**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

OSMARA ALVES DOS SANTOS

**PADRÕES E DETERMINANTES DAS DESCONTINUIDADES
CONTRACEPTIVAS NO USO DE PÍLULA ORAL, HORMONAL
INJETÁVEL E PRESERVATIVO MASCULINO**

**SÃO PAULO
2018**

OSMARA ALVES DOS SANTOS

**PADRÕES E DETERMINANTES DAS DESCONTINUIDADES
CONTRACEPTIVAS NO USO DE PÍLULA ORAL, HORMONAL
INJETÁVEL E PRESERVATIVO MASCULINO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2018

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Santos, Osmara Alves dos

Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas
no uso de pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino /
Osmara Alves dos Santos. São Paulo, 2018.
270 p.

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges

Supervisora do doutorado sanduíche: Prof.^a Dr.^a Angel M. Foster

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Anticoncepção. 2. Planejamento familiar. 3. Saúde
reprodutiva. 4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Osmara Alves Dos Santos

Título: Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas no uso de pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em: __/__/__

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter guiado meus passos em mais uma etapa na minha vida.

À minha orientadora, Ana Luiza, agradeço imensamente a amizade, o apoio, o incentivo e os ensinamentos, que contribuíram para meu crescimento no campo acadêmico e pessoal. Seu profissionalismo e seriedade para com o ensino e a pesquisa me inspiraram a querer continuar minha carreira profissional como educadora e pesquisadora. Ainda, sua dedicação aos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva, em especial a contracepção, me incentivou a me apaixonar ainda mais por esse campo do conhecimento.

À minha orientadora do doutorado sanduíche, Angel M. Foster, agradeço por ter me recebido com cordialidade e profissionalismo na University of Ottawa. Seu vasto conhecimento na área da saúde sexual e reprodutiva e a paixão com que trabalha, me inspirou a continuar trabalhando e pesquisando nessa área do conhecimento para que as mulheres e casal tenham seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados.

Agradeço também aos demais pesquisadores do grupo de pesquisa de Dr.^a Angel, pelo caloroso acolhimento no grupo de pesquisa e na University of Ottawa, que contribuiu para minha adaptação no Canadá.

As Prof.^{as} Dr.^{as} Christiane Chofakian, Regina Figueiredo, Mariana Mendes e Maria Osis pelas valiosas contribuições apresentadas na Banca de defesa da tese.

Às mulheres que cordialmente aceitaram participar do estudo e dividir conosco suas experiências sobre o uso de métodos contraceptivos, com as quais vivi momentos intensos de aprendizagem.

À Prof.^a Dr.^a Elizabeth Fujimori pelo carinho, pelo apoio, pela amizade e pelos valiosos ensinamentos na disciplina de pós-graduação, no grupo de pesquisa, no Exame de Qualificação e na banca de defesa que colaboraram para a melhora deste projeto.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Luiza Akiko Komura Hoga, Escolástica Moura e Cristiane da Silva Cabral pelas contribuições e observações pertinentes apresentadas por ocasião no Exame de Qualificação.

Às Prof.^{as} Dr.^{as} Regina Figueiredo e Katia Pirotta pelas contribuições para meu crescimento profissional durante minha trajetória no Mestrado e Doutorado.

À Francisco Alves, por ter me compreendido e me apoiado no decorrer de todo meu percurso e por todo amor e carinho. Essa conquista não poderia ter sido alcançada sem sua ajuda e incentivo.

À minha mãe, pelos bons conselhos, apoio e amor incondicional. Sempre me incentivou a estudar e a buscar minha felicidade. Com quem aprendi que minhas conquistas devem vir sempre acompanhadas de honestidade, dedicação e amor.

À memória do meu pai, acredito que onde estiver acompanhou e guiou cada um dos meus passos no alcance dessa conquista.

Aos meus familiares, sobretudo aos meus irmãos, irmãs e sobrinhos.

Agradeço à Aparecida, Maria José, Maria Alves, Meiri, Ricardo, Alice, Rafael, Lucas, Donizete, Silvia e Livia a companhia, o apoio e o carinho a mim dispensados.

