idade quando comparado com as mulheres de 20 a 34 anos (SCHUMMERS *et al.*, 2018).

Além disso, intervalos interpartais menores a 24 meses estão associados a uma menor taxa de aleitamento materno (TESSEMA *et al.*, 2018). Já para um futuro conceito pode aumentar a probabilidade de parto prematuro, baixo peso ao nascer, aborto e óbito infantil (CECATTI *et al.*, 2008; CONDE-AGUDELO; ROSAS-BERMÚDEZ; KAFURY-GOETA, 2006; SCHUMMERS *et al.*, 2018; TESSEMA *et al.*, 2018). Estes riscos são maiores para as mulheres de 20 a 34 anos quando comparado com as mulheres com 35 anos ou mais de idade (SCHUMMERS *et al.*, 2018).

Embora a maioria das mulheres no período pós-parto almeje evitar uma nova gestação no primeiro ano após o parto, quando comparadas às mulheres fora desse período, as puérperas têm uma maior probabilidade de ter suas necessidades sexuais e reprodutivas não atendidas

(TESSEMA *et al.*, 2018). Estudos tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, estimam que um significativo número de mulheres não utilizam nenhum tipo de contracepção eficaz nos 24 meses de pós-parto (BIBI *et al.*, 2019; MOORE *et al.*, 2015; PASHA *et al.*, 2015; TEAL; SHEEDER, 2018; TESSEMA *et al.*, 2018).

Algumas razões que explicam por que as mulheres não usam contracepção eficaz durante o período do pós-parto são bem descritas na literatura, tais como normas socioculturais e relacionadas ao gênero que guiam práticas pós-natais (ABDEL; PIO; CAPEL, 2015), tempo de retorno à atividade sexual (BORDA; WINFREY; MCKAIG, 2010), práticas de amamentação e equívocos sobre a amenorreia lactacional (RACCAH-TEBEKA; PLU- BUREAU, 2015), assim como falta de acesso a serviços de contracepção (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; CANELAS *et al.*, 2016).

Do ponto de vista de Saúde Pública e da garantia de direitos, é crucial proporcionar uma assistência longitudinal durante o pré-natal, parto e puerpério e oferecer aconselhamento sobre PR em todo o ciclo gravídico puerperal (AHMED *et al.*, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Aproveitar todos os contatos das mulheres com os serviços de saúde aumenta a chance de uso de MC modernos no período de pós-parto e conseqüentemente tem um forte impacto na redução de gestações não planejadas ou pouco espaçadas (AHMED *et al.*, 2012).

Cada atendimento de saúde se configura como uma oportunidade de identificar as necessidades não satisfeitas, ofertar aconselhamento e serviços de PR para as mulheres no período gravídico puerperal. A OMS recomenda que mulheres recebam informações sobre PR e sobre os benefícios sociais e de saúde alcançados com o espaçamento entre nascimentos durante a assistência pré-natal, imediatamente após o nascimento e durante a assistência pós-parto e cuidados com o bebê, incluindo imunização e monitoramento do crescimento, sendo que a cada visita da mulher a um serviço de saúde deveria oferecer uma oportunidade única para identificar necessidades não satisfeitas, aconselhamento e oferecimento de serviços de PR (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O aconselhamento em PR no período gravídico puerperal deve considerar para uma adequada contracepção no pós-parto a livre escolha informada, o tempo do término da gestação, o desfecho gestacional, o padrão da amamentação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente e as contraindicações de uso de métodos de acordo com as condições clínicas da mulher (WHO, 2013, 2015).

Com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (2015), as mulheres podem utilizar o DIU com segurança durante o período do pós-parto imediato, além de uma

gama de outros métodos seguros para mulheres em aleitamento materno exclusivo. Portanto, imediatamente após o nascimento e durante todo o período pós-parto, as mulheres podem escolher entre uma ampla variedade de contraceptivos, incluindo métodos hormonais ou não hormonais; de curta, média ou longa ação, além de métodos permanentes (WHO, 2015a) (Quadro 1).

Quadro 1- Opções de contracepção disponíveis para o uso durante o período do pós-parto

Lactentes	DIU de cobre e hormonal Camisinhas Pílulas de progesterona Implantes Injetáveis com progesterona Laqueadura e Vasectomia (Métodos Cirúrgicos) LAM
Não Lactentes	DIU de cobre e hormonal Camisinhas Contraceptivos Orais Combinados Injetáveis Implantes Laqueadura e Vasectomia (Métodos Cirúrgicos) Contracepção de Emergência

Fonte - WHO, 2015a.

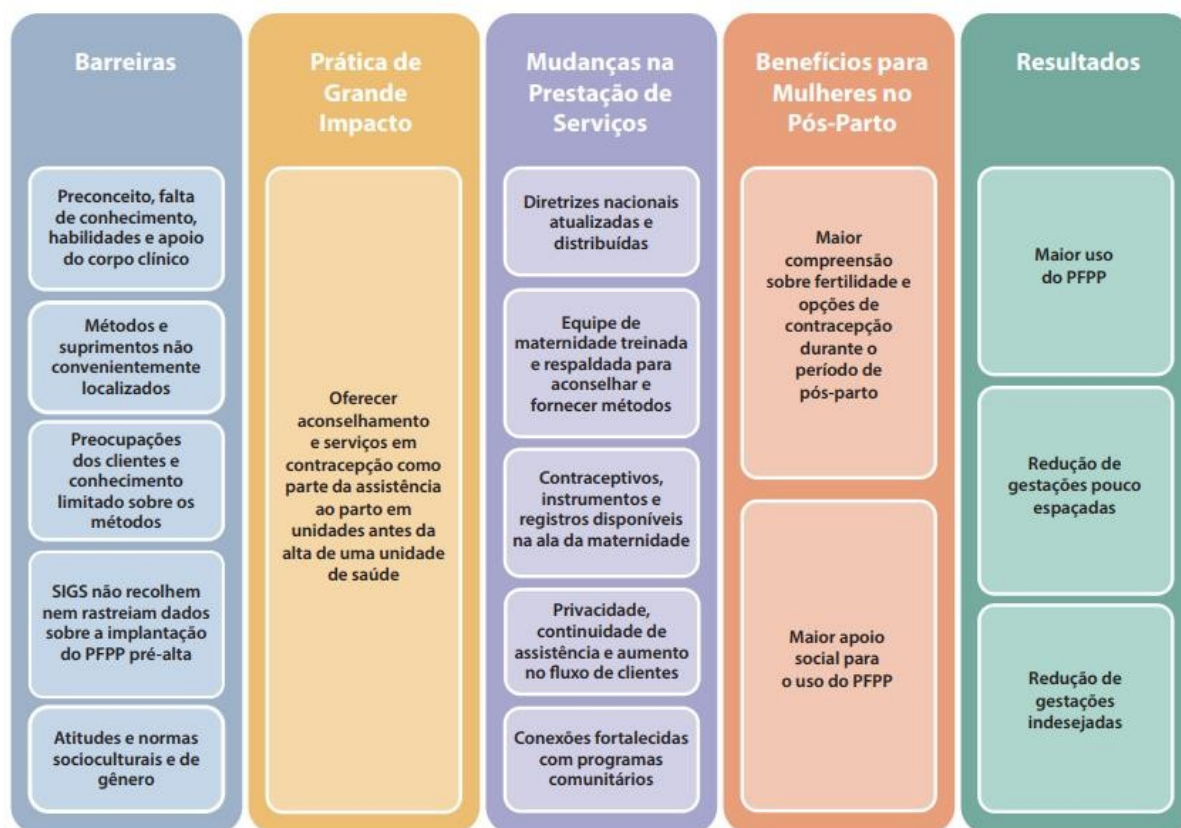
O PR no pós-parto imediato e a integração entre as ações de imunização com PR são práticas comprovadas de grande impacto que oferecem informações e serviços de maneira proativa para as mulheres no período pós-parto e durante os contatos de rotina de imunização infantil (HIP, 2017). Essas práticas são um conjunto de ações de PR baseadas em evidências científicas, avaliadas por diversos especialistas e com base em critérios específicos (Figura 1).

No Brasil, o cuidado pós-parto é uma das áreas básicas de atuação da Equipe de Saúde da Família (LUCENA *et al.*, 2018; MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007), modelo preferencial da APS no país. Com intuito de fortalecer e ampliar a cobertura dos serviços de atendimento ao pós-parto na APS foi instituído no país o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna

e Neonatal que assumiu como uma das ações estratégicas aderir à iniciativa “Primeira Semana de Saúde Integral”, instituída pelo MS para ampliar a cobertura e qualificar a atenção à puérpera e ao recém-nascido (SANTOS *et al.*, 2019). Além disso, para melhorar os indicadores de saúde do país, em 2011, foi instituída a Estratégia Rede Cegonha cujo objetivo foi fortalecer as ações da APS e maternidades, melhorando os indicadores de forma integral, qualificada e resolutiva com enfoque no PR, pré-natal, parto, nascimento e período de até dois anos após o nascimento da criança (BRASIL, 2011). Com intuito de melhorar reprodutiva no país, a estratégia implementou várias ações educativas e de comunicação social e ampliou a oferta para todos os métodos contraceptivos.

Mesmo diante das mudanças favoráveis ocorridas à saúde no Brasil, no período de 1999 a 2015, principalmente para as mulheres no período gravídico puerperal, persiste o desafio de melhorar no país a assistência à saúde da mulher, pois ainda existem problemas na oferta e no direcionamento dos cuidados pós-parto na APS (ANDRADE *et al.*, 2015; BARATIERI; NATAL, 2019). Apesar da alta cobertura ao pré-natal e ao parto alcançada com o implemento da Estratégia Rede Cegonha (CASTRO *et al.*, 2019; VIELLAS *et al.*, 2014), indicadores de acesso a consultas da APS no puerpério evidenciam uma baixa cobertura de consultas pós-parto (GONÇALVES *et al.*, 2019; LAGO; LIMA, 2009). Segundo indicadores disponibilizados pelo Datasus, dentre os anos de 2006 a 2015, houve no país um aumento de 65% no número total de consulta de pré-natal no país, entretanto poucas gestantes concluíram a assistência pré-natal com a realização da consulta de puerpério (até 42 dias de pós-parto) e observamos um aumento de 36% no número total de consultas puerperais (BRASIL, 2019a).

Figura 1- Práticas comprovadas de grande impacto no Planejamento Reprodutivo no período pós-parto.



Nota 1 SIGS: sistema de informação de gerenciamento de saúde; PFPP: planejamento familiar pós-parto.
Fonte: HIP

Além disso, quando ofertada, a consulta puerperal tem um enfoque no recém-nascido, sendo os cuidados direcionados à saúde da mulher negligenciados ou ofertados de forma fragmentada e as questões relativas ao PR pouco ou não abordadas nestas consultas (OLIVEIRA *et al.*, 2016), demonstrando claramente uma interrupção do cuidado longitudinal e integral e a não valorização das necessidades de saúde da mulher no período de pós-parto (BARATIERI; NATAL, 2019) e principalmente as questões de SSSR.

Como reflexo da assistência ao puerpério fragmentada e a pouca valorização da SSSR no pós-parto, estudos regionais apontaram que existe uma baixa prevalência de mulheres no puerpério utilizando MC que almejaram (BORGES; SANTOS; FUJIMORI, 2017; CANELAS *et al.*, 2016), uma alta prevalência de uso de contraceptivos hormonais contraindicados para as mulheres lactentes, o uso corriqueiro da pílula do dia seguinte e desinformação quanto aos métodos adequados no período da lactação (CANELAS *et al.*, 2016). Contudo, existem poucos estudos regionais sobre a contracepção no puerpério, e em âmbito nacional não possuímos estimativas do uso de contraceptivos para as mulheres no período pós-parto. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise

objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A importância de mensurar o acesso a MC pela população de mulheres pós-parto em nível nacional se dá porque permite o conhecimento das condições de acesso e a cobertura dos serviços de saúde, sendo essencial no contexto da organização e funcionamento da SSSR no país, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a saúde da mulher no puerpério, em especial quanto ao uso de MC (provisão de insumos, materiais educativos etc.) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

4.3 Indicadores de contraceção e classificação dos Métodos Contracetivos

Medir o progresso em direção à cobertura universal de saúde envolve produzir estimativas da cobertura de intervenções em saúde (BARROS *et al.*, 2015). Diante disso, o acesso a MC modernos faz parte do quadro geral de um sistema de garantias à SSSR e se vincula diretamente aos Direitos Reprodutivos (CARVALHO, 2019b). Assim, a informação sobre os MC influencia os investimentos em saúde, promove a expansão de MC, a introdução de outros ou novos métodos e indiretamente o fortalecimento de políticas públicas (BARROS *et al.*, 2015; UNFPA, 2018a).

Por muitos anos resistiu a abordagem do PR apenas para mulheres casadas. Atualmente, o monitoramento do uso de MC se baseia em indicadores de cobertura (FESTIN *et al.*, 2016), que são definidos como a proporção de indivíduos que recebem os serviços que necessitam (BARROS *et al.*, 2015). Isso se justifica porque os indicadores de cobertura respondem mais prontamente às mudanças de programas, estratégias e ações em saúde, sendo uma ferramenta inestimável para avaliação em saúde, que possibilita modificações de correção e aprimoramento (CARVALHO, 2019b).

O monitoramento do uso de MC envolve três indicadores relacionados à contraceção, que são apresentados no Quadro 2: Necessidade não Atendida de Planejamento Familiar, Demanda por Planejamento Familiar Satisfeito (DPFS) ou Cobertura por Planejamento Familiar (CPF), e Prevalência de uso de contraceptivos ou taxa de prevalência de contraceptivos (NATIONS UNITED, 2018).

Quadro 2- Indicadores relacionados à contracepção

Indicador	Descrição
Necessidade não atendida de planejamento familiar	Porcentagem de mulheres que desejam interromper ou atrasar a gravidez, mas não usam nenhum método contraceptivo.
Demanda por Planejamento Familiar Satisfeita (DPFS) ou Cobertura por planejamento familiar (CPF)	Proporção de mulheres que precisam de contracepção que estão realmente usando contraceptivos. O cálculo desse indicador exige a divisão de mulheres em idade fértil em grupos de necessidade de contracepção: 1) Mulheres que não necessitam utilizar MC: infecundas ou na menopausa, gestantes e aquelas que desejam outro filho nos próximos 2 anos. 2) Mulheres que precisam de contracepção, porque não querem mais filhos, querem esperar ou gravidez atual ou recente foi não planejada: são divididas entre as que usam contraceptivos e as que não usam contraceptivos.
Prevalência de uso de contraceptivos ou taxa de prevalência de contraceptivos	Porcentagem de mulheres que estão usando qualquer tipo de contracepção: Total de Mulheres em uso de contraceptivos sobre o total da população feminina em idade fértil.

Fonte: NATIONS UNITED, 2018

A CPF é um importante indicador para o monitoramento e a formulação de políticas, sendo o melhor indicador para estimar a cobertura de MC, pois estima a proporção de mulheres que realmente necessitam interromper ou espaçar a gestação e que estão realmente usando MC (NATIONS UNITED, 2018). Por outro lado, a estimativa da CPF envolve um grande número detalhado de perguntas em uma pesquisa, tais como: uso de métodos, desejo reprodutivo, atividade sexual, data da última gestação, planejamento da última gestação dentre outros. Contudo, grande parte dos inquéritos nacionais não incluem o conjunto completo de perguntas necessárias para obter sua estimativa direta (BARROS et al., 2015), por exemplo a PNS de 2013.

A maioria dos inquéritos possibilita apenas o cálculo da Prevalência de uso de contraceptivos. Esse não é um verdadeiro indicador de cobertura, pois nem todas as mulheres precisam de contraceptivos, o que se achava que poderia dificultar o estabelecimento de metas significativas (BARROS et al., 2015). Mas, a partir de pesquisas que incluíram o período de 1993 a 2012 e diferentes modelos estatísticos, Barros et al. (2015) demonstraram que seria possível obter uma estimativa confiável e precisa das necessidades não atendidas, ou seja identificar a real necessidade de contracepção, utilizando apenas o cálculo da prevalência de uso de contraceptivos. Esses autores comprovaram a hipótese de que existe uma forte associação entre as Necessidades Não Atendidas de Planejamento Familiar e a Prevalência do uso de contraceptivos, gerando um modelo preditivo que poderia explicar 95% da variabilidade das necessidades não atendidas de PR (BARROS et al., 2015).

No Brasil, a Prevalência Contraceptiva é utilizada para monitorar o acesso a MC e as metas 3.7 e 5.6 dos Objetivos e Desenvolvimento Sustentável, que visa assegurar o acesso universal aos SSSR, incluindo o PR, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais até 2030 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018).

Além disso, para monitorar e avaliar o acesso e a cobertura de MC e para atender às necessidades de mulheres e homens é necessário utilizar um sistema de classificação de contraceptivos em que se considera múltiplos atributos dos métodos, tais como nível de eficácia, tempo de duração no organismo, ação hormonal ou não hormonal, uma vez que foi estabelecido que mulheres em uso de métodos tradicionais poderiam ter uma necessidade não satisfeita de contracepção, mesmo utilizando um método (FESTIN et al., 2016).

Com intuito de monitorar o uso de MC, foram criadas várias classificações de métodos conforme sua eficácia, composição e tempo de ação no organismo. Para tal fim, um sistema ideal de classificação de contraceptivos deve ser simples, fácil de usar, claro e consistente (FESTIN et al., 2016). A classificação de métodos modernos ou tradicionais geralmente é aplicada para denotar a efetividade do método contraceptivo. Segundo o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Organização Mundial da Saúde e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional um método contraceptivo moderno deve ter as seguintes características: uma base sólida em biologia reprodutiva, um protocolo preciso para uso correto e dados existentes mostrando que o método foi testado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A dicotomia moderna ou tradicional é a classificação mais utilizada para contraceptivos, mas existem outros sistemas de classificação, tais como hormonais ou não hormonais;

permanentes, de ação curta, média ou ação prolongada, dentre outros (Quadro 2) (FESTIN et al., 2016). Algumas das subcategorias de classificação de métodos mais familiares também incluem métodos permanentes, contracepção reversível de ação prolongada, métodos temporários e métodos de prevenção multiuso ou dupla proteção (WHO, 2016).

Quadro 3- Classificação dos Métodos Contraceptivos

Efetividade	Métodos Tradicionais	Tabelinha e Coito Interrompido
	Métodos Modernos	Laqueadura, Vasectomia, Implantes, DIU, Injetáveis, Pílulas, Preservativo masculino e feminino, Diafragma, LAM e MBPF
Composição	Métodos Modernos e Hormonais	Pílulas, Implantes, Injetáveis, DIU hormonal
	Métodos Modernos e Não Hormonais	Preservativo e Masculino, Diafragma, DIU de cobre, MBPF
Tempo de ação no organismo	Métodos Modernos de Curta Duração	Pílulas, Contracepção de emergência, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma e MBPF
	Métodos Modernos de Média Duração	Injetáveis, LAM
	Métodos Modernos de Longa Duração (LARCS)	Implantes, DIU
	Métodos Modernos e Permanentes	Laqueadura e Vasectomia (Métodos Cirúrgicos)

Nota: DIU Dispositivo Intra Uterino, MBPF Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade, LAM Método da Amenorreia Lactacional.

Fonte: WHO,2015

5. METODOLOGIA

5.1 Desenho e fonte de dados

Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico que utilizou dados secundários dos dois últimos inquéritos nacionais de base populacional que investigaram o Planejamento Reprodutivo no Brasil, comparando-os, a saber: a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher e da Pesquisa Nacional de Saúde.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006)

A PNDS 2006 foi o último inquérito desenvolvido no Brasil com representatividade nacional que investigou a saúde de mulheres de 15 a 49 anos e de crianças menores de cinco anos, com o objetivo de caracterizar a população feminina, identificando os padrões de conjugalidade, parentalidade e reprodutivos, recuperando informações retrospectivas, intenções de comportamentos e perspectivas futuras (BRASIL, 2009a).