Agradeço em especial a Eduardo Viana, pelo carinho e apoio incondicional nesses últimos meses de conclusão da tese. Obrigada pela ajuda com as tabelas e com os textos em inglês.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio financeiro e institucional concedido na forma de bolsa de doutorado e bolsa de doutorado sanduíche.

A todos do Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva (Nepesc) pelas sugestões apresentadas para a melhoria do projeto e pelos inúmeros momentos de importante aprendizado compartilhado durante as reuniões.

Às minhas amigas, Christiane, Samara, Luciene, Claudia, Danila, Renata, Patrícia Lima, Patrícia Santa Rosa, Sayuri, Franci Pena, Rosely, Clariane e ao meu amigo Daniel, Dilson, Vinicius, José Pena agradeço particularmente pelo carinho, incentivo e por tornarem os dias na EEUSP e na cidade de São Paulo tão gratificantes e mais leves.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde agradeço pela rica troca de experiência e por facilitarem a coleta de dados.

À bibliotecária Juliana e à especialista em informática do Departamento de Saúde Coletiva, Evellyn, pelas valiosas dicas e ensinamentos.

A todos os professores da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que contribuíram para melhorar meus conhecimentos sobre pesquisa e pela colaboração na melhora do projeto de pesquisa, em especial às Prof.^{as} Dr.^{as} Sayuri Tanaka Maeda, Cassia Baldini Soares, Maria do Rosário Latorre, e a Áurea T. M. Toriyama.

Às secretárias do Departamento de Saúde Coletiva e da Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP por sempre me atenderem cordialmente e de maneira tão resolutiva.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, sempre muito atenciosos, gentis e resolutivos.

À todos que não estão citados aqui, mas de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

Knowledge can take you as high as you want to go if you put it into action. When Benjamin Franklin said, "An investment in knowledge pays the best interest", he didn't just mean you should hoard it and do nothing with it. You have to use it.

Osmara AS. Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas no uso de pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2018.

RESUMO

Introdução: O uso de métodos anticoncepcionais modernos pela maior parte das mulheres brasileiras não diminuiu, conforme esperado, assim como a ocorrência de gestações não desejadas, abortamentos e, conseqüentemente, mortes maternas, o que revela uso com perfil irregular e descontínuo. No Brasil, há pouca informação sobre os padrões e os determinantes da ocorrência dessas discontinuidades contraceptivas. Devido às inconsistências no uso de métodos serem relativamente comuns, é necessário mensurar o quanto as mulheres interrompem seu uso a despeito de não desejarem engravidar e/ou os alternam inúmeras vezes, nem sempre com opção por um método mais eficaz. **Objetivo:** Analisar os padrões e os determinantes das discontinuidades contraceptivas no uso da pílula oral, do hormonal injetável e do preservativo masculino. **Método:** Estudo longitudinal retrospectivo, conduzido com amostra probabilística de 1 551 mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de 57 Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo/SP (2015) e Aracaju/SE (2016). Os dados foram coletados por entrevista face a face usando o calendário contraceptivo. No Stata 14.2, as análises das taxas de discontinuidade contraceptiva no período de doze meses foram realizadas pelo método de Kaplan-Meier e dos fatores associados por meio dos Modelos de Riscos Proporcionais de Cox, ambos para discontinuidade total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz. **Resultados:** A taxa de discontinuidade total no uso de métodos foi 41,9% aos doze meses, sendo maior entre usuárias do preservativo masculino (48,1%), seguida de hormonal injetável (39,0%) e pílula oral (38,6%). Entre as usuárias de pílula oral, a taxa de abandono foi a maior; entre as usuárias do hormonal injetável, foi a troca para um método menos eficaz; e, entre as usuárias do preservativo masculino, foi a troca para um método mais eficaz. Os aspectos associados às discontinuidades variam segundo o tipo de método. A discontinuidade no uso da pílula oral foi associada à idade (18-24 anos), vivência de abortamento, incerteza quanto à intenção reprodutiva e aos efeitos colaterais/preocupação com a saúde. A discontinuidade no uso do hormonal injetável foi associada ao maior número de parceiros sexuais, à vivência de abortamento e aos efeitos colaterais/preocupação com a saúde. A discontinuidade no uso do preservativo masculino foi associada à idade (25-34 e 35-49 anos), à união conjugal, ao menor poder aquisitivo (classe econômica D/E) e ao maior número de filhos vivos. **Conclusões:** Foram observadas altas taxas de discontinuidades no uso de métodos contraceptivos, que variaram conforme o tipo de método. Chama a atenção o papel dos efeitos colaterais na determinação da ocorrência de discontinuidade no uso dos métodos hormonais. Por sua vez, a troca por método mais eficaz foi pouco frequente, com exceção das usuárias de preservativo masculino. Sugere-se ampliar o acesso aos métodos contraceptivos mais eficazes e de longa duração e melhorar a assistência em contracepção nos serviços do Sistema Único de Saúde, de forma a contemplar as necessidades de saúde das mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Anticoncepção. Comportamento contraceptivo. Planejamento Familiar. Saúde sexual e reprodutiva. Enfermagem.