Os dados desse inquérito foram coletados em dois questionários que continham informações básicas sobre o domicílio e seus moradores habituais. Em todos os domicílios selecionados na amostra, o questionário, denominado “Ficha do domicílio”, foi aplicado a um dos moradores, preferencialmente ao responsável pelo domicílio e, na ausência deste, a um morador maior de quinze anos de idade que soubesse fornecer informações sobre o domicílio e seus moradores (BRASIL, 2009a).

Foram realizadas entrevistas em 14.617 domicílios, onde residiam 56.365 pessoas. Para 15.575 mulheres de 15 a 49 anos de idade identificadas como moradoras habituais do domicílio foi aplicado um questionário mais amplo, denominado Questionário da Mulher, que contemplou os seguintes módulos: “características da entrevistada”; “reprodução”; “anticoncepção”; “acesso a medicamentos”; “alimentação e nutrição”; “situação conjugal e sexualidade”; “planejamento da fecundidade”; “características do cônjuge” e “trabalho da mulher”. Também foi aplicado o módulo “gravidez e parto” para todas as mulheres que tiveram gestações que ocorreram nos últimos cinco anos da data da entrevista (BRASIL, 2009a).

A PNDS 2006 ocorreu por amostragem probabilística em dois estágios, com base no Censo demográfico do ano de 2000, estratificado tanto pelas cinco grandes regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) quanto pela situação de domicílio (urbana e rural), totalizando 10 estratos (BRASIL, 2009a).

A PNDS é a principal fonte de informação para um conhecimento mais aprofundado acerca do planejamento da fecundidade, das condições de saúde e do comportamento sexual e

reprodutivo no Brasil. A PNDS 2006 é o inquérito mais completo e representativo em nível nacional, que possibilitou entender o perfil das mulheres em idade fértil e de seus filhos, a transição da fecundidade, especialmente a partir de aspectos relacionados a ela, tais como uso e tipo de métodos contraceptivos, saúde materna, preferências e intenções reprodutivas e relações de gênero. Além disso, por existirem pesquisas com o mesmo escopo e padrão em outros países, esse inquérito possibilitou a comparação dos nossos dados com as informações de estudos internacionais.

Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013)

A PNS 2013 é um inquérito de âmbito nacional que entrevistou homens e mulheres maiores de 18 anos. Sua elaboração se fundamentou em três eixos principais, dentre eles: o desempenho do sistema nacional de saúde, as condições de saúde da população brasileira e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados a elas (DAMACENA et al., 2015).

A PNS 2013 apresenta características metodológicas semelhantes às da PNDS 2006, tendo por base a amostra mestra do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015). Para seu desenvolvimento foi utilizado o plano amostral por conglomerados em três estágios de seleção, sendo entrevistado um morador com 18 anos ou mais de idade em cada residência, com equiprobabilidade entre todos os moradores adultos do domicílio (DAMACENA et al., 2015; SZWARCOWALD et al., 2014).

O inquérito foi composto por três partes: a primeira continha questões sobre informações do domicílio e de visitas dos agentes de saúde e equipes de saúde. A segunda parte continha questões acerca dos moradores do domicílio, contendo perguntas referentes às características gerais dos moradores daquela residência em relação ao trabalho, renda, escolaridade, acesso e utilização dos serviços de saúde, dentre outros. A terceira parte consistiu em 60.202 entrevistas individuais que foram direcionadas a um morador selecionado por aleatorização simples. A ideia era obter informações acerca do estado de saúde, doenças crônicas, estilo de vida, violências e acidentes, dentre outros (DAMACENA et al., 2015; SOUZA-JÚNIOR et al., 2015; SZWARCOWALD et al., 2014).

As questões do inquérito foram divididas em módulos de “A” a “X” de acordo com temas de saúde. Para as 34.282 mulheres maiores de 18 anos entrevistadas foram aplicadas, na terceira etapa da pesquisa, as perguntas do “módulo R” referentes à Saúde da Mulher com questões individuais acerca das temáticas: contracepção, história reprodutiva e exames para

rastreio do câncer de colo uterino e câncer de mama. Além disso, para 1.918 mulheres que tiveram uma gestação nos últimos dois anos foram realizadas perguntas sobre a assistência pré-natal recebida na última gestação. Ressalta-se que apenas as mulheres que responderam que são sexualmente ativas e que ainda menstruavam responderam as questões do módulo “R” referentes ao planejamento reprodutivo (DAMACENA et al., 2015; SOUZA-JÚNIOR et al., 2015).

5.2 População do estudo e amostra

Para definir quais mulheres necessitam de contracepção utilizamos os critérios em ambos os inquéritos: ser sexualmente ativa nos últimos 12 meses e menstruar. Assim, no presente estudo foram avaliadas todas as mulheres na faixa etária de 18 a 49 anos, sexualmente ativas, que não estavam grávidas, que menstruavam e que tiveram gestações nos 24 meses anteriores à data de entrevista dos inquéritos.

Visando garantir uma comparabilidade entre os inquéritos foi realizado um recorte na faixa etária, uma vez que, no inquérito da PNS 2013 foram entrevistados apenas indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

O período de 0 a 24 meses do término da última gestação foi utilizado considerando que as mulheres nesse período estão expostas aos riscos de um intervalo interpartal curto.

As mulheres excluídas desse estudo foram aquelas que não estavam expostas à possibilidade de engravidar, ou seja, as que fizeram histerectomia, ou estão na menopausa, ou nunca menstruaram, ou que já estão grávidas e aquelas que declararam não possuir vida sexual ativa.

Apesar de ser possível estimar o tempo do término de gestação, esse dado não estava disponível como uma das variáveis para análise direta nos bancos de dados. Contudo, em ambos os inquéritos dispomos de informações do mês e ano do término da gestação e da data da entrevista. Dessa forma foi possível definir a população de mulheres com tempo igual ou inferior a dois anos do término da última gestação. Utilizando o algoritmo do sistema Century-Month Code (CMC) realizamos, em ambas as pesquisas, o seguinte cálculo:

$$\text{CMC} = [(\text{Ano da entrevista} - 1900) \times 12 + (\text{Mês da entrevista})] - [(\text{Ano do nascimento} - 1900) \times 12 + (\text{Mês do nascimento})] \text{ (RUTSTEIN; ROJAS, 2006).}$$

Seleção da amostra na PNDS 2006

Para a construção do banco de dados com as variáveis de interesse desse estudo foi realizada a junção de três das cinco sub-bases de dados que compõe o inquérito da PNDS 2006: “Domicílio/Pessoas”, “Mulheres” e “Gravidezes”.

Para a construção do banco de dados, inicialmente, foi realizado o relacionamento da sub-base “Domicílio/Pessoas” com a sub-base “Mulheres” com o número de identificação da mulher elegível. Em seguida, na sub-base “Gravidezes”, foram identificadas as duplicatas do número de identificação da mulher e excluídas as informações de gestações múltiplas e gestações do período anterior a junho de 2004, mantendo apenas a última gestação para cada entrevistada. Por fim, foram relacionados os sub-bancos já unidos com as informações do sub-banco editado “Gravidezes” que contém as informações das histórias reprodutivas.

O cálculo do CMC foi realizado utilizando as informações do mês e do ano da entrevista com a mulher e mês e ano do nascimento ou término da gravidez.

A Figura 2 apresenta o processo de seleção da amostra no banco de dados da PNDS 2006. Ao final da seleção foram incluídas no estudo 10.823 mulheres sendo que dessas, 1.603 tiveram filho nos últimos 2 anos.

$$\text{CMC} = [(\text{Ano da entrevista} - 1900) \times 12 + (\text{Mês da entrevista})] - [(\text{Ano do nascimento} - 1900) \times 12 + (\text{Mês do nascimento})] \text{ (RUTSTEIN; ROJAS, 2006).}$$

Seleção da amostra na PNDS 2006

Para a construção do banco de dados com as variáveis de interesse desse estudo foi realizada a junção de três das cinco sub-bases de dados que compõe o inquérito da PNDS 2006: “Domicílio/Pessoas”, “Mulheres” e “Gravidezes”.

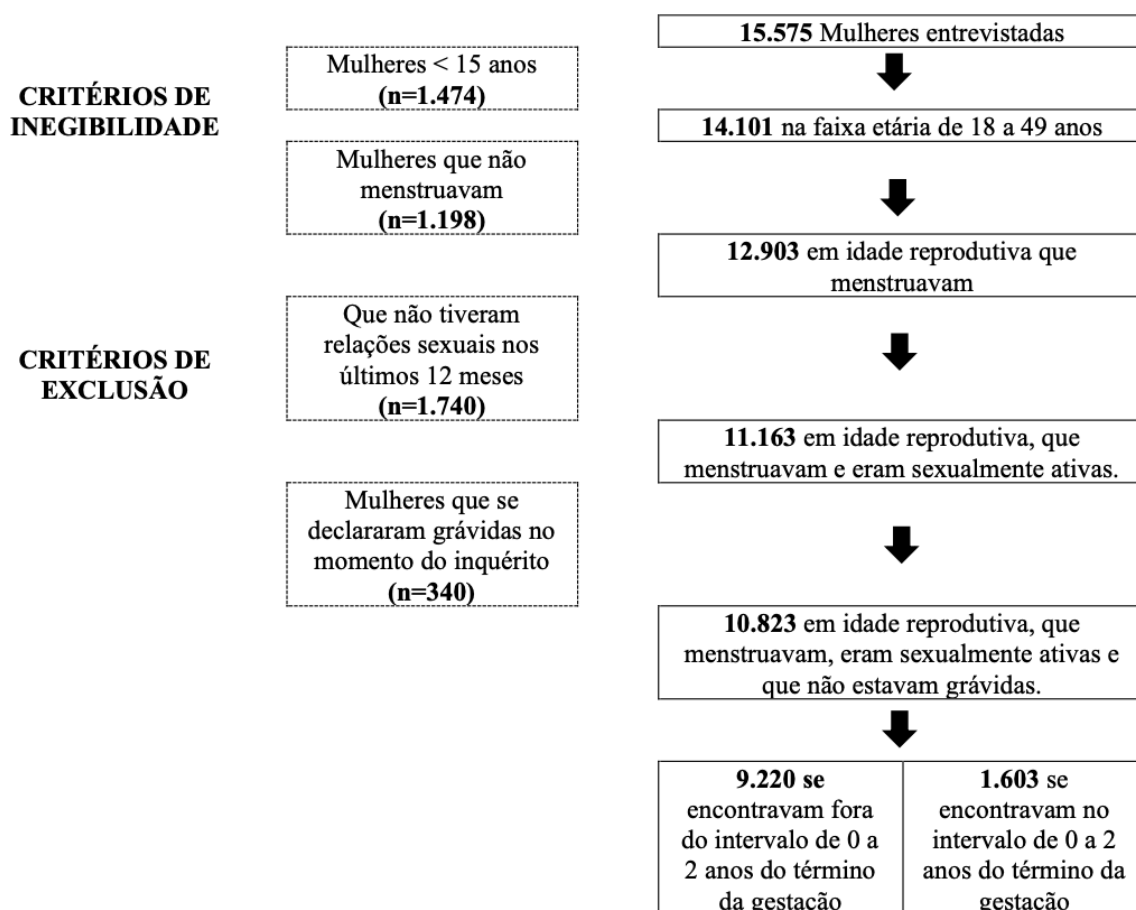
Para a construção do banco de dados, inicialmente, foi realizado o relacionamento da sub-base “Domicílio/Pessoas” com a sub-base “Mulheres” com o número de identificação da mulher elegível. Em seguida, na sub-base “Gravidezes”, foram identificadas as duplicatas do número de identificação da mulher e excluídas as informações de gestações múltiplas e gestações do período anterior a junho de 2004, mantendo apenas a última gestação para cada

entrevistada. Por fim, foram relacionados os sub-bancos já unidos com as informações do sub-banco editado “Gravidezes” que contém as informações das histórias reprodutivas.

O cálculo do CMC foi realizado utilizando as informações do mês e do ano da entrevista com a mulher e mês e ano do nascimento ou término da gravidez.

A Figura 2 apresenta o processo de seleção da amostra no banco de dados da PNDS 2006. Ao final da seleção foram incluídas no estudo 10.823 mulheres sendo que dessas, 1.603 tiveram filho nos últimos 2 anos.

Figura 2- Fluxograma do processo de seleção da amostra na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006.

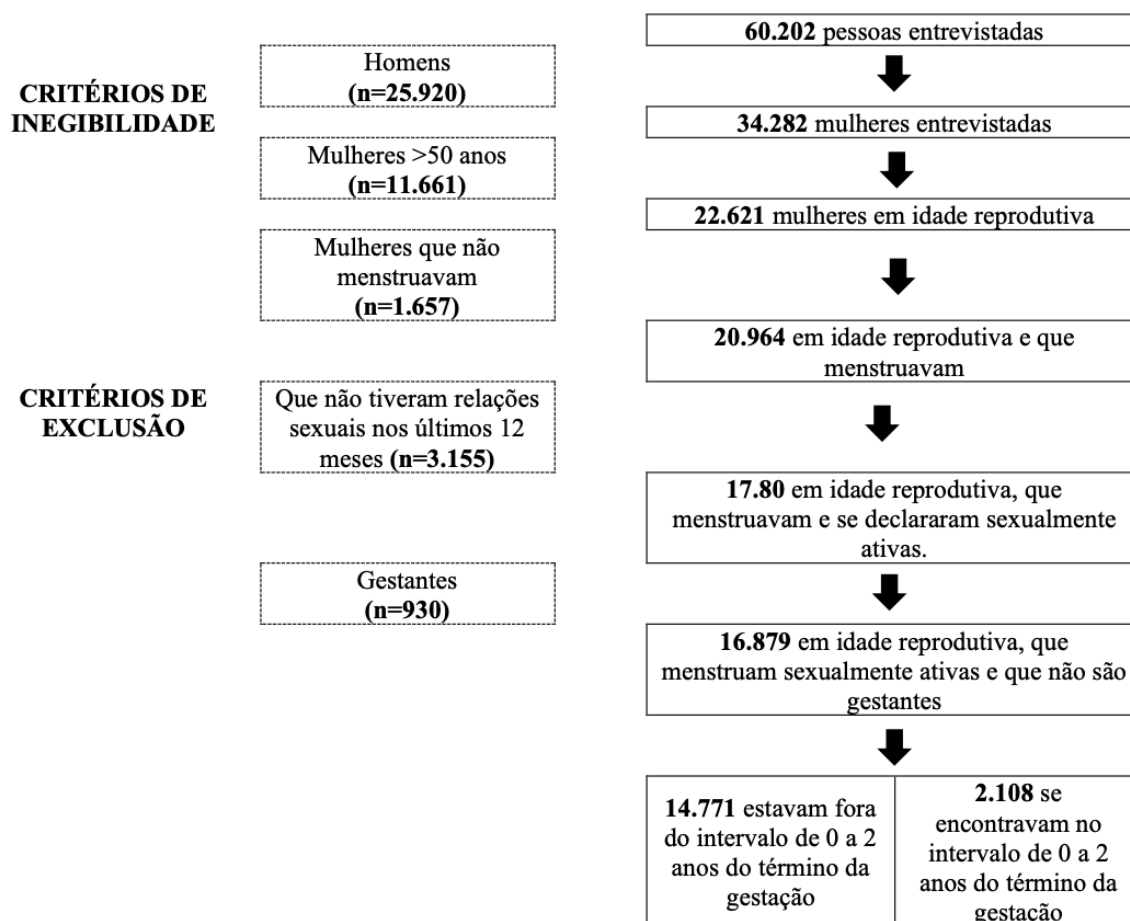


Seleção da amostra na PNS 2013

Para encontrar a população de interesse no banco de dados da PNS 2013 foi imputado o mês de julho e o ano de 2013 como data de referência para a entrevista, a mesma data utilizada pelo inquérito com o intuito de identificar a população de crianças com menos de dois anos de idade e avaliar a atenção em relação aos cuidados preventivos e terapêuticos (BRASIL, 2015b).

A figura 3 apresenta o processo de seleção da amostra no banco de dados da PNS 2013.

Figura 3- Fluxograma do processo de seleção de amostra na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013



5.3 Variáveis do estudo

5.3.1 Variáveis Dependentes

Utilizamos a variável binária “Usa métodos contraceptivos”, para estimar o acesso a contracepção em ambos os inquéritos, categorizada em 0 (sim) para todos que responderam que utilizam algum método para evitar a gravidez e 1 (não) para todas as mulheres que referiram não utilizar métodos. Para a construção desta variável na PNDS foi utilizada a pergunta “Usa método de anticoncepção atualmente?”. Na PNS os métodos contraceptivos “Laqueadura” e “Vasectomia” fazem parte da pergunta do inquérito “Qual o principal motivo de não evitar a gravidez?”, portanto, para a construção da variável “Usa métodos contraceptivos” foi necessário realocar as mulheres que responderam sim para esses métodos para 0 (sim) no uso de métodos, juntamente com aquelas que responderam sim para a pergunta “A sra usa algum método para evitar a gravidez atualmente?”, sendo mantido na categoria 1 (não) apenas as

mulheres que declararam não fazer uso de nenhum método contraceptivo.

Para avaliar o padrão de contracepção das mulheres criamos duas variáveis: “Tipo de contracepção” e “Ranking de métodos contraceptivos modernos”.

Para estimar o “Tipo de Contracepção” utilizamos as seguintes categorias:

- Não Uso: Para todas as mulheres que declaram que não usam métodos contraceptivos;
- Métodos Tradicionais: Na PNDS foi considerado como método tradicional o coito interrompido e a tabelinha. Na PNS foi considerado como método tradicional a apenas a tabelinha, já que o coito interrompido não aparece dentro das opções contraceptivas do inquérito;
- Métodos Modernos: Foram considerados métodos modernos a Laqueadura, Vasectomia, Implantes, DIU, Injetáveis, Pílula, camisinha masculina e feminina e Creme, Óvulo e Diafragma;
- Insegurança Contraceptiva: O uso inseguro de métodos contraceptivos nesse trabalho foi considerado a associação de dois ou mais métodos incoerentes e que não se configuram como dupla proteção (Ex. Pílula e Injetáveis; Pílula e DIU, Pílula e Implantes, Pílula e Tabelinha etc.). Além disso, como a pílula do dia seguinte não se configura como um método contraceptivo e sim como uma opção de contracepção de uso pontual, ou seja, contracepção de emergência, todas as mulheres que declararam utilizar apenas este método foram alocadas nessa categoria. Ainda, todas as mulheres que declararam utilizar algum método, porém em que não foi possível identificar o tipo de contracepção também foram alocadas nessa categoria.

Avaliamos o “Ranking de Métodos Contraceptivos Modernos” a partir da seguinte categorização:

- Métodos Cirúrgicos: Utilizado para avaliar o uso de vasectomia e laqueadura como método contraceptivo;
- Pílulas: Categoria que agregou em ambos os inquéritos dados sobre o uso de pílulas combinadas e pílulas de progesterona,
- Camisinhas: Uso de Camisinha feminina e/ou masculina,

- Injetáveis: Categoria que em ambos os inquéritos agregou dados sobre métodos injetáveis mensais e trimestrais
- Métodos modernos de ação prolongada: DIU e implantes;
- Dupla proteção: Uso de camisinhas, tanto masculina, quanto feminina, associada ao uso de algum outro método contraceptivo moderno.