Osmara AS. Patterns and determinants of contraceptive discontinuations in the use of oral pill, hormonal injections and condoms [Thesis]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Use of modern contraceptive methods by the majority of Brazilian women did not reduce the occurrence of unintended pregnancies, abortions or maternal deaths as expected, which means that it might be an irregular and discontinuous use. In Brazil, there is a little information on the patterns and determinants of the occurrence of these contraceptive discontinuations. Because inconsistencies in the use of methods are relatively common, it is necessary to measure how much women discontinue their use despite they are willing to get pregnant and/or switching them countless times, not always with the option of a more efficient method. **Objective:** Our purpose is to investigate patterns and determinants of contraceptive discontinuations in the use of oral pill, hormonal injection and condom. **Method:** We conducted a retrospective longitudinal study with probabilistic sample of 1,551 women among 18-49 year old who are primary users of 57 health care facilities, both in Sao Paulo (2015) city and Aracaju city (2016). Data were collected by face-to-face interview in line with contraceptive calendar. In *Stata* 14.2 analyzes of 12-month contraceptive discontinuation rates were performed using the Kaplan-Meier Survival Estimates method and associated factors using the Cox Proportional Hazards Models, both for total discontinuation, abandonment, and switching to a less efficient method and switching to more efficient method. **Results:** The discontinuation rate in the use of methods was 41.9% at 12 months, being higher among male condom users (48.1%), followed by hormonal injection (39.0%) and oral pill (38.6%). Among oral pill users, the abandon rate was the highest; among users of hormonal injections, was the switching to a less efficient method; and among male condom users, it was the switching to a more efficient method. The aspects associated to the discontinuations varied according to the type of method. Discontinuation of oral pill users was associated with age (18-24 years old), experience of abortion, uncertainty about reproductive intention and side effects/health concern. Discontinuation in the use of hormonal injections was associated with a greater number of sexual partners, the experience of abortion, and the side effects/health concern. Discontinuation of condom users was associated with age (25-34 and 35-49 years old), marital union, lower income and the highest number of live children. **Conclusion:** High discontinuation rates were observed in the use of contraceptive methods, which varied according to the type of method. The role of side effects/health concern in determining the occurrence of discontinuation in the use of hormonal methods is noteworthy. On the other hand, switching to more efficient method was infrequent, except for the male condoms users. It is suggested to amplify access to the more effective methods as well as long active also improving care in contraception in the all health care facilities services, in order to take into account both women health needs and their sexual and reproductive rights.