5.3.2 Variáveis Independentes

Foram investigados possíveis fatores associados ao não uso de métodos contraceptivos. Trata-se de características sociodemográficas das mulheres e de acesso a informações sobre o planejamento reprodutivo conforme descrito no Quadro 4. O “Uso de Métodos Contraceptivos” e o “Padrão de Contracepção” foram avaliados segundo o tempo de término da gestação, pois as necessidades de contracepção variam no pós-parto de acordo com este critério. Para isso, foi gerada uma variável *dummy* com o tempo do término da gestação categorizada em: 0 (0 a 6 meses) e 1 (7 a 24 meses). Esse intervalo foi definido considerando as indicações do tempo de aleitamento materno, as indicações contraceptivas de acordo com o período de pós-parto e as recomendações sobre o intervalo entre as gestações.

Quadro 4- Variáveis Independentes

Variável	Fonte				Tipo	Unidades/Categoria
	PNDS 2006		PNS 20013			
	Questionário	Código da questão	Módulo	Código da questão		
Região	Domicílio	CD004_MACR	Módulo A - Informações do Domicílio	V001	Categórica	0-Sul, 1-Nordeste, 2-Sudeste, 3-Norte, 4-Centro-Oeste.
Situação de domicílio (urbana e rural)	Domicílio	CD008_SITU	Módulo A - Informações do Domicílio	V002	Categórica	0-Urbano 1-Rural
Cor da pele autodeclarada	Mulher	M111_COR	Módulo C - Características gerais dos moradores	C009	Categórica	0-Branca, 1-Preta e pardas 4- Amarela e Indígena.
Faixa etária (em anos)	Mulher e Domicílio	XP010_MELH	Módulo C - Características gerais dos moradores	C08	Categórica	0 -18 a 29, 1- 30 a 39, 2 -40 a 49.
Escolaridade (em anos)	Domicílio	P0f11B_GRAU	Módulo D - Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade	D009	Categórica	0 - 12 ou mais, 1- 9 a 11, 2- 0 a 8.
Vive com o companheiro	Mulher	XM010_SITU	Módulo C - Características gerais dos moradores	C011	Categórica	0 - Com companheiro (Casada/União estável);
						1 - Sem companheiro (Solteira /Viúva / Separada/Desquitada/ Divorciada)

Cont. Quadro 4. Variáveis Independentes

Variável	Fonte				Tipo	Unidades/Categoria
	PNDS 2006		PNS 20013			
	Questionário	Código da questão	Módulo	Código da questão		
Gestações	Mulher	M223_VEZE	Módulo R. Saúde da Mulher	R039	Categórica	0- 1 gestação. 1- 2 gestações 2- 3 ou mais
Plano de Saúde Suplementar	Mulher	M112_CONV	Módulo I - Cobertura de Plano de Saúde	I01	Categórica	0-Sim 1-Não
Recebeu informações sobre planejamento familiar	Mulher	M22_PLAN	Módulo R. Saúde da Mulher	R032	Categórica	0-Sim 1-Não

Inicialmente, realizamos uma análise descritiva das mulheres estimando a prevalência das características sociodemográficas, tais como região, situação do domicílio, cor da pele autodeclarada, faixa etária, escolaridade, estado conjugal, plano de saúde suplementar e número de vezes em que esteve grávida.

Em seguida, estimamos a prevalência do uso de métodos contraceptivos entre as mulheres brasileiras elegíveis dividindo-as em dois grupos: “mulheres com até 2 anos do término da última gestação” e “nulíparas ou com mais de 2 anos do término da última gestação”. Também foi estimado a prevalência dos desfechos “Tipos de contracepção” e “Ranking de Métodos Contraceptivos”. Avaliamos ainda nas mulheres as prevalências dos desfechos segundo o tempo de término da gestação, classificado em 0 (0 a 6 meses) e 1 (7 a 24 meses).

Para todas essas estimativas foi utilizado o Teste de Qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para a avaliação das diferenças estatística entre os grupos. Além disso, foi calculado o intervalo de 95% de confiança para todas as prevalências estimadas. Posteriormente, estimou-se a associação entre cada característica sociodemográfica com o não uso de métodos por meio da regressão logística e do cálculo da Odds Ratio não ajustada e ajustada e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. O modelo final foi ajustado por todas as variáveis independentes.

Com intuito de avaliar a mudança na prevalência de não uso, no padrão de contracepção e dos fatores associados ao não uso entre os anos de 2006 e 2013 aplicamos todos os passos metodológicos para análise dos dados descritos acima em ambos os bancos de dados.

Para uma melhor estimação da variância, optamos em não excluir da amostra os participantes não elegíveis e aqueles que não cumpriram os critérios de inclusão do estudo e conduzimos uma análise incondicional de subpopulações, restringindo as estimativas a uma subpopulação de interesse, conforme recomendações para análise de dados de amostras complexas. Para isso, criamos a subpopulação de interesse do estudo alocando os participantes dos inquéritos que não cumpriram os critérios de inclusão no código 0 e as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão do estudo no código 1. Esta decisão metodológica justifica-se, pois, a exclusão de participantes da amostra, seja pela análise condicional, seja pela real exclusão do indivíduo, poderia acarretar a exclusão de estratos e/ou conglomerados (setores censitários), que, ficariam sub-representados na estrutura amostral complexa e os erros padrões ficariam enviesados, além de afetar o desenho amostral (WEST; BERGLUND; HEERINGA, 2008). Assim, ao realizar a análise no módulo Survey, obtivemos os resultados para a subpopulação indicada pelo código “1” contabilizando a variância para toda a estrutura complexa da amostra.

Finalmente, com o objetivo de produzir estimativas populacionais realizamos a análise utilizando o programa estatístico STATA versão 15.0 (Stata Corp, College Station, TX, USA), aplicamos os comandos no módulo “Survey” levando em consideração as características do plano complexo de amostragem: estrato, conglomerado (setores censitários) e ponderação (HEERINGA; WEST; BERGLUND, 2010).

5.4 Aspectos Éticos

A PNDS-2006 foi aprovada em outubro de 2005 pelo Conselho de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento DST e AIDS da Secretaria de Estado de São Paulo (BRASIL, 2009). Os bancos de dados da PNDS-2006 estão disponíveis no endereço eletrônico:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.

A PNS-2013 foi aprovada em junho de 2013 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. A PNS foi aprovada em 2013 sob o parecer 749/2006. Os dados do inquérito também estão publicamente disponíveis no endereço eletrônico:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>.

Por se tratar de uma pesquisa com informações de acesso público, sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, e não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso, a presente pesquisa não necessita de aprovação prévia em Comitê de Ética, estando em acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, dispensa a aprovação prévia em Comitê de Ética.

6. RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas das Mulheres Brasileiras

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das mulheres em 2006 e 2013. Observamos no ano de 2006 que as mulheres com até dois anos após o término da última gestação, em sua maioria, residiam na região Sudeste (41,8%; IC95% 36,2-47,7), seguida da Nordeste (26,3%; IC95% 22,4-30,7), zona urbana (84,7%; IC95% 82,9-85,9), eram Pretas e Pardas (60,7%; IC95% 56,4-64,9), estavam na faixa etária de 18 a 29 anos (70,7%; IC95% 67,0-74,0), tinham de 0 a 8 anos de estudo (51,0%; IC95% 46,6-51,7), viviam com companheiro (88,1%; IC95% 85,0-90,6%), não tinham plano de saúde (71,6%; IC95% 68,4-77,5) e eram primigestas (38,7%; IC95% 34,4-43,1), seguidas das mulheres com três gestações ou mais (31,9%; IC 95% 28,4-35,7).

Em 2013 essas características foram semelhantes com exceção da escolaridade e do estado conjugal. Assim, as mulheres com até dois anos após o término da gestação viviam na região Sudeste (44,8%; IC95% 43,3-44,6%), seguida da Nordeste (26,5%; IC95% 26,0-27,1), residiam na zona urbana (84,7%; IC95% 85,8-86,7), eram Pretas e Pardas (51,0%; IC95% 50,1-52,0), estavam na faixa etária de 18 a 29 anos (61,0%; IC95% 57,5-64,4), possuíam de 9 a 11 anos de estudo (39,3%; IC95% 37,8-40,8) seguidas de 12 ou mais anos de estudo (30,9%; IC 95% 29,5-32,4), viviam com o companheiro (55,4%; IC95% 51,6-59,1), não possuíam plano de saúde (69,7%; IC95% 68,7-70,7%) e eram primigestas (34,5%; IC95% 31,2-38,1), seguidas das mulheres com duas gestações (33,4%; IC95% 30,2-36,8) (Tabela 1).

Quanto ao acesso a informações sobre PR nos últimos 12 meses da data da entrevista observamos que em ambos os inquéritos menos de 10% da população de mulheres relatou acesso a informações, tanto em 2006 quanto em 2013. Na população de mulheres com até dois anos do término da gestação observamos um aumento de cerca de 7,0% na prevalência de acesso à informação sobre PR de 2006 para 2013.

Observamos também um aumento na escolaridade entre 2006 e 2013, entre os anos analisados houve uma importante redução (- 21,8%) na prevalência de mulheres com 0 a 8 anos de estudo e um aumento (+ 21,9%) na prevalência de mulheres com até dois anos do

término da gestação com 12 ou mais anos de estudo. Além disso, houve uma redução na prevalência de mulheres com companheiro.

Tabela 1- Características sociodemográficas das mulheres. Brasil- 2006 e 2013.

Características sociodemográficas	PNDS -2006				PNS -2013			
	0 a 2 anos de pós-parto	>2 anos pós-parto e nuligestas	Todas	P*	0 a 2 anos de pós-parto	>2 anos pós-parto e nuligestas	Todas	P*
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Regiões								
Centro-Oeste	8,7 (7,3-10,4)	7,6 (6,8-8,4)	7,7 (7,0-8,5)	0,019	7,4 (7,2-7,6)	7,7 (6,8-9,1)	7,4 (7,2-7,6)	<0,001
Norte	10,2 (8,5-12,1)	7,2 (6,6-7,9)	7,6 (6,9-8,3)		7,4 (7,2 - 7,6)	10,2 (8,8-11,9)	7,4 (7,3-7,6)	
Nordeste	26,3 (22,4-30,7)	24,1 (22,2-25,9)	24,4 (22,6-26,2)		26,5 (26,0-27,1)	29,9 (26,7-33,2)	26,6 (26,1-27,1)	
Sudeste	41,8 (36,2-47,7)	45,4 (42,9-47,9)	44,9 (42,5-47,4)		43,9 (43,3-44,6)	38,3 (34,4-42,3)	43,8 (43,1-44,5)	
Sul	12,9 (10,8-15,6)	15,8 (14,6-17,1)	15,4 (14,2-16,7)		14,8 (14,4-15,2)	13,9 (11,7-16,4)	14,8 (14,4-15,2)	
Situação de domicílio								
Urbano	84,7 (81,7-87,7)	84,5 (82,9-85,9)	84,5 (83,1-85,9)	0,936	86,3 (85,8-86,7)	84,4 (81,9-86,6)	86,2 (85,8-86,7)	0,008
Rural	15,3 (12,8-18,3)	15,5 (12,8-18,3)	15,5 (14,1-16,9)		13,7 (13,3-14,2)	15,6 (13,4-18,1)	13,8 (13,3-14,3)	
Cor da pele autodeclarada								
Branca	32,2 (28,3-36,4)	42,9 (40,4-45,4)	41,5 (39,2-43,9)	<0,001	47,7 (46,9-48,5)	40,5 (37,0-44,1)	47,5 (46,7-48,3)	<0,001
Preta/Parda	60,7 (56,4-64,9)	51,3 (48,9-53,7)	52,5 (50,3-54,7)		50,1 (50,1-52,0)	58,3 (54,7-61,8)	51,2(50,4-52,0)	
Amarela/indígena	6,5 (4,5-9,4)	4,9 (4,0-5,8)	5,1 (4,3-5,9)		1,4 (1,2-1,5)	1,2 (0,7-2,0)	1,4 (1,2-1,5)	
Faixa etária (em anos)								
18 a 29	70,7 (67,0-74,0)	36,7 (34,8-38,5)	41,1 (39,4-42,8)	<0,001	60,1 (57,5-64,4)	35,4 (33,9-36,8)	38,3 (36,9-39,7)	<0,001
30 a 39	24,9 (21,8-28,4)	34,3 (32,8-35,8)	33,1 (31,7-34,5)		35,5 (32,2-38,9)	37,1 (35,8-38,4)	36,9 (35,7-38,2)	
40 a 49	4,4 (2,9-6,6)	29,0 (27,4-30,7)	25,9 (24,4-27,4)		3,6 (2,5-4,9)	27,6 (26,2-28,9)	24,7 (23,6-26,0)	

Cont.

Tabela 1- Características sociodemográficas das mulheres. Brasil- 2006 e 2013.

Escolaridade (em anos)								
0 a 8	51,0 (46,6-51,7)	49,2 (46,6-51,7)	49,9 (46,9-51,7)	0,002	29,7 (28,5-31,0)	29,2 (26,1-32,6)	29,7 (28,5-30,9)	<0,001
9 a 11	40,0 (35,8-44,3)	35,9 (34,1-37,9)	36,0 (34,1-37,8)		39,3 (37,8-40,8)	49,0 (45,3-52,7)	40,4 (39,1-41,8)	
12 ou mais	9,0 (6,7-11,9)	14,9 (12,6-16,7)	14,0 (12,0-15,9)		30,9 (29,5-32,4)	21,8 (18,9-24,9)	29,9 (28,5-31,2)	
Vive com o companheiro								
Sim	88,1 (85,0-90,6)	76,0 (74,0-77,9)	77,6 (75,8-79,2)	<0,001	55,4 (51,6-59,1)	55,9 (54,5-57,3)	55,7 (54,9-56,5)	<0,001
Não	11,9 (9,4-14,9)	24,0 (22,0-25,9)	22,4 (20,7-24,1)		44,6 (40,9-48,4)	44,1 (42,7-45,6)	44,3 (43,5-45,1)	
Plano de Saúde								
Sim	26,8 (22,5-31,6)	28,4 (26,2-30,7)	28,2 (26,0-30,4)	0,513	30,8 (29,4-32,3)	29,2 (25,8-32,8)	30,3 (29,4-31,2)	0,943
Não	73,2 (68,4-77,5)	71,6 (69,3-73,8)	71,8 (69,6-73,9)		69,2 (67,7-70,6)	70,8 (67,2-74,2)	69,7 (68,8-70,7)	
Número de gravidezes (ou gestações)								
0	-	23,6 (21,5-25,7)	20,5 (18,7-22,5)	<0,001	-	30,4 (29,1-31,8)	26,9 (25,6-28,2)	0,579
1	38,7 (34,4-43,1)	18,9 (17,6-20,5)	21,5 (20,1-23,1)		34,5 (31,2-38,1)	20,5 (19,4-21,7)	22,2 (21,1-23,3)	
2	29,4 (25,7-33,3)	25,1 (23,6-26,7)	25,7 (24,3-27,0)		33,4 (30,2-36,8)	21,6 (20,4-22,7)	22,9 (21,8-24,1)	
3 ou mais	31,9 (28,4-35,7)	32,4 (30,6-34,1)	32,3 (30,7-33,9)		32,0 (28,8-35,5)	27,5 (26,3-28,8)	28,0 (26,9-29,2)	
Recebeu Informações sobre Planejamento familiar nos últimos 12 meses								
Sim	1,2 (0,6-2,5)	1,6 (1,3-1,9)	1,5 (1,2-1,9)	0,514	7,9 (5,6-10,9)	3,6(3,1-4,2)	4,1(3,5-4,7)	<0,001
Não	98,8 (97,5-99,4)	98,4 (97,9-98,7)	98,5 (98,1-98,7)		92,1(95,8-96,9)	96,4(89,0-94-4)	95,9(95,3-96,5)	

Nota: PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde; PNS- Pesquisa Nacional de Saúde; IC95%- Intervalo de confiança de 95%; * TesteQui-quadrado de Person

6.2 Acesso a métodos e Padrão Contraceptivo

Quanto ao acesso à anticoncepção, em 2006 84,8% (IC95% 81,5-87,7) das mulheres com até dois anos após o término da última gestação relataram utilizar algum método contraceptivo, destas 81,1% (IC95% 77,7-84,2) utilizavam métodos modernos, 2,1% (IC95% 1,2-3,7) métodos tradicionais e 1,6% (IC95% 0,8-3,2) se encontravam em insegurança contraceptiva (Tabela 2). Ao comparar os grupos neste ano observamos que as mulheres com até dois anos do término da última gestação utilizam duas vezes menos métodos tradicionais do que as nulíparas e com mais de dois anos do parto, 2,1% (IC95% 1,2-3,7) vs. 4,1% (IC95% 3,4-4,8), respectivamente.

Observamos também em 2006 que o ranking de métodos modernos se diferenciou entre os grupos. Enquanto para as mulheres com até dois anos após o término da última gestação os três principais métodos utilizados foram: pílulas (44,3%; IC95% 40,1-48,7), seguido pelo uso de camisinhas (22,9%; IC95% 19,3-26,9) e dos métodos cirúrgicos (16,2%; IC95% 13,4-19,5), o ranking de métodos modernos para as mulheres fora desse intervalo foi composto pelo uso de métodos cirúrgicos (41,5%; IC95% 39,4-43,6), pílulas (30,2%; IC95% 28,5-31,9) e camisinhas (17,7%; IC95% 15,9-19,5). Ao compará-las, observamos que as mulheres no intervalo de até dois anos após o término da última gestação utilizavam mais pílulas (+14,1%) e métodos injetáveis (+8,4%) e menos métodos cirúrgicos (-25,3%), métodos de ação prolongada (-0,7%) e dupla proteção (-1,5%) quando comparadas às mulheres fora desse intervalo (Tabela 2).

Em 2013, 84,5% (IC95% 81,6-87,1) das mulheres com até dois anos após o término da gestação relataram utilizar algum método contraceptivo, sendo que 77,4% (IC95% 74,0-80,4) utilizavam métodos modernos, 5,7% (IC95% 4,3-7,7) se encontravam em insegurança contraceptiva e 1,4% (IC95% 0,6-3,2%) utilizavam métodos tradicionais. Quando comparadas às mulheres nulíparas ou com mais de dois anos do parto, as mulheres com até dois anos do término da última gestação utilizavam 2% menos métodos modernos (Tabela 2).

Os métodos modernos mais utilizados pelas mulheres no intervalo de até dois anos do término da última gestação no ano de 2013 foram: pílulas (42,6%), seguido pelo uso de camisinhas (18,6%), dos métodos cirúrgicos (13,4%) e injetáveis (13,2%). Assim como no ano de 2006, observamos também em 2013 uma diferença no ranking de métodos modernos entre os grupos. As mulheres com até dois anos de término da última gestação utilizavam mais

métodos injetáveis (+7,7%), pílulas (+6,4%) e camisinhas (+3,6) e menos métodos cirúrgicos (-16,3%) quando comparadas as mulheres fora desse intervalo (Tabela 2).

Tabela 2- Prevalência do uso de métodos contraceptivos, tipo de contracepção e ranking dos métodos modernos. Brasil- 2006 e 2013

Indicadores de Contracepção	PNDS 2006				PNS 2013			
	0 a 2 anos de pós-parto	> 2 anos pós-parto e nulíparas	Todas	P*	0 a 2 anos de pós-parto	> 2 anos pós-parto e nulíparas	Todas	P*
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Usa métodos contraceptivos								
Sim	84,8 (81,5-87,7)	85,7 (84,1-87,1)	85,5 (84,2-86,8)	<0,001	84,5 (81,6-87,1)	85,6 (84,6-86,6)	85,6 (84,6-86,6)	0,393
Não	15,2 (12,4-18,5)	14,3 (12,9-15,9)	14,5 (13,2-15,8)		15,5 (13,0-18,4)	14,2 (13,2-15,3)	14,4 (13,4-15,4)	
Tipo de contracepção								
Não Uso	15,2 (12,4-18,5)	14,3 (12,9-15,9)	14,5 (13,2-15,8)	<0,001	15,5 (13,0-18,4)	14,2 (13,2-15,3)	14,4 (13,4-15,4)	<0,001
Métodos Tradicionais	2,1 (1,2-3,7)	4,1 (3,4-4,8)	3,8 (3,2-4,5)		1,4 (0,6-3,2)	1,1 (0,9-1,5)	1,2 (0,9-1,5)	
Métodos Modernos	81,1 (77,7-84,2)	80,6 (78,7-82,2)	80,7 (79,0-82,2)		77,4 (74,0-80,4)	79,4 (78,2-80,5)	79,1 (78,0-80,2)	
Insegurança Contraceptiva	1,6 (0,8-3,2)	1,0 (0,7-1,4)	1,0 (0,8-1,4)		5,7 (4,3-7,7)	5,3 (4,7-5,9)	5,3 (4,8-6,0)	
Ranking de métodos modernos								
Cirúrgicos	16,2 (13,4-19,5)	41,5 (39,4-43,6)	38,2 (36,3-40,5)	<0,001	13,4 (10,9-16,3)	29,7 (28,2-31,3)	27,9 (26,5-29,3)	<0,001
Pílulas	44,3 (40,1-48,7)	30,2 (28,5-31,9)	31,9 (30,5-33,6)		42,6 (38,6-46,7)	36,2 (34,6-37,8)	36,8 (35,4-38,3)	
Camisinhas	22,9 (19,3-26,9)	17,7 (15,9-19,5)	18,3 (16,8-20,0)		18,6 (15,5-22,2)	15,0 (13,9-16,2)	15,4 (14,4-16,5)	
Injetáveis	11,5 (8,5-15,4)	3,1 (2,6-3,9)	4,3 (3,6-5,0)		13,2 (10,6-16,4)	5,5 (4,9-6,3)	6,4 (5,8-7,2)	
Creme/óvulo ou diafragma	0,2 (0,1-0,6)	0,4 (0,2-0,7)	0,4 (0,2-0,6)		0,4 (0,2-0,8)	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,6-1,1)	
Métodos de ação prolongada	2,0 (1,1-3,6)	2,7 (2,1-3,5)	2,6 (2,0-3,4)		1,7 (0,1-2,9)	2,1 (1,7-2,6)	2,0 (1,6-2,5)	
Dupla proteção	2,9 (1,9-4,5)	4,4 (3,4-5,2)	4,3 (3,5-5,2)		10,1 (8,0-12,7)	10,7 (9,7-12,8)	10,7 (9,7-11,7)	

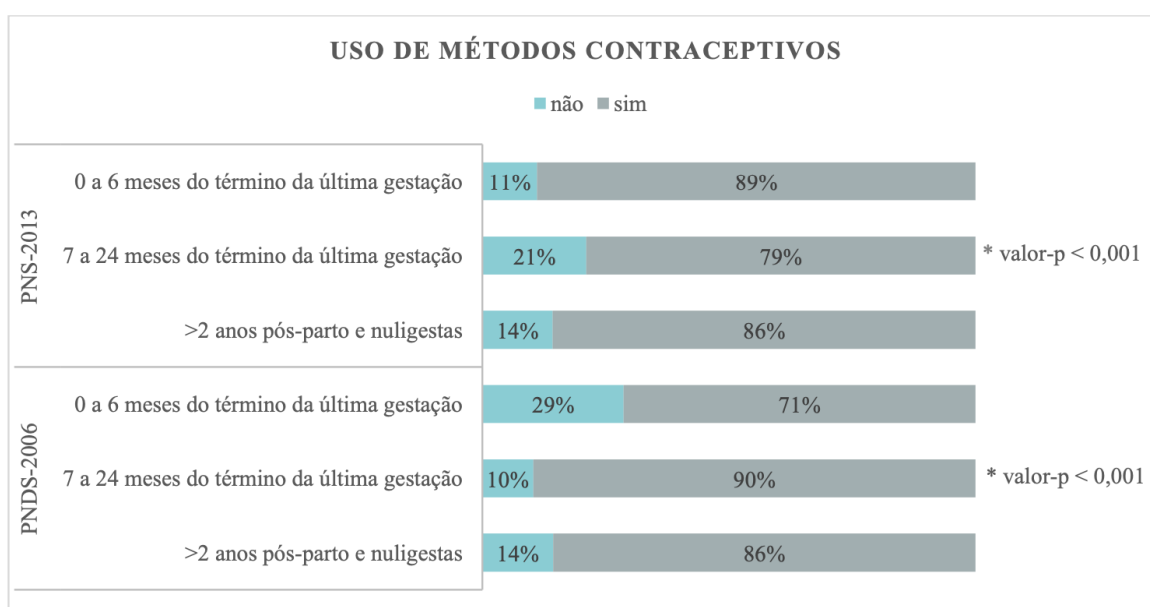
Nota: PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde; PNS- Pesquisa Nacional de Saúde; IC95%- Intervalo de confiança de 95%; * Teste Qui-quadrado de Person

6.3 Uso, Padrão Contraceptivo e Ranking de Métodos Modernos segundo o tempo de término da gestação

Ao investigar especificamente o grupo de mulheres com até dois anos após o parto, estratificamos o tempo de término da gestação em 0 a 6 e 7 a 24 meses e notamos que 71% das mulheres com até 6 meses do término da última gestação, entrevistadas em 2006, referiram utilizar algum método contraceptivo (Gráfico 1). A prevalência de uso nessa população foi inferior tanto quando comparada à prevalência de uso nas mulheres de 7 a 24 meses (-19,0%), quanto quando comparada às mulheres nulíparas e aquelas fora do intervalo de até dois anos do término da última gestação (-15,0%), no mesmo ano.

No ano de 2013, observamos uma inversão na prevalência de uso de métodos contraceptivos. Enquanto em 2006 as mulheres de 0 a 6 meses apresentaram a menor prevalência de uso de métodos contraceptivos, em 2013 essas mulheres apresentaram uma prevalência de 89%, superior aos valores observados tanto para as mulheres de 7 a 24 meses (+10%), quanto para as mulheres nulíparas ou com 2 anos ou mais do parto (+13%) (Gráfico 1).

Gráfico 1- Prevalência do uso de métodos contraceptivos segundo o tempo de término da última gestação. Brasil, 2006 e 2013.



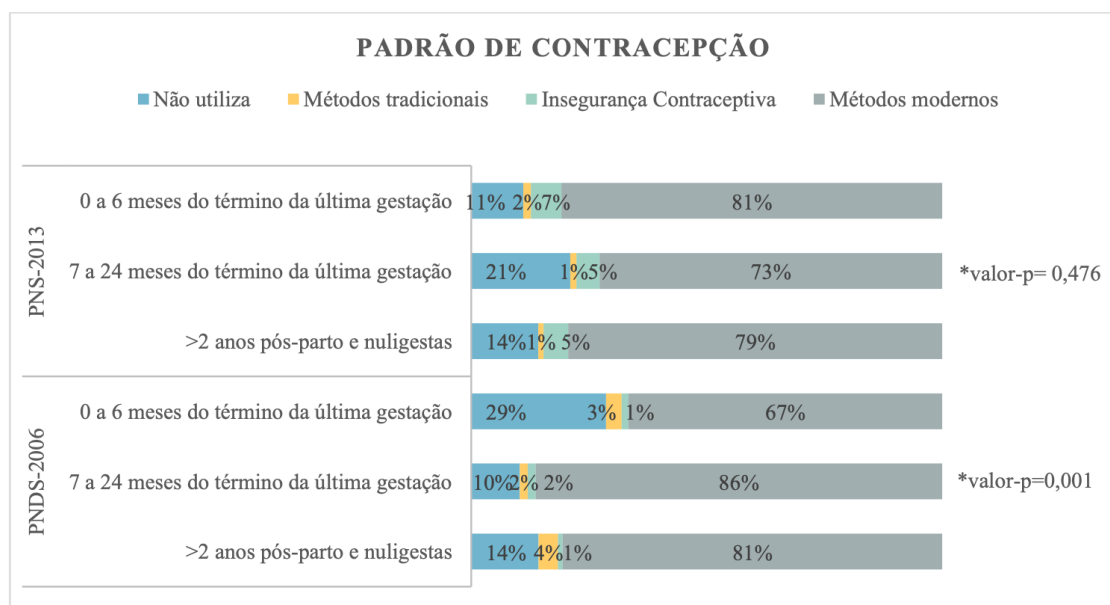
Nota: *Qui-quadrado de Pearson

Ao avaliarmos o padrão contraceptivo das mulheres com até 6 meses do término da última gestação observamos em 2006 que 67% utilizavam métodos modernos, 3% métodos

tradicionais e 1% se encontravam em insegurança contraceptiva. Essas mulheres possuíam uma menor prevalência de uso de métodos modernos quando comparadas às mulheres com 7 a 24 meses (-19%) e as nulíparas ou com mais de dois anos do término da gestação (-14%), do mesmo ano (Gráfico 2).

Em 2013, as mulheres com até 6 meses do término da última gestação referiram utilizar 81% de métodos modernos, 2% métodos tradicionais e 7% se encontravam em insegurança contraceptiva. Essas mulheres possuíam uma maior prevalência de uso de métodos modernos quando comparadas às mulheres com 7 a 24 meses (+8%) e as nulíparas ou com mais de dois anos do término da gestação (+2%), do mesmo ano (Gráfico 2).

Gráfico 2- Prevalência do padrão de contracepção segundo o tempo de término da gestação da última gestação. Brasil-2006 e 2013.

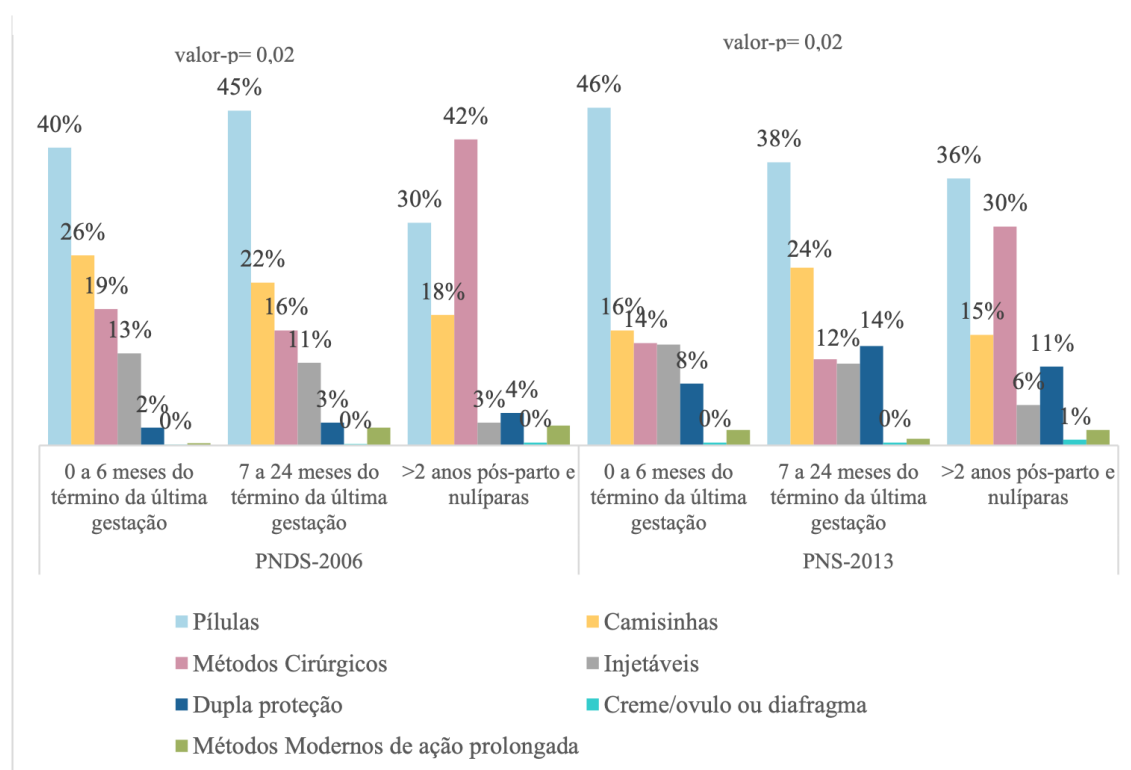


Nota: *Qui-quadrado de Pearson

Não observamos diferenças no Ranking de métodos modernos segundo o tempo de término da gestação. Em 2006, os três principais métodos utilizados pelas mulheres com 0 a 6 meses e pelas mulheres com 7 a 24 meses do término da gestação foram: pílulas, camisinhas e métodos cirúrgicos. Porém, ao compararmos os grupos conforme o tempo de término da gestação, observamos que as mulheres de 0 a 6 meses utilizam uma maior proporção de camisinhas (+4%) e métodos cirúrgicos (+3%) e uma menor proporção de pílulas (-5%) (Gráfico 3).

Ao compararmos os grupos segundo o tempo de término da gestação no ano de 2013, tanto para as mulheres com até 6 meses, quanto para aquelas com 7 a 24 meses, os três principais métodos utilizados foram: as pílulas, camisinhas e métodos cirúrgicos. Contudo, observamos que aquelas com até 6 meses do término da última gestação utilizam uma menor proporção de camisinhas (-8,0%) e dupla proteção (-6,0%) e uma maior proporção de pílulas (+8,0%) quando comparadas as mulheres de 7 a 24 meses de término da gestação.

Gráfico 3- Ranking de Métodos Contraceptivos Modernos Segundo o Tempo de Término da Gestação. Brasil, 2006-2013



Nota: *Qui-quadrado de Pearson

6.4 Fatores associados ao não uso de métodos contraceptivos

Verificamos que a prevalência de não uso de métodos contraceptivos variou conforme as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde das mulheres brasileiras (Tabelas 3 e 4).

Para as mulheres com até dois anos do término da última gestação no ano de 2006, observou-se maiores prevalência de não uso de métodos contraceptivos entre as mulheres

residentes das regiões Norte (22,5%; IC95%:16,8-29,5) e Nordeste (18,9%; IC95%:13,3-26,1) e que viviam com companheiro (27,1%; IC95%:17,3-39,8) (Tabela 3).

Na análise não ajustada, observou-se uma associação da região de moradia e do viver com companheiro ao não uso de métodos contraceptivos no ano de 2006. Assim, mesmo após ajuste por todas as variáveis, a chance de não utilizar métodos contraceptivos entre as mulheres com até dois anos do término da última gestação foi maior nas regiões Norte (OR=3,5; IC95% 1,7-7,1), Nordeste (OR=2,8; IC95% 1,3-5,8) e Centro-Oeste (OR=2,4; IC95% 1,1-5,4) quando comparados às mulheres residentes da região Sul. Mulheres com até dois anos do término da gestação que não viviam com o companheiro apresentaram menor chance (OR=0,3; IC95% 0,2-0,7) de não utilizar métodos contraceptivos quando comparadas às mulheres que viviam com o companheiro (Tabela 3).

Em relação às mulheres nulíparas e com mais de 2 anos após a última gestação, observou-se maior prevalência de não uso de métodos contraceptivos entre as mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos (16,5%; IC 95% 14,0-19,3), que viviam com o companheiro (20,6%; IC95%) e que nunca estiveram grávidas (25,5%; IC95% 21,2-30,2) (Tabela 3). Após ajuste por todas as variáveis, a chance de não utilizar métodos contraceptivos entre essas mulheres foi maior para àquelas com 40 a 49 anos (ORa= 3,4; IC95% 2,4-4,7) quando comparados às de 18 a 29 anos. Mulheres com 2 ou mais anos do término da última gestação que possuíam uma ou mais gestações apresentaram chance diminuída de não utilizar métodos contraceptivos quando comparadas as mulheres não possuíam gestações (Tabela 3).

Tabela 3- Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2006. 61

	0 a 2 anos de pós-parto				> 2 anos pós-parto e nulíparas				Todas			
	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)
Regiões												
Sul	7,7 (4,3-13,4)	0,036	Ref.	Ref.	13,1 (11,1-15,2)	0,816	Ref.	Ref.	12,5 (10,7-14,5)	0,296	Ref.	Ref.
Norte	22,5 (16,8-29,5)		3,5 (1,7-7,1)	3,5 (1,5-8,0)	15,7 (13,3-18,4)		1,2 (0,9-1,6)	1,5 (1,1-2,2)	16,9 (14,5-19,5)		1,4 (1,1-1,8)	1,7 (1,3-2,4)
Nordeste	18,9 (13,3-26,1)		2,8 (1,3-5,8)	3,1 (1,4-7,1)	14,3 (12,4-16,4)		1,1 (0,9-1,4)	1,2 (0,9-1,6)	14,9 (13,0-17,1)		1,2 (0,9-1,5)	1,3 (1,0-1,8)
Sudeste	13,1 (8,43-19,7)		1,8 (0,8-3,9)	1,7 (0,7-4,1)	14,8 (12,4-16,4)		1,2 (0,8-1,6)	1,2 (0,9-1,6)	14,6 (12,2-17,4)		1,2 (0,9-1,6)	1,2 (0,9-1,6)
Centro-Oeste	16,5 (11,7-22,7)		2,4 (1,1-4,9)	2,4 (1,1-5,4)	13,3 (11,5-15,3)		1,0 (0,8-1,3)	1,2 (0,9-1,5)	13,8 (12,1-15,7)		1,1 (0,9-1,4)	1,3 (0,9-1,6)
Situação de domicílio												
Urbano	14,7 (11,7-18,4)	0,483	Ref.	Ref.	14,6 (13,0-16,4)	0,206	Ref.	Ref.	14,6 (13,2-16,2)	0,382	Ref.	Ref.
Rural	17,5 (11,1-26,5)		1,2 (0,7-2,2)	1,2 (0,6-2,1)	12,8 (10,7-15,2)		0,9 (0,6-1,1)	0,8 (0,7-1,2)	13,4 (13,2-15,8)		0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,1)

Nota: * Teste Qui-quadrado de Person

Cont. **Tabela 3-** Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2006.