Key-words: Contraception. Contraceptive Behavior. Family Planning. Sexual and Reproductive Health. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas das mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde, São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	99
Tabela 2 -	Características reprodutivas das mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde, São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	101
Tabela 3 -	Uso da pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável segundo as características sociodemográficas e reprodutivas, por capital, das mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde, São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	104
Tabela 4 -	Probabilidades acumuladas de descontinuação de métodos anticoncepcionais nos primeiros, três, seis e doze meses de uso, por tipo de método contraceptivo, entre mulheres em geral e as com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	111
Tabela 5 -	Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais nos primeiros três, seis e doze meses de uso, por tipo de método contraceptivo, entre mulheres com e sem necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	114
Tabela 6 -	Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais para um método menos eficaz nos primeiros, três, seis e doze meses de uso, por tipo de método contraceptivo, entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	119
Tabela 7 -	Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais para um mais eficaz nos primeiros, três, seis e doze meses de uso por tipo de método contraceptivo entre mulheres com e sem necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	122
Tabela 8 -	Distribuição das razões para descontinuar a pílula anticoncepcional oral, o preservativo masculino e o hormonal injetável segundo os tipos de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres no geral. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	126
Tabela 9 -	Distribuição das razões para descontinuar a pílula anticoncepcional oral, o preservativo masculino e o hormonal injetável segundo os tipos de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	127
Tabela 10 -	Taxa de descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre mulheres em geral, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	129

Tabela 11 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres em geral, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	132
Tabela 12 - Taxa de descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	135
Tabela 13 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	138
Tabela 14 - Taxa de descontinuidade no uso do preservativo masculino por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres em geral, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	139
Tabela 15 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres em geral, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	141
Tabela 16 - Taxa de descontinuidade no uso do preservativo masculino por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	143
Tabela 17 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	146
Tabela 18 - Taxa de descontinuidade no uso do hormonal injetável por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres em geral, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	148
Tabela 19 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres em geral, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	151
Tabela 20 - Taxa de descontinuidade no uso do hormonal injetável por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	153

Tabela 21 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	156
Tabela 22 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso da pílula anticoncepcional, de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres em geral. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.	253
Tabela 23 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso da pílula anticoncepcional de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.....	256
Tabela 24 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do preservativo masculino de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres em geral. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.	259
Tabela 25 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do preservativo masculino de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.....	262
Tabela 26 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do hormonal injetável de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres em geral. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.	265
Tabela 27 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do hormonal injetável de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.....	268

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Padrões de descontinuidades adaptados de Bradley, Schwandt e Khan (2009).	48
Figura 2 -	Distribuição das Coordenadorias Municipais de Saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2015.....	70
Figura 3 -	Mapa da cidade de Aracaju com distribuição das oito regiões de saúde	71
Figura 4 -	Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde constam as UBS inicialmente sorteadas e, em rosa, constam aquelas que compuseram o quadro reserva). São Paulo, 2015.....	76
Figura 5 -	Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde, constam as UBS inicialmente sorteadas e, em vermelho, constam as que compuseram o quadro reserva). Aracaju, 2016.....	78
Figura 6 -	Distribuição dos episódios de uso dos métodos contraceptivos coletados ao longo do calendário contraceptivo. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	92
Figura 7 -	Número de episódios de uso dos métodos contraceptivos durante o calendário contraceptivo. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.	108
Figura 8 -	Número de episódios de descontinuidade dos métodos anticoncepcionais em doze meses de uso, de acordo ao tipo de descontinuidade e tipo de método contraceptivo. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. *Doze episódios dos métodos anticoncepção de emergência e lactação com amenorreia não foram incluídos na descontinuidade do tipo troca.	109
Figura 9 -	Probabilidades acumuladas de descontinuação de métodos anticoncepcionais entre mulheres em geral, por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.	112
Figura 10 -	Probabilidades acumuladas de descontinuação de métodos anticoncepcionais entre as mulheres com necessidade de contracepção, por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.....	112
Figura 11 -	Probabilidades acumuladas de descontinuação dos métodos anticoncepcionais entre mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.	113
Figura 12 -	Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais entre mulheres em geral por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank	115