	0 a 2 anos de pós-parto				> 2 anos pós-parto e nulíparas				Todas			
	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)
Cor da pele autodeclarada												
Branca	12,5 (8,7-17,6)	0,424	Ref.	Ref.	13,5 (11,7-15,5)	0,129	Ref.	Ref.	13,4 (11,7-15,3)	0,131	Ref.	Ref.
Preta/Parda	16,5 (12,9-20,9)		1,4 (0,8-2,3)	1,2 (0,7-2,1)	15,4 (13,1-18,0)		1,2 (0,9-1,5)	1,3 (0,9-1,8)	15,6 (13,6-17,8)		1,2 (0,9-1,5)	1,3 (0,9-1,7)
Amarela/Indígena	13,4 (4,7-35,6)		1,1 (0,3-3,6)	1,1 (0,3-3,7)	11,9 (8,4-16,9)		0,9 (0,6-1,4)	0,9 (0,5-1,5)	12,2 (8,6-17,0)		0,9 (0,6-1,4)	0,9 (0,6-1,5)
Faixa etária (em anos)												
18 a 29	15,1 (11,9-19,1)	0,779	Ref.	Ref.	15,7 (13,1-18,6)		Ref.	Ref.	15,6 (13,5-17,9)		Ref.	Ref.
30 a 39	14,5 (9,3-21,8)		0,9 (0,5-1,7)	1,3 (0,7-2,4)	11,1 (9,3-13,2)	0,005	0,7 (0,5-0,8)	1,6 (1,3-2,1)	11,4 (9,7-13,4)	0,004	0,7 (0,6-0,8)	1,3 (1,1-1,8)
40 a 49	19,8 (8,83-39,8)		1,3 (0,5-3,5)	2,0 (0,6-6,6)	16,5 (14,0-19,3)		1,1 (0,8-1,4)	3,4 (2,4-4,7)	16,6 (14,1-19,3)		1,1 (0,8-1,4)	2,6 (1,9-3,5)
Escolaridade (em anos)												
0 a 8	17,2 (13,4-21,8)	0,257	0,8 (0,3-2,1)	0,7 (0,2-3,0)	14,7 (13,3-16,3)	0,959	1,1 (0,7-1,6)	2,1 (1,2-3,4)	13,8 (10,6-17,7)	0,959	1,1 (0,8-1,5)	1,9 (1,2-2,9)
9 a 11	11,6 (7,9-16,7)		0,5 (0,2-1,5)	0,4 (0,1-1,6)	14,4 (12,1-17,1)		1,1 (0,8-1,6)	1,3 (0,9-1,9)	14,4 (12,1-17,1)		1,1 (0,8-1,4)	1,9 (1,2-2,9)
12 ou mais	20,1 (9,4-37,9)		Ref.	Ref.	13,8 (10,6-17,7)		Ref.	Ref.	14,7 (13,3-16,3)		Ref.	Ref.

* Nota: Teste Qui-quadrado de Person

Cont. **Tabela 3-** Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2006.

63

0 a 2 anos de pós-parto					> 2 anos pós-parto e nulíparas					Todas		
	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)
Vive com o companheiro												
Sim	27,1 (17,3-39,8)	0,004	Ref.	Ref.	20,6 (16,9-24,8)	<0,001	Ref.	Ref.	21,1 (17,6-25,0)	<0,001	Ref.	Ref.
Não	13,5 (10,9-16,8)		2,4 (1,3-4,4)	2,6 (1,4-4,6)	13,7 (12,3-15,3)		1,9 (1,5-2,4)	1,2 (1,1-1,7)	14,9 (13,6-16,3)		1,9 (1,4-2,5)	1,2 (0,9-1,3)
Plano de Saúde												
Sim	13,6 (12,2-20,1)	0,550	Ref.	Ref.	13,0 (11,1-15,3)	0,184	Ref.	Ref.	13,0 (11,1-15,3)	0,184	Ref.	Ref.
Não	15,7 (12,2-20,1)		1,2 (0,6-2,1)	1,0 (0,2-0,7)	15,0 (13,1-16,8)		1,2 (0,9-1,5)	1,4 (0,9-2,0)	15,0 (13,3-16,8)		1,2 (0,9-1,5)	1,3 (0,9-1,9)
Número de gravidezes												
0	-	0,776	-	-	25,5 (21,2-30,2)	<0,001	Ref.	Ref.	25,5 (21,2-30,2)	<0,001	Ref.	Ref.
1	16,4 (12,0-22,0)		Ref.	Ref.	17,9 (14,9-21,2)		0,6 (0,4-0,9)	0,4 (0,3-0,6)	17,5 (15,0-20,4)		0,6 (0,4-0,8)	0,5 (0,4-0,8)
2	14,8 (10,1-21,3)		0,8 (0,5-1,5)	0,7 (0,4-1,3)	9,9 (7,7-12,8)		0,3 (0,1-0,4)	0,1 (0,0-0,2)	10,7 (8,5-13,3)		0,5 (0,4-0,8)	0,4 (0,3-0,6)
3 ou mais	13,9 (9,7-19,6)		0,8 (0,5-1,4)	0,6 (0,3-1,2)	7,6 (6,3-9,1)		0,4 (0,3-0,5)	0,2 (0,1-0,2)	8,4 (7,1-9,9)		0,4 (0,3-0,6)	0,2 (0,2-0,3)

* Nota: Teste Qui-quadrado de Person

Cont. **Tabela 3-** Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com ascaracterísticas sociodemográficas 64 de acesso a informações de saúde – Brasil, 2006.

Acesso à informações de saúde - Brasil, 2009.												
0 a 2 anos de pós-parto					> 2 anos pós-parto e nulíparas				Todas			
	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)
Recebeu Informações sobre Planejamento Familiar nos últimos 12 meses												
Sim	15,5 (10,9-21,5)	0,870	Ref.	Ref.	12,8 (10,3-15,8)	0,258	Ref.	Ref.	13,3	0,336	Ref.	Ref.
Não	14,9 (11,7-18,9)		1,2 (0,7-2,0)	1,0 (0,6-1,7)	14,8 (13,1-16,7)		1,2 (0,9-1,5)	1,1 (0,8-1,5)	14,8 (13,3-16,5)		1,2 (0,9-1,5)	1,1 (0,8-1,4)

Em 2013, no grupo de mulheres com até dois anos do término da última gravidez observou-se que a prevalência de não uso de métodos contraceptivos foi maior entre as residentes da região Sudeste (18,9%; IC95% 13,9-25,1), Norte (18,7%; IC95% 13,1-25,9) e Nordeste (16,3%; IC95% 12,0-21,8), e entre as que possuíam de 0 a 8 anos de estudo (22,5%; IC95% 16,9-29,2) e três gestações ou mais (22,9%; IC95% 17,3-22,9) (Tabela 4).

Na análise não ajustada, observou-se uma associação da região de moradia com o não uso de métodos contraceptivos no ano de 2013. Após ajuste por todas as variáveis, a chance de não utilizar métodos contraceptivos entre as mulheres com até dois anos do término da última gestação foi maior nas regiões Sudeste (ORa=5,3; IC95% 2,2-12,9), Norte (ORa=4,2; IC95% 1,7-10,2), e Nordeste (ORa=3,9; IC95% 1,7-9,2) quando comparados às mulheres residentes da região Sul (Tabela 4).

Em relação às mulheres nulíparas ou com mais de 2 anos após a última gestação, observou-se maior prevalência de não uso de métodos contraceptivos entre as mulheres residentes da região Norte (18,7%; IC 95% 13,1-25,9) e Nordeste (17,4%; IC95% 15,1-19,9), faixa etária de 40 a 49 anos (16,5; IC 95% 14,0-19,3), da zona rural (17,3% IC95% 14,7-20,3), pretas e pardas (15,5%; IC95% 14,03-17,1), que nunca estiveram grávidas (21,0%; IC95% 18,6-23,7) e que não receberam informações sobre planejamento familiar (14,5%; IC95% 13,4-15,6) (Tabela 4).

Na análise não ajustada, observou-se uma associação da Região de moradia, idade e número de gestações ao não uso de métodos contraceptivos na gestação no ano de 2013 nas mulheres nulíparas ou com mais de 2 anos após a última gestação. Observamos após ajuste por todas as variáveis, que as mulheres da região Norte (ORa=1,8; IC95% 1,4-2,5), Nordeste (ORa=1,7%; IC95% 1,3-2,2), do meio Rural (ORa=1,3%; IC95% 1,1-1,6), na faixa etária de 30 a 39 (ORa=1,4; IC95% 1,2-1,8). Assim como em 2006, as mulheres com mais de 2 anos do término da última gestação com uma ou mais gestações apresentavam chance diminuída de não utilizar métodos contraceptivos quando comparadas as mulheres nulíparas (Tabela 4).

Tabela 4- Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2013.

	0 a 2 anos de pós-parto				> 2 anos pós-parto e nulíparas				Todas			
	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)
Região												
Sul	5,1 (2,4-10,4)	0,003	Ref.	Ref.	11,7 (9,9-13,9)	<0,001	Ref.	Ref.	11,0 (0,9-13,0)	<0,001	Ref.	Ref.
Norte	18,7 (13,1-25-9)		4,2 (1,7-10,3)	4,2 (1,7-10,2)	18,5 (15,8-21,5)		1,7 (1,3-2,2)	1,8 (1,4-2,5)	18,5 (16,2-21,2)		1,8 (1,4-2,3)	1,9 (1,5-2,6)
Nordeste	16,3 (12,0-21,8)		3,6 (1,5-8,5)	3,9 (1,7-9,2)	17,4 (15,1-19,9)		1,5 (1,2-2,0)	1,7 (1,3-2,2)	17,2 (15,2-19,5)		1,7 (1,3-2,1)	1,8 (1,4-2,3)
Sudeste	18,9 (13,9-25,1)		4,3 (1,8-10,1)	5,3 (2,2-12,9)	12,6 (10,9-14,5)		1,1 (0,8-1,4)	1,1 (0,9-1,4)	13,3 (11,7-15,1)		1,2 (0,9-1,6)	1,3 (0,9-1,6)
Centro-Oeste	9,9 (6,39-14,9)		2 (0,8-5,0)	2,3 (0,9-5,8)	12,2 (10,6-14,1)		1 (0,8-1,3)	1,1 (0,8-1,5)	11,9 (13,4-15,4)		1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,4)
Situação do Domicílio												
Urbano	15,8 (12,9-19,1)	0,621	Ref.	Ref.	13,8 (12,7-14,9)	0,014	Ref.	Ref.	14,0 (12,9-15,1)	0,034	Ref.	Ref.
Rural	14,1 (9,41-20,6)		0,9 (0,5-1,4)	0,7 (0,4-1,1)	17,3 (14,7-20,3)		1,3 (1,1-1,6)	1,3 (1,1-1,6)	16,9 (14,5-19,6)		1,2 (1,0-1,5)	1,2 (0,9-1,5)
Cor da pele autodeclarada												
Branca	15,7 (11,4-21,2)	0,675	Ref.	Ref.	12,8 (11,5-14,3)	0,012	Ref.	Ref.	13,1 (11,8-14,5)	0,016	Ref.	Ref.
Preta/Parda	15,5 (12,5-19,1)		0,9 (0,6-1,5)	0,8 (0,5-1,2)	15,5 (14,03-17,1)		1,2 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,5)	15,5 (14,2-16,9)		1,2 (1,0-1,4)	1,1 (0,9-1,3)
Amarela/Indígena	6,9 (1,5-27,1)		0,4 (0,1-2,0)	0,4 (0,08-2,0)	12,7 (7,9-19,5)		0,9 (0,6-1,7)	0,9 (0,6-1,5)	12,1 (7,0-18,4)		0,9 (0,5-1,5)	0,8 (0,5-1,3)

Cont. **Tabela 4-** Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2013.

	0 a 2 anos de pós-parto				> 2 anos pós-parto e nulíparas				Todas			
	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)
Faixa etária (anos)												
18 a 29	17,2 (13,8-21,1)	0,251	Ref.	Ref.	15,1 (13,3-17,1)	0,293	Ref.	Ref.	15,5 (13,9-17,2)	0,138	Ref.	Ref.
30 a 39	12,6 (8,9-17,5)		0,7 (0,4-2,5)	0,6 (0,3-0,9)	14,2 (12,7-15,9)		0,9 (0,8-1,1)	1,4 (1,2-1,8)	14 (12,6-15,6)		0,9 (0,7-1,0)	1,2 (1,0-1,4)
40 a 49	16 (6,8-33,1)		0,9 (0,3-2,5)	0,7 (0,3-1,9)	13,1 (12,7-15,9)		0,8 (0,7-1,1)	1,6 (1,2-2,1)	13,2 (11,5-15,0)		0,8 (0,7-1,0)	1,3 (0,9-1,6)
Escolaridade (anos)												
0 a 8	22,5 (16,9-29,2)	>0,001	1,3 (0,8-2,3)	1 (0,5-1,7)	14 (12,3-15,9)	0,767	1 (0,8-1,2)	1,4 (1,1-1,7)	14,9 (12,6-15,9)	0,712	1,1 (0,9-1,3)	1,4 (1,1-1,7)
9 a 11 anos	10,5 (7,6-14,3)		0,6 (0,8-2,3)	0,4 (0,2-0,7)	14,7 (13,1-16,4)		1,1 (0,8-1,2)	1,2 (1,0-1,4)	14,1 (12,6-15,7)		0,9 (0,8-1,2)	1,1 (0,9-1,3)
12 ou mais	17,3 (12,5-23,4)		Ref.	Ref.	13,9 (12,3-15,7)		Ref.	Ref.	14,2 (12,6-15,9)		Ref.	Ref.
Vive com o companheiro												
Sim	13,2 (9,8-17,6)	0,149	Ref.	Ref.	14,6 (13,2-16,1)	0,407	Ref.	Ref.	13,7 (12,4-15,1)	0,204	Ref.	Ref.
Não	17,3 (13,8-21,5)		3,4 (2,3-4,7)	3,6 (2,4-4,9)	13,7 (12,3-15,3)		2,9 (2,5 2,4)	2,2 (1,1-1,7)	14,9 (13,6-16,3)		2,9 (1,4-4,5)	1,2 (0,9-1,4)

Cont. **Tabela 4-** Prevalência, Odds Ratio (OR) não ajustado e ajustado e IC95% do não uso de métodos contraceptivos de acordo com as características sociodemográficas e de acesso a informações de saúde – Brasil, 2013.

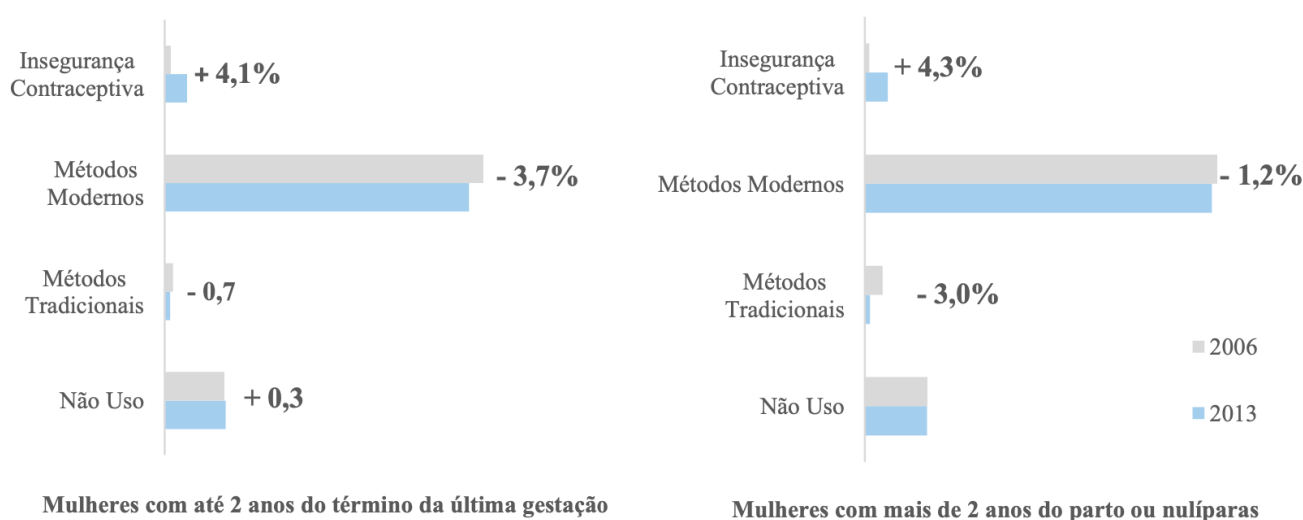
	0 a 2 anos de pós-parto				> 2 anos pós-parto e nulíparas				Todas			
	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)	% (IC95%)	P*	ORna (IC95%)	ORa (IC95%)
Posse de plano de serviços de saúde suplementar												
Sim	14,2 (10,2-19,4)	0,541	Ref.	Ref.	13,2 (11,6-14,9)	0,144	Ref.	Ref.	13,3 (11,7-14,9)	0,114	Ref.	Ref.
Não	16 (12,9-19,6)		1,1 (0,7-1,8)	1 (0,6-1,9)	14,7 (13,5-16,1)		1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,3)	14,9 (13,7-16,1)		1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,3)
Número de vezes que esteve grávida												
0	-	<0,001	-	-	21,1 (18,6-23,7)	<0,001	Ref.	Ref.	21,0 (18,6-23,7)	<0,001	Ref.	Ref.
1	14,5 (10,5-19,7)		ref.	ref.	15,7 (13,7-18,1)		0,7 (0,6-0,8)	0,6 (0,5-0,7)	15,5 (13,7-17,6)		0,7 (0,6-0,9)	0,6 (4,9-0,7)
2	9,5 (6,8-13,1)		0,6 (0,4-1,0)	0,7 (0,4-1,2)	9,9 (8,3-11,8)		0,4 (0,3-0,5)	0,3 (0,2-0,4)	9,8 (8,4-11,5)		0,4 (0,3-0,5)	0,3 (0,2-0,4)
3 ou mais	22,9 (17,3-22,9)		1,7 (1,0-2,9)	1,9 (1,1-3,5)	8,9 (7,8-10,3)		0,4 (0,3-0,5)	0,2 (0,2-0,3)	10,8 (9,5-12,4)		0,5 (0,4-0,6)	0,3 (0,2-0,4)
Recebeu informações sobre Planejamento Reprodutivo												
Sim	10,7 (4,6-22,9)	0,336	Ref.	Ref.	8,3 (5,1-13,2)	0,018	Ref.	Ref.	8,8 (5,8-13,1)	0,013	Ref.	Ref.
Não	15,9 (13,2-19,0)		1,6 (0,6-4,1)	2,1 (0,8-5,5)	14,5 (13,4-15,6)		1,8 (1,1-3,1)	1,9 (0,0-3,0)	14,6 (13,4-15,4)		1,1 (0,9-0,2)	1,7 (1,1-2,7)

6.5 Mudanças na contracepção das mulheres brasileiras em 2006 e 2013

Ao avaliar os inquéritos de 2006 e 2013 observamos que não houve mudanças na prevalência do uso de contracepção na população de mulheres no intervalo de até dois anos após o término da última gestação. Em ambos os inquéritos, a prevalência de uso nas mulheres com até dois anos após o término da última gravidez foi inferior (-1%) ao uso de métodos nas mulheres fora desse intervalo (Tabela 2).

Por outro lado, observamos importantes mudanças no padrão de contracepção das mulheres entre 2006 e 2013. Para o grupo de mulheres com até dois anos do término da última gestação observamos uma redução no uso de métodos modernos (-3,7%) e um aumento na insegurança contraceptiva (+4,1%) (Gráfico 5).

Gráfico 4- Mudanças do Padrão Contraceptivo. Brasil, 2006 e 2013



Para as mulheres com 2 anos ou mais do término da gestação ou nulíparas observamos uma redução do uso de métodos tradicionais (-3,0%) e modernos (-1,2%) e um aumento na insegurança contraceptiva (+4,3%) de 2006 para 2013 (Gráfico 5).

Também observamos importantes mudanças no ranking de métodos contraceptivos modernos de 2006 para 2013. Para as mulheres com até dois anos do término da última gestação observamos uma redução no uso de métodos cirúrgicos, pílulas, camisinhas e um aumento no uso de dupla proteção. Para as mulheres nulíparas ou com mais de 2 anos do término da gestação observamos uma redução no uso de métodos cirúrgicos e um aumento no uso de pílulas, métodos injetáveis e dupla proteção. Em ambos os grupos não ocorreram mudanças no uso de Creme/óvulo ou Diafragma e nos métodos de ação prolongada (Tabela 5).