- Figura 13 -** Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais entre as mulheres com necessidade de contracepção por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank..... 116
- Figura 14 -** Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank. 117
- Figura 15 –** Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais por um menos eficaz entre as mulheres em geral por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank. 120
- Figura 16 -** Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais por um menos eficaz entre as mulheres com necessidade de contracepção por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank..... 120
- Figura 17-** Probabilidades acumuladas de trocar para um método menos eficaz entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank. 121
- Figura 18 -** Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais por um mais eficaz entre as mulheres em geral e as mulheres com necessidade de contracepção por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.. 123
- Figura 19 -** Probabilidades acumuladas de trocar para um método mais eficaz entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank. 123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo sorteadas para realização da coleta de dados. 2015.	73
Quadro 2 -	Unidades Básicas de Saúde da cidade de Aracaju sorteadas para realização da coleta de dados. 2016.	77
Quadro 3 -	Distribuição das trocas para método menos eficaz e para método mais eficaz segundo ao tipo de método contraceptivo entre as mulheres em geral. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.....	124
Quadro 4 -	Síntese das variáveis associadas a descontinuar o uso do método entre as mulheres com necessidade de contracepção.....	184

LISTA DE SIGLAS

CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSPro	Census and Survey Processing System
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositivo Intrauterino
EACS	Estratégia Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
LARC	Método Reversível de longa duração
MAC	Métodos Anticonceptivos
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
STS	Supervisões Técnicas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USAID	United States Agency for International Development

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	41
1 INTRODUÇÃO	45
1.1 DESCONTINUIDADES CONTRACEPTIVAS	47
1.1.1 Descontinuidades contraceptivas no uso da pílula oral	50
1.1.2 Descontinuidades contraceptivas no uso do hormonal injetável.....	51
1.1.3 Descontinuidades contraceptivas no uso do preservativo masculino	52
2 PROBLEMA DE PESQUISA	57
3 HIPÓTESES.....	61
4 OBJETIVOS.....	65
4.1 OBJETIVOS GERAIS.....	65
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
5 MATERIAIS E MÉTODOS	69
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	69
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	69
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	71
5.4 TAMANHO DA AMOSTRA.....	72
5.5 PLANO AMOSTRAL.....	73
5.6 INSTRUMENTOS.....	80
5.7 COLETA DE DADOS	83
5.7.1 Contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde	83
5.7.2 Contato com os gerentes das UBS	83
5.7.3 Processo de coleta de dados	84
5.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	86
5.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	95
6 RESULTADOS	99
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DAS MULHERES ENTREVISTADAS.....	99
6.1.1 Características sociodemográficas.....	99
6.1.2 História reprodutiva	100
6.2 USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	102
6.3 DESCONTINUIDADES NO USO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	107

6.3.1	Taxas de descontinuidade no uso de métodos contraceptivos.....	110
6.3.3	Taxa de descontinuidade no uso de métodos contraceptivos: abandono....	114
6.3.4	Taxa de descontinuidade no uso de método contraceptivo: troca por método menos eficaz.....	118
6.3.5	Taxa de descontinuidade no uso de método contraceptivo: troca por método mais eficaz.....	122
6.3.6	Distribuição dos episódios de descontinuidade do tipo troca de acordo ao método usado após a descontinuidade	124
6.3.7	Caracterização das razões para descontinuar o método contraceptivo.....	125
6.4	ASPECTOS ASSOCIADOS À DESCONTINUIDADE NO USO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL, DO PRESERVATIVO MASCULINO E DO HORMONAL INJETÁVEL	128
6.4.1	Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres em geral: análise por Kaplan-Meier	129
6.4.2	Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres em geral: análise múltipla de Cox	131
6.4.3	Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise por Kaplan-Meier.....	134
6.4.4	Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise múltipla de Cox	136
6.4.5	Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres em geral: análise por Kaplan-Meier	139
6.4.6	Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres em geral: análise múltipla de Cox	141
6.4.7	Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise por Kaplan-Meier.....	142
6.4.8	Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise múltipla de Cox	145
6.4.9	Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres em geral: análise por Kaplan-Meier	147
6.4.10	Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres em geral: análise múltipla de Cox.....	149
6.4.11	Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise por Kaplan-Meier	152
6.4.12	Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise múltipla de Cox	155

7 DISCUSSÃO.....	161
7.1 DESCONTINUIDADES NO USO DA PÍLULA ORAL E FATORES ASSOCIADOS.....	166
7.2 DESCONTINUIDADES NO USO DO HORMONAL INJETÁVEL E FATORES ASSOCIADOS.....	171
7.3 DESCONTINUIDADES NO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO E FATORES ASSOCIADOS.....	175
7.4 DIFERENÇAS ENTRE AS MULHERES DE ARACAJU E DE SÃO PAULO	181
7.5 SÍNTESE DO PERFIL DAS DESCONTINUIDADES CONTRACEPTIVAS E DOS ASPECTOS ASSOCIADOS AO USO DA PÍLULA ORAL, HORMONAL INJETÁVEL E PRESERVATIVO MASCULINO ENTRE AS MULHERES COM NECESSIDADE DE CONTRACEPÇÃO	182
7.6 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO	185
8 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	189
9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	193
10 CONCLUSÕES.....	197
REFERÊNCIAS	201
ANEXOS	213
APÊNDICES.....	235

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Em 2007, logo depois de terminar a graduação em enfermagem, fui morar no México, onde trabalhei um ano como voluntária no Hospital da Cruz Vermelha Mexicana. Lá, também fiz uma especialização em Enfermagem Perinatal na Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. A partir da especialização, foi possível me aproximar melhor das questões referentes à saúde sexual e reprodutiva, pois, ao fazer os estágios nas maternidades públicas e nos centros de saúde, percebi que a gravidez não planejada era comum. A partir daí, começaram minhas indagações sobre o que estava faltando para que essas mulheres pudessem ter maior controle sobre sua fecundidade e surgiu o interesse em pesquisar o uso de métodos anticonceptivos (MAC).

Ao fim da especialização, retornei ao Brasil e, ciente dos meus interesses no campo do ensino e pesquisa, em 2010, fiz um curso com duração de um ano sobre princípios de pesquisa clínica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, em 2011, ingressei na Especialização em Educação em Saúde no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo. Ambos contribuíram para aprimorar meus conhecimentos na área da pesquisa e educação.

Em 2011, também ingressei no Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva, com o qual me identifiquei, por se tratar de um grupo de pesquisa que trabalha com a temática de saúde coletiva e saúde sexual e reprodutiva. Após as primeiras conversas com a Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges, em 2012, iniciei o mestrado, com o intuito de desenvolver pesquisa na área de saúde sexual e reprodutiva, e desenvolvi o projeto de dissertação “Razões do não uso da anticoncepção de emergência quando indicada”. Os resultados do estudo revelaram que a principal razão para não se usar a anticoncepção de emergência quando indicada é a não percepção do risco de engravidar. Foi possível perceber também que mais da metade das mulheres do estudo referiam usar algum MAC no mês que engravidaram – e, por falha nesse método, tinham engravidado -, que outras realmente não usavam MAC modernos de forma consistente e outras só usavam métodos naturais, como o coito interrompido ou a tabelinha, considerados menos eficazes.

Logo em seguida da conclusão do mestrado, em fevereiro de 2014, ingressei no doutorado para continuar aprimorando meus conhecimentos no tema da saúde sexual e reprodutiva, integrando o projeto de pesquisa sobre as discontinuidades no uso de MAC.

No primeiro semestre de 2014, em paralelo com os estudos do doutorado, trabalhei como supervisora de escola do Estudo de Riscos Cardiovasculares na Adolescência (ERICA) - nesse período, recebia uma bolsa do CNPq. Também nesse mesmo ano, desenvolvi um projeto de pesquisa sobre o uso de MAC nos seis primeiros meses pós-parto.

Esse projeto é uma extensão do meu projeto de mestrado, em que as gestantes eram entrevistadas por telefone e indagadas sobre o uso de MAC, amamentação e relação sexual nos seis primeiros meses pós-parto. Esse projeto também era coordenado pela Dra. Ana Luiza Vilela Borges e contou com a participação de duas bolsistas de iniciação científica.