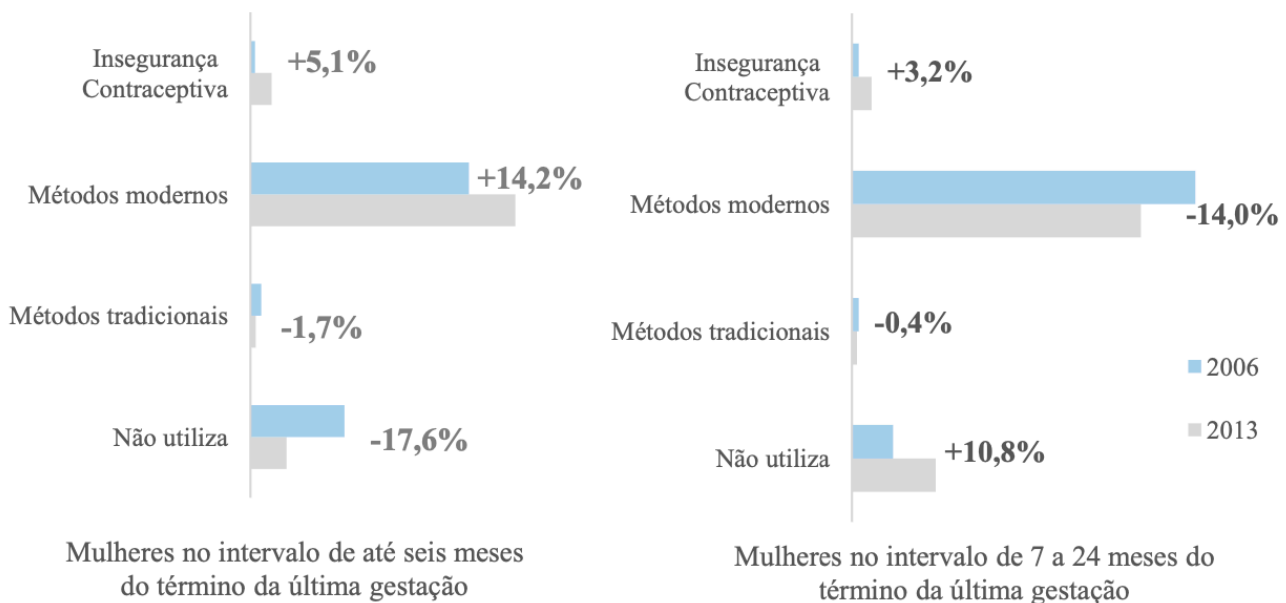
Tabela 5- Mudanças no ranking de métodos contraceptivos modernos. Brasil- 2006 e 2013.

Ranking de métodos contraceptivos modernos	2006 e 2013		
	0 a 2 anos de pós-parto	>2 anos de pós-parto ou nulíparas	Todas
	dif.%	dif.%	dif.%
Métodos Cirúrgicos	-2,8	-11,8	-10,3
Pílulas	-1,7	+6,0	+4,9
Camisinhas	-4,3	-2,7	-2,9
Injetáveis	+1,7	+2,4	+2,1
Creme/ovulo ou diafragma	+0,2	+0,4	+0,4
Métodos de ação prolongada	-0,3	-0,6	-0,6
Dupla proteção	+7,2	+6,3	+6,4

Nota- %dif.: diferença percentual entre 2013 e 2006.

Quando avaliamos o tempo de término da gestação estratificado em 0 a 6 e 7 a 24 observamos importantes mudanças na contracepção nos anos de 2006 e 2013.

Nas mulheres com até 6 meses do término da gestação observamos um aumento (+17,6%) na prevalência de uso de métodos de 2006 para 2013. Quanto ao tipo de contracepção houve uma diminuição no uso de métodos tradicionais (-1,7%), um aumento na insegurança contraceptiva (+ 5,1%) e no uso de métodos modernos (+14,2%) (Gráfico 6).

Gráfico 5- Mudanças do Padrão Contraceptivo das mulheres com até 6 meses do término da gestação, de 2006 para 2013. Brasil.

Não observamos diferenças nas posições do ranking de métodos contraceptivos modernos. No entanto, houve uma redução no uso de métodos cirúrgicos e camisinhas e um aumento no uso de pílulas, nos métodos de ação prolongada injetáveis e uso de dupla proteção pelas mulheres de 0 a 6 meses do término da última gestação.

Tabela 6- Mudanças do ranking de métodos contraceptivos modernos segundo o tempo de término da gestação. Brasil, 2006 e 2013.

Ranking de métodos contraceptivos modernos	2006 e 2013	
	0 a 6 meses do término da última gestação	7 a 24 meses do término da última gestação
	%dif.	%dif.
Métodos Cirúrgicos	-4,6	-3,9
Pílulas	+5,4	-7
Camisinhas	+10,2	+2
Injetáveis	+1,2	-0,1
Creme/óvulo ou diafragma	+0,3	+0,2
Métodos de ação prolongada	+1,8	-1,5
Dupla proteção	+ 6	+10,4

Nota- %dif.: diferença percentual entre 2013 e 2006.

Para as mulheres de 7 a 24 meses do término da última gestação observamos uma redução no uso total de métodos contraceptivos (-10,8%) de 2006 para 2013. Ao mesmo tempo, houve um aumento no uso de métodos incompatíveis (+3,2%) e uma redução (-14,0%) no uso de métodos modernos (Gráfico 6).

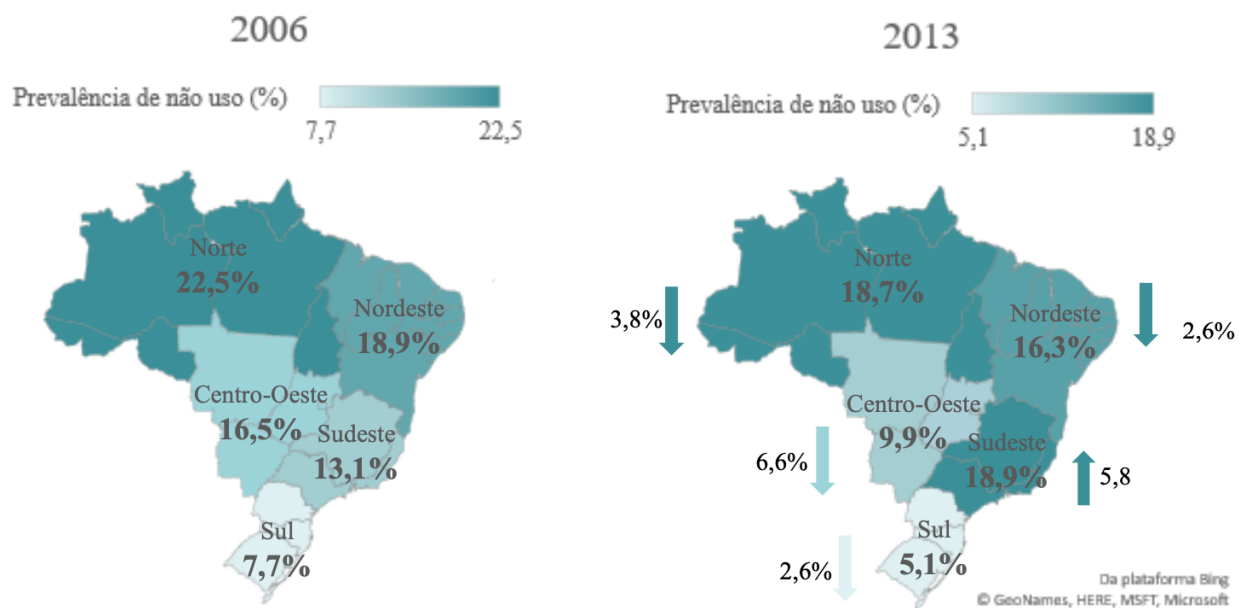
Observamos que para as mulheres de 7 a 24 meses de término da gestação houve uma mudança no ranking de métodos modernos, os métodos cirúrgicos que ocupavam a 3ª posição do ranking em 2006 perderam espaço para o uso de dupla proteção em 2013 (Gráfico 3), além disso, houve uma redução no uso de pílulas e nos métodos de ação prolongada, com um aumento do uso de camisinhas e no uso de dupla proteção (Tabela 5).

Quanto aos fatores associados ao não uso de métodos contraceptivos entre as mulheres com até dois anos do término da última gestação observamos mudanças na prevalência segundo região de moradia e viver com o companheiro de 2006 para 2013. Observamos na região Sul os melhores indicadores de não uso de métodos contraceptivos em ambos os anos estudados,

além disso, houve uma redução (-2,6%) na prevalência de não uso de métodos de 2006 para 2013. As regiões que apresentaram as maiores prevalências de não uso de métodos contraceptivos em ambos os inquéritos foram a Norte e a Nordeste. Apesar da alta prevalência, de 2006 para 2013 observamos uma melhoria nos indicadores nas regiões Norte (-3,8%) e Nordeste (-2,6%) do país. A redução mais expressiva na prevalência de não uso de métodos ocorreu na região Centro-Oeste (-6,6%). Observamos na região Sudeste uma piora nos indicadores de acesso a métodos contraceptivos, apresentando um aumento significativo (+5,6%) na prevalência de não uso de métodos de 2006 para 2013, passando do segundo estado com o melhor acesso a métodos em 2006 para o mais mal colocado entre as regiões do ano de 2013 (Figura 4).

No entanto, quando comparado à região Sul, apesar da melhoria nas prevalências de não uso, observamos um aumento da chance de não uso de métodos, tanto na Região Norte, quanto na região Nordeste de 2006 para 2013 (Figura 4).

Figura 4- Mudanças na Prevalência do não uso de métodos contraceptivos segundo regiões brasileiras, 2006 e 2013.



Quanto viver com o companheiro, observamos uma redução na prevalência de não uso de métodos contraceptivos entre as mulheres que não vivem com o companheiro de 2006 para 2013, 27,1% vs. 13,5%, respectivamente.

7 DISCUSSÃO

Esse estudo avaliou mudanças da prevalência de uso e do padrão de contracepção das mulheres com até dois anos após o parto, entre 2006 e 2013, e os fatores sociodemográficos associados ao não uso de métodos contraceptivos por essas mulheres. Os resultados encontrados evidenciaram que grande parte das mulheres tem acesso a métodos contraceptivos e que existe uma alta prevalência de uso de métodos modernos no Brasil, independente do período da vida reprodutiva da mulher, ou seja, a cobertura desse grupo específico é semelhante à cobertura de todas as mulheres. Especificamente para as mulheres com até dois anos após o término da última gestação, as pílulas e as camisinhas foram os métodos mais utilizados tanto em 2006 quanto em 2013. Houve uma redução do uso de métodos cirúrgicos e tradicionais e um aumento da dupla proteção. Também houve um aumento da insegurança contraceptiva no período. Observamos ainda um importante aumento da prevalência de uso de métodos contraceptivos entre as mulheres com até 6 meses após o parto, de 2006 para 2013. Por outro lado, a partir do 7º mês, observou-se uma importante redução do uso de contraceptivos. Os principais fatores positivamente associados ao não uso de métodos contraceptivos após o término da gestação foram viver nas regiões Norte e Nordeste do país e não viver com o companheiro, tanto em 2006 quanto em 2013.

7.1 Acesso a contracepção no Brasil

O uso de métodos contraceptivos se configura como um indicador do acesso à contracepção e está intrinsecamente relacionado à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, que por sua vez está vinculada a outros direitos, tais como saúde e liberdade de fazer escolhas (UNFPA, 2018a). Considera-se indispensável estudos que analisam o uso de contraceptivos em nível nacional e que indiretamente avaliam potenciais efeitos das ações públicas para garantia de direitos sociais e de saúde da população, bem como das políticas públicas que visam promovê-los.

Para alinhar as necessidades da população às leis e políticas públicas também é fundamental conhecer o padrão de uso de MC em subgrupos historicamente, socialmente e por outros motivos alijados do uso de métodos. Por exemplo, as mulheres após o término da gestação que necessitam de um intervalo mínimo para uma adequada recuperação após o parto, o uso de MC auxilia na redução da morbimortalidade materna e infantil (CONDE-AGUDELO

et al., 2012; KUMAR *et al.*, 2014; LOPEZ *et al.*, 2015a), dois dos mais sensíveis indicadores das condições de vida da mulher e da sociedade como um todo (BRASIL, 2009b).

Entretanto, até os dias atuais, foram desenvolvidos apenas quatro inquéritos que forneceram informações sobre o PR das mulheres brasileiras com representatividade nacional de maneira relativamente comparável, a saber: PNDS 1986, PNDS 1996, PNDS 2006 e PNS 2013. Ao se comparar dados dos três primeiros inquéritos, estudos e relatórios nacionais apontaram um aumento importante da cobertura da contracepção e uma alta prevalência de uso de MC modernos em mulheres casadas (PERPÉTUO; WONG, 2009; UNFPA, 2018a). Os resultados encontrados no presente estudo avançam pois avaliam todas as mulheres independente de viver ou não com o companheiro e revelaram a manutenção da alta cobertura indicando que grande parte das brasileiras tem acesso a MC.

No entanto, apesar das políticas, programas, estratégias e ações para promover o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e da disponibilização gratuita de MC a partir do ano de 1999 (BRASIL, 1999) até o ano de 2015, não observamos mudança na prevalência de uso de MC de 2006 para 2013 no grupo total de mulheres. Estudos que avaliaram o uso de MC no país no ano de 2006 (CARVALHO, 2019a; CAVENAGHI; ALVES; 2019), 2010 (CASTRO *et al.*, 2019), 2013 (TRINDADE *et al.*, 2019; CAVENAGHI; ALVES; 2019) e 2015 (CASTRO *et al.*, 2019) também encontraram uma prevalência de uso em torno de 80%, apontando que houve uma estabilização na prevalência do uso de contracepção, apesar da intensificação de esforços do Ministério da Saúde no período em estudo, corroborando nossos achados.

Devemos reconhecer que no Brasil, um país de grandes dimensões geográficas, com diversas particularidades regionais, culturais, econômicas e sociais, algumas políticas públicas necessitam ser aplicadas por um longo período para gerar impactos nos indicadores de saúde (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018). Porém, a estabilização no uso de MC junto à interrupção, redirecionamento ou não continuidade das políticas, além dos cortes orçamentários na área da saúde sexual e reprodutiva e saúde da mulher que ocorreram nos últimos anos podem provocar a longo prazo uma piora do acesso a MC e consequentemente aumentar o número de gestações não planejadas e a morbimortalidade materna e infantil no país.

Apesar das altas taxas de uso de MC modernos encontradas para todas as mulheres nos anos em estudo, similares àquelas dos países desenvolvidos (ALKEMA *et al.*, 2013; UNITED NATIONS, 2017), existe um alto número de brasileiras que refere não ter planejado suas gestações (BERQUÓ; LIMA, 2009; VIELLAS *et al.*, 2014). Uma possível justificativa para essa incoerência seria que os métodos mais utilizados pelas brasileiras atualmente são as pílulas,

métodos hormonais, temporários e com pouca durabilidade, ou seja, que dependem do uso diário e correto para garantir sua efetividade, o que pode gerar falhas. A alta prevalência de uso de métodos temporários também foi evidenciada em outros países em desenvolvimento que possuem altas taxas de gestações não planejadas (ALKEMA *et al.*, 2013; NATIONS UNITED, 2018). Embora, os benefícios do uso de métodos hormonais temporários para a saúde da mulher sejam inegáveis, o sucesso do uso das pílulas demanda um cuidado contínuo e longitudinal focado na correta indicação do método, no aconselhamento, no acompanhamento do uso por profissionais de saúde e na satisfação da mulher (WHO, 2015b).

No Brasil, apesar da alta referência de indicação médica de uso de contraceptivos, esta indicação pode ter ocorrido em qualquer momento do passado e o uso corresponder à repetição de uma receita (FARIAS *et al.*, 2016), já que observamos que a maioria das mulheres tanto em 2006, quanto em 2013, não obteve acesso a informações sobre PR nos últimos 12 meses da data da entrevista. A baixa prevalência de acesso a informações sobre PR pode ser resultado do fato de que na grande maioria dos serviços de atenção à saúde o PR não tem sido entendido como uma ação de promoção e prevenção da saúde (BAHAMONDES, 2006). Além disso, na prática, o PR preconizado pelo Ministério da Saúde não é compatível com as ações realizadas pela APS, uma vez que, apesar de ser considerado prioritário, ocupa plano secundário nos serviços de saúde, onde maior ênfase é dada à gestação e ao neonato (OLIVEIRA *et al.*, 2016). A dificuldade de acesso a consultas na APS, pode levar muitas mulheres ao desânimo com o atendimento no setor público, preferindo adquirir MC diretamente da compra em farmácias, onde os contraceptivos orais e injetáveis são vendidos sem restrição (BAHAMONDES, 2006).

7.2 Padrão contraceptivo das mulheres brasileiras no período pós-parto

Nesse estudo, as mulheres no período de até dois anos do término da gestação tiveram uma alta prevalência de uso de métodos, uma redução do uso de métodos cirúrgicos e um aumento do uso de dupla proteção e da insegurança contraceptiva. Os métodos cirúrgicos se mantiveram na terceira posição do ranking de métodos modernos em ambos os anos em estudo e as duas primeiras posições do ranking foram ocupadas por métodos reversíveis de curto prazo, tanto em 2006 quanto em 2013.

Estudos indicam que a laqueadura tubária vem cedendo lugar ao uso de outros métodos (WHO, 2015). Esse achado se configura em importante indicador de acesso e, indiretamente, da garantia de direitos, pois ele aponta que, atualmente, as mulheres estão tendo mais informações e opções de escolha de métodos seguros, não cirúrgicos e reversíveis.

A prevalência de uso de MC das mulheres no período pós-parto foi superior ao observado em mulheres no mesmo período em outros 21 países em desenvolvimento (MOORE *et al.*, 2015) e da prevalência global de uso de MC (ALKEMA *et al.*, 2013). Estudos realizados em diferentes países mostram padrões regionais distintos do uso de métodos contraceptivos entre as mulheres pós-parto. Assim como no Brasil, os métodos reversíveis de curto prazo são os mais utilizados pelas mulheres na Etiópia (TESSEMA *et al.*, 2018) e em Gana (MORHE *et al.*, 2017). Por outro lado, os de longo prazo são mais utilizados na Itália (MAURI; SQUILLACE, 2017) e França (SERFATY *et al.*, 2019), demonstrando que apesar dos avanços e das altas prevalências de uso de MC entre a população de mulheres pós-parto o tipo de contracepção no país se assemelha ao de países menos desenvolvidos.

Considerando que a escolha do método para regular a fecundidade deve seguir o desejo da mulher e indicações clínicas (WHO, 2015b), que no Brasil são distribuídos gratuitamente em todo o território nacional contraceptivos com mecanismos diversos (métodos cirúrgicos, contraceptivos hormonais orais e injetáveis, camisinhas femininas e masculinas, DIU e diafragma) e que se trata de um estudo com representatividade nacional com mulheres com distintas especificidades, chama a atenção que 60% da contracepção, em ambos os anos analisados, seja composta apenas por pílulas e camisinhas na população de mulheres com até dois anos do término da gestação. Esse achado pode indicar que existem fragilidades nas indicações de métodos de acordo com as necessidades individuais de cada mulher, que existem falhas na assistência e nos serviços em assegurar a oferta de insumos diversificados para possibilitar a escolha livre, informada e segura do método mais adequado para os diferentes momentos da vida reprodutiva e de acordo com as necessidades de saúde das mulheres.

Embora não seja possível separar a categoria pílulas em uso de anticoncepcionais orais combinados (AOC) e pílulas de progesterona (minipílulas), supõem-se que um alto número de mulheres no pós-parto não possuía indicação clínica de utilizar as pílulas como método. A pílula é um medicamento que revolucionou a vida das mulheres e de toda a sociedade, mas como todo medicamento oferece riscos à saúde de suas usuárias (NUCCI, 2012). Apesar da forte indicação do uso das minipílulas no pós-parto, o uso de AOC deve ser limitado, e caso seja escolhido como método contraceptivo nesse período, se faz necessário um acompanhamento rigoroso da mulher por profissionais de saúde (WHO, 2015a, 2015b). Para as mulheres lactentes com menos de seis meses de pós-parto, ou seja, idealmente a maioria das mulheres nesse período, o uso do AOC é contraindicado, porque o estrogênio pode alterar a quantidade e a qualidade do leite materno ao suprimir a produção de prolactina, o hormônio responsável pela produção do leite (HOFFMAN *et al.*, 2014). Além disso, mesmo para as mulheres não lactentes, o risco-benefício

em se utilizar esse método deve ser rigorosamente avaliado, pois existem diversas contraindicações do uso de AOC de acordo com as características de saúde e hábitos de vida da mulher (WHO, 2015b). Por exemplo, o risco relativo de tromboembolismo venoso aumenta aproximadamente 5 vezes na gravidez e 60 vezes no puerpério, principalmente durante as primeiras 3 semanas de pós-parto, e esse risco pode ser ainda mais alto em mulheres utilizando contracepção hormonal combinada (estrogênio mais progesterona) (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Especificamente para as mulheres no período pós-parto não possuímos estimativas nacionais do uso contraindicado de pílulas. Mas, sabe-se que no Brasil, a automedicação supera a taxa dos 35% (BRANDÃO, 2016), sendo os que os ACO estão elencados entre os fármacos mais utilizados de forma irracional (DIAS *et al.*, 2018) e que cerca de 20% das mulheres em idade fértil que utilizam métodos contraceptivos hormonais não deveriam fazê-lo, pois possuem alguma contraindicação clínica do uso (CORRÊA *et al.*, 2017). Salienta-se ainda que estudos regionais apontam que as mulheres no pós-parto utilizam métodos contraceptivos hormonais sem prescrição, pelo fácil acesso e baixo custo (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; CANELAS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

As camisinhas podem e devem ser utilizadas no período de pós-parto, pois são métodos de barreira, não hormonais, seguros, de fácil acesso e os únicos que protegem contra HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (WHO, 2015b). Contudo, um estudo com puérperas demonstrou que as mulheres usam camisinhas não porque realmente pretendiam usá-las, mas pela dificuldade em se obter outro método e pela alta disponibilidade das camisinhas em farmácias e pelo SUS (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018). Outrossim, apesar das camisinhas ocuparem o segundo lugar no ranking de métodos modernos nas mulheres com até dois anos após o parto, em ambos os anos em estudo, ao somarmos o uso de camisinhas à dupla proteção observamos uma baixa prevalência de uso de métodos que protegem contra IST no pós-parto, mesmo com o aumento de 7,2% na dupla proteção que ocorreu de 2006 para 2013. Desse modo, constata-se um preocupante descaso dessa população quanto a proteção contra IST, visto que constitui uma importante questão de saúde pública devido ao aumento expressivo de casos de HIV e sífilis constatados nos últimos anos, especialmente entre as gestantes (BRASIL, 2019b). A invisibilidade das IST se agrava com a crença errônea de que as mulheres no pós-parto não são sexualmente ativas (BORDA; WINFREY; MCKAIG, 2010) e com a tendência de conservadorismo dos governos atuais.

O DIU, método contraceptivo fortemente recomendado para o período pós-parto, estava entre os métodos menos utilizados pelas mulheres com até dois anos do término da gestação no Brasil em 2006 e 2013. A baixa prevalência do uso do DIU no pós-parto também foi encontrada

por outros estudos regionais (BORGES; DOS SANTOS; FUJIMORI, 2018; CANELAS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016) e pode estar relacionada à falta de informação sobre seus benefícios e ação, os mitos de usuárias e profissionais e à barreiras organizacionais dos serviços públicos de saúde no país, uma vez que mulheres com maior escolaridade e com acesso a plano de saúde suplementar o utilizam quatro vezes mais do que as que não têm (TRINDADE *et al.*, 2019).

Dentre as barreiras organizacionais relacionadas a inserção do DIU destacam-se: a não disponibilização do método em todos os municípios brasileiros, o alto tempo de espera para a inserção do método e inserção centrada em um único profissional de saúde, o médico (GONZAGA *et al.*, 2017).

Em 2018, para expandir rapidamente os serviços de inserção de DIU no Brasil, o Ministério da Saúde, certificou que os enfermeiros, profissionais responsáveis pela realização da maioria das consultas de saúde da mulher no país (BRASIL, 2019a), estão aptos a realizar a inserção do DIU na APS e em maternidades, desde que tenham sido treinados para tal (BRASIL, 2018b). No entanto, essa estratégia foi paralisada e revogada (BRASIL, 2019c) prejudicando a implementação equitativa do DIU no pós-parto imediato e os atendimentos dos serviços de saúde sexual e reprodutivo de toda a população que depende exclusivamente do SUS. Trata-se de uma ação classista, não fundamentada e que vai contra os direitos Sexuais e Reprodutivos cada vez mais em risco atualmente no país (COFEN, 2020).

A Organização Mundial da Saúde recomenda a opção de inserção de DIU por enfermeiros e vários estudos demonstraram que esses profissionais podem inserir o DIU com segurança e efetividade quando é fornecido capacitação e qualificação (WHO, 2012), como já se observa em vários países como Austrália (LOPEZ *et al.*, 2015b), Índia (BHADRA *et al.*, 2018) e Inglaterra (ZIVICH *et al.*, 2019). Também foram evidenciadas melhorias na acessibilidade (FLEMINGLOW *et al.*, 2019) e aumento da satisfação da mulher quando a consulta para a inserção do DIU foi conduzida por enfermeiros (BHADRA *et al.*, 2018).

Também observamos um importante aumento na insegurança contraceptiva, mostrando que apesar das altas taxas de uso de contraceptivos no país, um número considerável de mulheres no pós-parto utiliza combinações de dois ou mais métodos que não trazem algum tipo de benefício e expõem a usuária a uma gestação não planejada. Uma explicação para essa situação pode advir de falhas no acesso a um MC que supra às necessidades sexuais e reprodutivas da mulher, ou do casal, e do desconhecimento do uso correto do método, sendo reflexo de um acesso limitado a informações e de um cuidado em saúde que não valoriza a livre escolha informada, já que a maioria das mulheres entrevistadas relatou que não obteve acesso

a informações sobre PR nos últimos 12 meses da data da entrevista. Prado e Santos (2011) ao avaliar as mulheres usuárias de MC do serviço público e privado encontraram que a maioria das entrevistadas que não faziam uso correto de métodos não recebeu orientações sobre o uso por profissionais de saúde (PRADO; SANTOS, 2011). Em contrapartida, esse resultado pode ser reflexo de falhas dos questionários em identificar o método utilizado pela mulher.

Assim, os achados desse estudo indicam que a melhoria da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres no período pós-parto não depende apenas do aumento da oferta e do uso de contraceptivos, mas da garantia da acessibilidade e da utilização mais efetiva de métodos seguros de acordo com as individualidades de cada mulher. Destacamos ainda que a assistência em PR não se baseia apenas na simples prescrição de MC e na disponibilidade de insumos pelas unidades de saúde, mas sim no empoderamento dos indivíduos, sendo a livre escolha informada um ponto chave que deve sustentar o serviço de PR no Brasil.

7.3 Uso de métodos conforme o tempo de término da gravidez

Um avanço desse estudo foi investigar a contracepção especificamente no grupo de mulheres com até 2 anos após o término da gestação em nível populacional. Dentre essas mulheres, separamos aquelas com até 6 meses pós-parto. Nessa análise, observamos que houve um importante aumento do uso de métodos entre as mulheres com até 6 meses do término da gestação, diferente do que foi observado para as mulheres com mais de dois anos do parto ou nulíparas. Observamos também uma redução no uso de métodos tradicionais e um aumento no uso de métodos não hormonais e que não interferem no aleitamento materno (camisinhas e métodos de ação prolongada), contracepção mais adequada para as mulheres em aleitamento materno exclusivo.

Esses resultados poderiam ser decorrentes de várias estratégias e políticas, como a expansão da Estratégia de Saúde da Família e o “Mais Saúde: Direito de Todos”, que integrava o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) de 2007, pois visavam, dentre outros objetivos, aumentar o acesso a métodos contraceptivos no período pós-parto. Ao mesmo tempo, considerando que mulheres adequadamente acompanhadas no período gravídico puerperal apresentam uma maior chance de utilizar contraceptivos no pós-parto (AHMED *et al.*, 2015; CANELAS *et al.*, 2016; HIP, 2017), associamos esses resultados aos importantes avanços alcançados pela Estratégia Rede Cegonha no país, que conquistou, de 2011 a 2013, um aumento de 25% no número de consultas pré-natais (BRASIL, 2019a) e investiu cerca de R\$ 2,9 bilhões em métodos contraceptivos (BRASIL, 2016). Ainda, observamos um aumento

singular na prevalência de acesso a informações sobre PR no Brasil de 2006 para 2013 nas mulheres no período de até dois anos do término da gestação. Posto isso, inferimos que após a implementação da Estratégia Rede Cegonha as mulheres no período de até 6 meses de término da gestação apresentaram um maior acesso a métodos contraceptivos e uma maior assistência em PR.

Por outro lado, em 2013, as mulheres no intervalo de 7 a 24 meses de término da gestação tiveram os piores indicadores de acesso a métodos. Essa população apresentou uma menor prevalência de uso de métodos do que as mulheres com até 6 meses de término da gestação e as mulheres nulíparas ou com mais de 2 anos do parto. Esses achados podem indicar uma ruptura dos cuidados com a saúde da mulher com o passar dos meses do término da gravidez, comprometendo a longitudinalidade do cuidado e podendo causar grandes prejuízos, uma vez que intervalos interpartais curtos tem repercussões negativas para a saúde materno-infantil (CECATTI *et al.*, 2008; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2012; TESSEMA *et al.*, 2018).

Mesmo com os avanços conquistados no Brasil, a atenção à saúde da mulher ainda permanece ou resiste em ser tratada de forma fragmentada (GONÇALVES *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2016; BARATIERI, 2019) e a assistência ao PR na APS ainda está organizada de maneira vertical, sendo pouco articulada e coordenada com outras ações programáticas (rastreamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis, campanhas de imunização e etc.) e até mesmo com outras ações de saúde reprodutiva (assistência ao pré-natal, puerpério, rastreamento do câncer de colo do útero e mamas) (BARATIERI; NATAL, 2019).

Dessa forma, pode-se inferir que as mulheres no intervalo de 7 a 24 meses do término da gestação são triplamente prejudicadas, ou seja, soma-se uma vulnerabilidade de saúde devido aos riscos de um intervalo interpartal curto à maior vulnerabilidade em relação à assistência à saúde e ao menor acesso a métodos quando comparadas às mulheres fora desse intervalo.

A assistência à saúde da mulher, enquanto ação da APS, deve ser ininterrupta e coordenada, visto que as demandas reprodutivas vão se modificando de acordo com o tempo de pós-parto, a fase reprodutiva da vida da mulher e os interesses sexuais e reprodutivos (BARATIERI; NATAL, 2019). Assim, a efetividade das políticas, ações e estratégias do Ministério da Saúde, a melhoria dos indicadores de saúde materno e infantil e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população apenas serão alcançadas com a concretização do princípio de integralidade do SUS.

Contudo, as várias crises políticas e a instabilidade econômica vivenciada no Brasil nos últimos anos influenciam negativamente a integralidade e a universalização da saúde no país (CASTRO *et al.*, 2019; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). Além disso, nos últimos anos

ocorreram importantes restrições do espaço da saúde das mulheres nas políticas públicas brasileiras o que pode gerar significativos impactos na saúde da população. Hoje temos pouquíssimos projetos de lei que buscam avançar em termos de direitos sexuais e reprodutivos tramitando no Congresso Nacional Brasileiro e diante da persistência de fragilidades institucionais e do fortalecimento de ideias neoconservadoras, em um momento de instabilidade econômica e política (CASTRO *et al.*, 2019; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017), existem sérios riscos de retrocessos nas conquistas de direitos sexuais e reprodutivos no país.

7.4 Fatores associados ao não uso de métodos contraceptivos

Em termos gerais, além dos fatores institucionais, fatores econômicos e sociais também podem contribuir para que casais e pessoas alcancem seus próprios objetivos e desejos relacionados à vida reprodutiva. Estudos nacionais e internacionais demonstram uma relação direta entre a alta prevalência de uso de contraceptivos e o uso de métodos de ação prolongada em níveis mais altos de educação (CARVALHO, 2019b; TESSEMA *et al.*, 2018; TRINDADE *et al.*, 2019; CAVENAGHI; ALVES; 2019) e de renda (FARIAS *et al.*, 2016; CAVENAGHI; ALVES; 2019), resultados que indicam que há uma influência da escolaridade e do poder aquisitivo na obtenção de contraceptivos.

Entretanto, diferente do que foi apontado, não encontramos associação estatística entre o não uso de contracepção e a escolaridade. Porém, as mulheres com até dois anos do término da gestação, residentes no Nordeste e Norte, regiões menos urbanizadas, de menor renda per capita, menor índice de desenvolvimento humano, que apresentam as maiores taxas de fecundidade (UNFPA, 2018), de abortamento provocado (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017) e de mortalidade infantil (LANSKY *et al.*, 2014) do país, tiveram um efeito positivo forte e crescente na chance de não utilizar métodos. Enquanto a região Sul, mais urbanizada, com níveis mais elevados de educação, com menor taxa de fecundidade do país (IBGE, 2013; UNFPA, 2018b) foi a região que apresentou a menor prevalência de não uso de métodos contraceptivos no período pós-parto. Não encontramos essa relação para as mulheres nulíparas ou com mais de 2 anos do término da gestação no ano de 2006. Assim, podemos concluir que em um contexto social e econômico mais favorável, no qual a região poderia significar uma síntese dessas condições, as mulheres no período pós-parto apresentam maior alcance de MC.

Destacamos que apesar do aumento da cobertura observado entre 2006 e 2013 nas regiões Norte e Nordeste, problemas de acessibilidade a métodos persistem, principalmente em mulheres brasileiras em alguma situação de vulnerabilidade. A partir de dados da PNS 2013,

Trindade *et al* (2019) encontraram ao avaliar o ranking de métodos contraceptivos segundo o perfil sociodemográfico das brasileiras em idade fértil que as mulheres da região Norte, que moram em zona rural, pretas ou pardas, com menor escolaridade e que não possuem plano de saúde são as mais esterilizadas, enquanto as mulheres brancas, com maior escolaridade, maior renda e acesso a plano de saúde tem maior acessibilidade aos LARCS, ou seja, utilizam mais métodos seguros e reversíveis, com taxa de eficácia superior aos métodos de curta duração que dependem da utilização correta da usuária. Farias *et al* (2016) também constataram diferenças regionais marcantes na acessibilidade a MC. Enquanto a maioria das usuárias de contraceptivos orais e injetáveis da região Norte pagou pelo medicamento, a maioria das usuárias do Sul o obteve gratuitamente (FARIAS *et al.*, 2016).

Esses dados, associado ao fato de que as regiões Norte (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012; CARVALHO, 2019a) e Nordeste (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012) apresentam maior necessidade insatisfeita por MC, evidenciam que ainda há um longo caminho a percorrer até a efetivação universal dos direitos reprodutivos no país, pois, as diferenças regionais no uso de métodos mostrada nesse e em outros estudos (TRINDADE *et al.*, 2019; FARIAS *et al.*, 2016) sugerem que é necessário a implementação de políticas públicas mais equitativas.

Contudo, Castro *et al* (2019) apontam que as medidas de austeridade introduzidas em 2016 que impuseram um limite estrito ao crescimento da despesa pública até 2036 podem gerar consequências adversas para garantia da equidade no país, impactando diretamente na saúde materno e infantil e aumentando as desigualdades regionais, já que subsídios federais são mais eficazes em municípios de pequeno porte e que dependem mais de fundos federais do que os municípios maiores (CASTRO *et al.*, 2019).

Em 2006, tanto para as mulheres com até dois anos do término da gestação, quanto para as mulheres nulíparas ou com mais de dois anos do término da gestação, o não viver com o companheiro estava associado ao não uso de MC. Em 2013, não viver com o companheiro estava associado ao não uso de MC apenas para as mulheres no período pós-parto. Assim como o observado por Tessema *et al.* (2018), as mulheres que vivem com o companheiro apresentavam uma menor prevalência e chance de não uso de métodos contraceptivos quando comparadas às mulheres que não vivem com o companheiro. Adicionalmente, Trindade *et al.* (2019) ao avaliar o ranking de métodos no país encontrou que as mulheres solteiras utilizam mais camisinhas, demonstrando que no país, apesar da alta prevalência de uso de métodos por essas mulheres elas utilizam métodos de curta duração.

7.5 Potencialidades e Limitações do Estudo

Considerando a lacuna do conhecimento do uso de métodos na população de mulheres no período pós-parto, nosso estudo avança, ao avaliar a prevalência de uso, o padrão de contracepção e o ranking de métodos modernos e considerando as variáveis sociodemográficas relacionadas ao não uso de contracepção. Um dos pontos fortes do nosso estudo decorre do fato de termos utilizado o desenho amostral complexo dos inquéritos para obter estimativas populacionais. Ressalta-se ainda que esse estudo se destaca por avaliar o uso de métodos contraceptivos em mulheres independente de seu estado conjugal, enquanto estudos anteriormente desenvolvidos com dados desses inquéritos utilizaram apenas informações de mulheres que possuíam companheiro.

Contudo, este estudo teve algumas limitações que devem ser levadas em consideração ao interpretar os resultados. A primeira delas refere-se ao impossibilidades de identificar com precisão o dia da entrevista, e conseqüentemente de identificar com precisão o tempo de término da gestação, já que o banco de dados não continha essa informação. Para solucionar esse problema utilizamos a mesma data utilizada nos inquéritos para estimar a idade das crianças de 0 a 2 anos e avaliar o tempo de aleitamento materno para identificar as puérperas, conforme nota técnica do IBGE/MS.

Também tivemos como limitação a impossibilidade de avaliar o uso de métodos contraceptivos nas mulheres amenorreicas no pós-parto, pois o inquérito da PNS limita as questões sobre planejamento reprodutivo para as mulheres que declararam que não menstruam e não são sexualmente ativas.

Outra limitação foi a impossibilidade de comparar as mudanças do uso, do padrão contraceptivo e do ranking de métodos modernos nas mulheres de 15 a 17 anos na PNS, podendo haver uma superestimação do uso na população de mulheres sexualmente ativas, pois as mulheres nessa faixa etária geralmente usam com menor frequência métodos contraceptivos (RODRIGUEZ-VIGNOLI, 2017; FELISBINO-MENDES *et al.*, 2018; CAVENAGHI; ALVES, 2019).

As diversas combinações de dois ou mais métodos contraceptivos que consideramos insegurança contraceptiva em ambos os inquéritos pode ser uma limitação desta pesquisa. Podemos interpretar que esta categoria advém de um erro que é gerado pela forma com que a pergunta nos inquéritos foi elaborada, não limitando o método contraceptivo utilizado no momento, o que pode gerar erros de compreensão.

Além disso, houve um equívoco na elaboração das opções de resposta na PNS, pois a laqueadura e a vasectomia não foram incluídas no questionário como MC, mas sim como motivos para não evitar uma gestação em outra pergunta. Isso e o fato de não haver uma pergunta específica para o uso de camisinhas com o intuito de se evitar uma IST, impediram de relacionar os métodos cirúrgicos ao uso dos preservativos, o que configuraria uma dupla proteção. Ressalta-se que o uso de camisinha masculina pode ser subestimado e só é definido como método principal se nenhum outro método mais eficiente for relatado pela mulher (CAVENAGHI; ALVES, 2019).

Outra falha foi a impossibilidade de se avaliar o Método da Amenorreia Lactacional (LAM) como MC na PNS, pois essa não era uma opção de método contraceptivo disponível no inquérito e não foi possível identificar as mulheres amenorreicas em aleitamento materno exclusivo.

Por último, não foi possível saber qual a composição das pílulas na PNS e dos métodos injetáveis e a classe do DIU em ambos os inquéritos.

Essas limitações dos questionários poderiam ser consideradas para se avançar em próximos inquéritos nacionais que incluam o tema do PR, pois indubitavelmente são essenciais à elaboração de novos inquéritos para traçar um perfil das mulheres em idade fértil, caracterizando a transição da fecundidade, especialmente a partir de aspectos relacionados a ela, tais como uso e padrão de contracepção para avaliar as necessidades da população e alinhar essas necessidades às leis e políticas públicas.

8 CONCLUSÃO

Pela primeira vez estimou-se a prevalência de brasileiras no pós-parto utilizando métodos contraceptivos com base em inquéritos nacionais. A interpretação dos resultados encontrados evidencia que mesmo diante da manutenção das altas prevalências de uso de métodos modernos no país, a acessibilidade aos métodos contraceptivos pelas mulheres no período de até 2 anos do término da gestação continua comprometida e deficitária, ora pelo aumento do não uso de MC pelas mulheres no período de 7 a 24 meses de pós-parto; ora pelo baixo acesso ao DIU, método de longa duração comprovadamente seguro para o período pós-parto; ora pela manutenção da baixa prevalência de acesso a informações sobre Planejamento Reprodutivo.

Apesar do aumento da contracepção em mulheres com até seis meses de pós-parto, persistem desigualdades regionais no acesso a contracepção e baixa prevalência de uso de todo o cardápio de métodos contraceptivos ofertado pelo SUS, mostrando a manutenção de falhas da assistência integral, dos meios para regular a fecundidade e que políticas públicas ainda não conseguem garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população mais alijada. Além disso, após 6 meses do término da gestação parece haver uma descontinuidade importante de uso de métodos que poderia justificar a alta taxa de gravidez indesejada no país.

Diante do exposto, torna-se necessário expandir a acessibilidade de todo o cardápio contraceptivo ofertado pelo SUS para as brasileiras no período pós-parto. A capacitação e qualificação de múltiplos profissionais de saúde para a inserção de contraceptivos de alta eficácia e longa duração aumentaria as possibilidades das mulheres de obterem métodos contraceptivos seguros e poderia ser a chave para a redução das gestações não planejadas no país. Assim, necessitamos fortalecer e garantir a atuação direta dos enfermeiros no aconselhamento, no acompanhamento, na oferta dos métodos contraceptivos de forma contínua e integrada, além da sua essencial atuação para inserção dos LARC, principalmente para as mulheres pós-parto.

REFERENCIAS

- ABDEL, D.; PIO, M.; CAPEL, S. Os significados do cuidado na gestação. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 74–81, 2015.
- AHMED, S. *et al.* Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. **The Lancet**, v. 380, n. 9837, p. 111–125, 14 jul. 2012.
- AHMED, S. *et al.* The Effect of Integrating Family Planning with a Maternal and Newborn Health Program on Postpartum Contraceptive Use and Optimal Birth Spacing in Rural Bangladesh. **Studies in Family Planning**, v. 46, n. 3, p. 297–312, 2015.
- ALKEMA, L. *et al.* National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **The Lancet**, v. 381, n. 9878, p. 1642–1652, 2013.
- ALVES, J. E. D. **Escola Nacional de Ciências Estatísticas número 21: As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina E no Brasil**. 21. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].
- ANDRADE, R. D. *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 181–186, 2015.
- ANJOS, K. F. *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 504–515, set. 2013.
- BAHAMONDES, L. A escolha do método contraceptivo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 5, p. 267–270, 2006.
- BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227–4238, nov. 2019.
- BARROS, A. J. D. *et al.* Estimating family planning coverage from contraceptive prevalence using national household surveys. **Global Health Action**, v. 8, n. 1, p. 29735, 9 dez. 2015.
- BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 685–693, ago. 2012.
- BERQUÓ, E.; LIMA, L. P. DE. Planejamento da fecundidade: Gravidezes não-desejadas – PNDS 1996 e 2006. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). **Pesquisa Nacional de Demog e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. 1. ed. Brasília: Misnistério da Saúde, 2009. p. 135–143.
- BHADRA, B. *et al.* The impact of using nurses to perform postpartum intrauterine device insertions in Kalyani Hospital, India. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 143, n. S1, p. 33–37, 18 set. 2018.

BIBI, S. *et al.* Postpartum contraception utilization and its impact on inter pregnancy interval among mothers accessing maternity services in the public sector hospital of Hyderabad Sindh. **Pakistan journal of medical sciences**, v. 35, n. 6, p. 1482–1487, 5 out. 2019.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 108, 27 dez. 2017.

BORDA, M. R.; WINFREY, W.; MCKAIG, C. Return to sexual activity and modern family planning use in the extended postpartum period: an analysis of findings from seventeen countries. **African journal of reproductive health**, v. 14, n. 4 Spec no., p. 72–9, dez. 2010.

BORGES, A. L. V.; DOS SANTOS, O. A.; FUJIMORI, E. Concordance between intention to use and current use of contraceptives among six-month postpartum women in Brazil: The role of unplanned pregnancy. **Midwifery**, v. 56, p. 94–101, jan. 2018.

BRASIL. **LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996**. Brasil, 1996. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1585CB40CB70F16A655332E4B7D84995.proposicoesWeb1?codteor=490199&filename=LegislacaoCitada+-PL+1686/2007>

BRASIL. **PORTARIA Nº 48, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999**, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html>

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. 1. ed. Brasília: [s.n.].

BRASIL. Eixos de Intervenção: Diretrizes, Medidas e Metas Prioritárias. In: **Mais saúde: direito de todos : 2008**. Brasília: [s.n.]. p. 9–15.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. Brasília: 2009a.

BRASIL. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO. In: **Guia de**

vigilância epidemiológica do óbito materno. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. p. 9.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.** Brasília. Diário Oficial da União: 2011.

BRASIL. **SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.** 1ª ed. Brasília: 2013, 2013a.

BRASIL. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2013-2015.** 1. ed. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b.

BRASIL. **Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** 2ª ed. Brasília: [s.n.].

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde: 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: [s.n.].

BRASIL. **Rede Cegonha.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/823-assuntos/saude-para-voce/40798-rede-cegonha>>. Acesso em: 3 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.417, de 20 de junho de 2018. Transfere a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher da Secretaria de Governo da Presidência da República para o Ministério dos Direitos Humanos** Brasília Diário Oficial da União, 2018a.

BRASIL. **Produção Ambulatorial do SUS no Brasil: Qtd.aprovada por Grupo procedimento segundo Profissional-CBO.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>>.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV / Aids | 2019.** Ministério da Saúde. Brasília: 2019.

BRASIL. **Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAS/MS.** Brasília. Diário Oficial da União: 2019c.

BRASIL, M. DA S. **MANUAL TÉCNICO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE – DIU COM COBRE T Cu 380 A.** p. 67, 2018b.

CANELAS, S. *et al.* A PUÉRPERA INTERNADA FRENTE À PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ: POSSIBILIDADES E LIMITES DA ENFERMAGEM. **Rev. enferm. UFPE on**

line, v. 10, n. 4, p. 3560–3566, 2016.

CARVALHO, A. A. DE. Demand for contraception in Brazil in 2006: Contribution to the implementation of fertility preferences. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3879–3888, 2019a.

CARVALHO, A. A. DE. Demanda por contracepção no Brasil em 2006: contribuição para a implementação das preferências de fecundidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3879–3888, out. 2019b.

CASTADOT, R. G. *et al.* The international postpartum family planning program: eight years of experience. **Reports on population/family planning**, n. 18, p. 1–53, nov. 1975.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, jul. 2019.

CAVENAGHI; ALVES. O eterno método contraceptivo antiquado mistura no Brasil e seu legado. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 36, e0103, 2019.

CECATTI, J. G. *et al.* The associations between inter-pregnancy interval and maternal and neonatal outcomes in Brazil. **Maternal and Child Health Journal**, v. 12, n. 2, p. 275–281, mar. 2008.

COFEN. **CNS recomenda revogação de nota técnica que suspende inserção do DIU.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cns-recomenda-que-ms-revogue-nota-tecnica-que-impede-que-enfermeiros-insiram-diu_76976.html>. Acesso em: 5 fev. 2020.

CONDE-AGUDELO, A. *et al.* Effects of Birth Spacing on Maternal, Perinatal, Infant, and Child Health: A Systematic Review of Causal Mechanisms. **Stud Fam Plann**, v. 43, p. 93, 2012.

CONDE-AGUDELO, A.; ROSAS-BERMÚDEZ, A.; KAFURY-GOETA, A. C. Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes. **JAMA**, v. 295, n. 15, p. 1809, 19 abr. 2006.

CONDE-AGUDELO, A.; ROSAS-BERMÚDEZ, A.; KAFURY-GOETA, A. C. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 196, n. 4, p. 297–308, 1 abr. 2007.

CORRÊA, D. A. S. *et al.* Factors associated with the contraindicated use of oral contraceptives in Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 51, 2017.

- DAMACENA, G. N. *et al.* O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 197–206, jun. 2015.
- DIAS, T. M. *et al.* A pílula da oportunidade: discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em A Gazeta da Farmácia, 1960-1981. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 3, p. 725–742, set. 2018.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.
- DO, M.; HOTCHKISS, D. Relationships between antenatal and postnatal care and post-partum modern contraceptive use: Evidence from population surveys in Kenya and Zambia. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 6, 4 dez. 2013.
- EWERLING, F. *et al.* Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 42, 6 dez. 2018.
- FARIAS, M. R. *et al.* Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 2016.
- FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. suppl 1, 2018.
- FESTIN, M. P. R. *et al.* Moving towards the goals of FP2020 — classifying contraceptives. **Contraception**, v. 94, n. 4, p. 289–294, out. 2016.
- FLEMINGLOW, K. *et al.* Inclusion of intrauterine device insertion to registered nurses' scope of clinical practice. **Collegian**, v. 26, p. 28–32, 2019.
- GEMMILL, A.; LINDBERG, L. D. Short Interpregnancy Intervals in the United States. **Obstetrics & Gynecology**, v. 122, n. 1, p. 64–71, jul. 2013.
- GONÇALVES, C. D. S. *et al.* Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 19, n. 1, p. 63–70, 1 jan. 2019.
- GONZAGA, V. A. S. *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de**

Enfermagem da USP, v. 51, p. 51:e03270, 18 dez. 2017.

HANLEY, G. E. *et al.* Interpregnancy interval and adverse pregnancy outcomes an analysis of successive pregnancies. **Obstetrics and Gynecology**, v. 129, n. 3, p. 408–415, 2017.

HIP. **Planejamento Familiar no Pós-Parto Imediato: Um componente-chave da assistência ao parto**. Baltimore Family Planning High Impact Practices, 2017.

HOFFMAN, B. L. *et al.* Lactação. In: **Ginecologia de Williams**. 2ª ed. Dallas: 2014, 2014. p. 134–135.

BGE. IBGE | **Brasil em síntese | população | taxas de fecundidade**.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Agenda 2030**. Brasília: [s.n.].

KUMAR, S. *et al.* Women's experience with postpartum intrauterine contraceptive device use in India. **Reproductive Health**, v. 11, n. 1, p. 32, 23 dez. 2014.

LAGO, T. D. G. DO; LIMA, L. P. DE. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. Brasília: [s.n.]. p. 151–170.

LOPEZ, L. M. *et al.* Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. In: LOPEZ, L. M. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

LOPEZ, L. M. *et al.* Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 26 jun. 2015a.

LOPEZ, L. M. *et al.* **Education for contraceptive use by women after childbirth Cochrane Database of Systematic Reviews**, 29 jul. 2015b. Disponível em:

<<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001863.pub4>>. Acesso em: 14 maio. 2018

LUCENA, D. B. DE A. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 2017–0068, 2 ago. 2018.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.

Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. suppl 2, 2 out. 2017.

MAJOR, C. A. *et al.* Recurrence of gestational diabetes: Who is at risk? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 179, n. 4, p. 1038–1042, 1 out. 1998.

MARTINS, R. Do Cairo à Nairóbi: 25 anos da agenda de população e desenvolvimento no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, p. 1–9, 3 dez. 2019.

MAURI, P. A.; SQUILLACE, F. The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 22, n. 3, p. 227–232, 4 maio 2017.

MOORE, Z. *et al.* Missed opportunities for family planning: An analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. **Contraception**, 2015.

MORHE, E. S. K. *et al.* Postpartum contraceptive choices among women attending a well-baby clinic in Ghana. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 138, n. 2, p. 219–224, ago. 2017.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. DA; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961–970, abr. 2007.

NATIONS UNITED. **Methods for Estimating and Projecting Key Family Planning Indicators Among All Women of Reproductive Age**. 2. ed. New York: [s.n.].

NUCCI, M. La píldora anticonceptiva, ¿una droga de “estilo de vida”? : Ensayo sobre el proceso actual de medicalización de la sexualidad. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 10, p. 124–139, abr. 2012.

OLIVEIRA, M. DE *et al.* USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E FATORES RELACIONADOS AO PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ ENTRE PUÉRPERAS. **Rev. enferm. UFSM**, v. 6, n. 3, p. 424–433, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferências Mundiais da Mulher**. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. Genebra: [s.n.].

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Glossário de termos do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas**. Brasília: ONU BR, 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, mar. 2014.

PASHA, O. *et al.* Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. **Reproductive Health**, v. 12, n. 2, 2015.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006- Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. 1. ed. Brasília: Misnistério da Saúde, 2009. p. 87–101.

PRADO, D. S.; SANTOS, D. L. Contracepção em usuárias dos setores público e privado de saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, p. 143–149, 2011.

RACCAH-TEBEKA, B.; PLU-BUREAU, G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction**, v. 44, n. 10, p. 1127–1134, dez. 2015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES**. 2. ed. Brasília: [s.n.].

RUTSTEIN, S. O.; ROJAS, G. Guide to DHS statistics. **Calverton, MD: ORC Macro**, n. September, p. 1–161, 2006.

SANTOS, K. S. DA S. *et al.* A EXPERIÊNCIA DE MULHERES NO PÓS-PARTO SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 177, 4 mar. 2019.

SCHUMMERS, L. *et al.* Association of Short Interpregnancy Interval With Pregnancy Outcomes According to Maternal Age. **JAMA Internal Medicine**, 29 out. 2018.

SERFATY, D. *et al.* Consensus of best practice in intrauterine contraception in France. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 24, n. 4, p. 305–313, 4 jul. 2019.

SINGH, S. *et al.* The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. In: **Adding It Up**. New York: [s.n.]. p. 21–26.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. DE *et al.* Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 207–216, 2015.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa nacional de saúde no Brasil: Concepção e metodologia de aplicação. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333–342, 2014.

TEAL, S. B.; SHEEDER, J. Balancing the Risks and Desires for Pregnancy in Older Mothers Increasing Morbidity, Declining Fertility. **JAMA Internal Medicine**, p. 1–2, 2018.

TESSEMA, G. A. *et al.* Association between skilled maternal healthcare and postpartum contraceptive use in Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 172, 16 dez. 2018.

TRINDADE, R. E. *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Cien Saude Colet [periódico na internet]**, 2019.

UNFPA. **ESCOLHA DIREITOS REPRODUTIVOS E A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA**. Moçambique: 2018.

UNFPA. **FECUNDIDADE E DINÂMICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA**. Brasília: 2018.

UNITED NATIONS. **The Universal Declaration of Human Rights 1948**. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>.

UNITED NATIONS. **World Family Planning 2017-Highlights**. New York: the United Nations Copyright, 2017.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. TEXTO INTEGRAL DO RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. In: **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento-Plataforma de Cairo, 1994**. Brasília: 1994. p. 5–10.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Family planning | UNFPA - United Nations Population Fund**. Disponível em: <<https://www.unfpa.org/family-planning>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.

suppl 1, p. S85–S100, ago. 2014.

WEST, B. T.; BERGLUND, P.; HEERINGA, S. G. A closer examination of subpopulation analysis of complex-sample survey data. **Stata Journal**, v. 8, n. 4, p. 520–531, 2008.

WHO. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. **World Health Organisation**, p. 1–98, 2012.

WHO. **Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice Third Edition**. Third Edit ed. Geneva: 2015a.

WHO. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 2015b.

WHO. **Programming strategies for Postpartum Family Planning**. Geneva: 2016. WHO.

Selected practice recommendations for contraceptive use. 3. ed. Geneva: 2015c.

ZIVICH, P. N. *et al.* Effect of Family Planning Counseling After Delivery on Contraceptive Use at 24 Weeks Postpartum in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. **Maternal and Child Health Journal**, v. 23, n. 4, p. 530–537, 2019.

ANEXOS

Tabela 7- Prevalência do padrão de contracepção segundo o tempo de término da gestação da última gestação. Brasil- 2006 e 2013.

Tempo de término da gestação (em meses)	PNDS-2006								PNS-2013									
	0 a 6				7 a 24				*Valor-p	0 a 6				7 a 24				*Valor-p
	%	IC (95%)			%	IC (95%)				%	IC (95%)			%	IC (95%)			
Utiliza métodos contraceptivos																		
Não	28,7	19,1	26,2	10,3	38,9	61,8	<0,001	11,1	8,3	14,6	21,1	16,4	26,7	<0,001				
Sim	71,4	63,7	77,9	89,7	38,2	61,1		88,9	85,4	91,7	78,9	73,3	83,6					
Padrão Contraceptivo																		
Não utiliza	28,7	22,1	36,3	10,3	7,3	14,2	<0,001	11,1	8,3	14,6	21,1	16,4	26,7	0,476				
Métodos tradicionais	3,3	1,0	10,4	1,7	1,0	2,7		1,6	0,5	4,8	1,3	0,4	4,4					
Métodos modernos	66,7	59,2	73,4	86,4	82,3	89,0		80,9	76,3	84,8	72,7	67,0	77,8					
Métodos incoerentes ou incompatíveis	1,4	0,3	5,5	1,7	0,7	3,7		6,5	4,3	9,7	4,9	3,1	7,7					
Ranking de métodos modernos																		
Métodos Modernos e permanentes	18,5	13	25,7	15,6	12,1	19,8	0,02	13,9	10,5	18,3	11,7	8,6	15,6	0,02				
Pílulas	40,4	31,5	49,9	45,4	40,4	50,6		45,8	40,4	51,3	38,4	31,9	45,3					
Camisinhas	25,8	18,6	34,7	22,1	18,1	26,7		15,6	12,6	19,2	24,1	17,7	32					
Injetáveis	12,5	6,9	21,4	11,2	7,8	15,8		13,7	10,2	18,0	11,1	7,5	16,1					
Creme/ovulo ou diafragma	0,1	0,09	0,4	0,2	0,02	0,8		0,4	0,2	1,3	0,4	0,1	1,0					
Métodos Modernos de ação prolongada	0,3	0,1	2,3	2,4	1,3	4,4		2,1	1,1	4,3	0,9	0,4	2,1					
Dupla proteção	2,4	1,3	4,5	3,1	1,9	5,1		8,4	6,3	11,2	13,5	9,5	18,8					

Nota: Teste de qui-quadrado de Pearson