Em 2016, recebi uma bolsa de estudo do governo brasileiro para realizar o doutorado sanduíche no exterior. E em 2017, fui trabalhar com a Dra. Angel M. Foster na University of Ottawa no Canadá e com a equipe de pesquisadores do grupo de pesquisa “Women's Health Research” o qual Dra. Angel coordena. Sem dúvida essa experiência contribuiu para aprimorar meus conhecimentos e habilidades na área da pesquisa, em especial nas questões relacionadas ao abortamento, anticoncepção de emergência e necessidades em saúde reprodutiva em população vulnerável.

Durante minha trajetória nas especializações, no mestrado e no doutorado, ficou claro que uma das principais lacunas na atenção e no conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil diz respeito às descontinuidades contraceptivas. A alta prevalência de uso de MAC modernos entre as mulheres brasileiras não diminuiu, conforme esperado, há ocorrência de gestações não desejadas, abortamentos e, conseqüentemente, mortes maternas, o que revela que essa contradição parece ser permeada pelo uso descontínuo dos métodos. Contudo, pouco ou nada se sabe sobre as razões, tampouco os determinantes da ocorrência dessas descontinuidades, o que justifica meu interesse em desenvolver o projeto de pesquisa aqui apresentado.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O Brasil presenciou acentuada queda de sua taxa de fecundidade nas últimas décadas. Em 1960, a taxa total de fecundidade era de 6,3 filhos por mulher e chegou a 1,9 em 2010, abaixo do nível de reposição populacional (IBGE, 2010). Como mostrado por Bongaarts (1982), a variação da fecundidade pode ser explicada por sete determinantes imediatos ou proximais:

- a) a proporção de mulheres casadas entre aquelas em idade reprodutiva;
- b) o uso de MAC;
- c) a prevalência de aborto induzido;
- d) a duração da infecundidade (infertilidade) pós-parto (devido à amamentação e à abstinência sexual pós-parto);
- e) a frequência de relações sexuais;
- f) a prevalência de esterilidade permanente;
- g) a mortalidade intrauterina espontânea.

Vários são os determinantes sociais, econômicos e culturais que explicam o processo de transição da fecundidade no Brasil, mas, em termos de determinantes proximais, é a dinâmica contraceptiva que exerceu papel essencial (Brasil, 2009a).

Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) mostram que a prevalência de uso de MAC entre mulheres brasileiras unidas, de 15 a 49 anos de idade, passou de 66,2%, em 1986, para 76,7%, em 1996, e, em 2006, esse valor atingiu 80,6% (Caetano, 2010). O percentual verificado na PNDS 2006 pode ser considerado alto e é maior que o de países mais desenvolvidos, como Estados Unidos (79%), França (77%), Suécia (75%) e Alemanha (70%) (Population Reference Bureau, 2013).

Não é só a prevalência de uso de MAC que mudou nestes anos, mas também o *mix* contraceptivo. Novamente, a análise das PNDS mostra que, de um lado, diminuiu a opção pela esterilização feminina e houve pequeno acréscimo no uso de MAC hormonais orais e injetáveis. De outro, aumentou o uso dos métodos masculinos, principalmente o preservativo masculino, mas também a vasectomia, embora em menor escala. O uso dos demais MAC modernos, como o dispositivo intrauterino, permaneceu baixo e praticamente inalterado (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1987, 1997; Brasil, 2008). Conhecer a prevalência e os tipos de MAC utilizados em nível populacional é imprescindível para se entender a dinâmica contraceptiva e seu efeito no planejamento reprodutivo, mas não o

suficiente. Para entender plenamente a dinâmica contraceptiva, é preciso conhecer também a forma como os MAC são empregados, pois o uso contínuo pode ter forte influência na prevenção ou na ocorrência de uma gravidez.

Dessa forma, pelo fato de as inconsistências no uso de MAC serem relativamente comuns (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Bradley, Schwandt, Klan, 2009; Moreau et al., 2009; Cleland, Ali, 2010a, 2010b; Peipert et al., 2011; Bengtson et al, 2013; Wellings et al, 2015), estudos têm procurado mensurar o quanto mulheres que usam MAC interrompem seu uso a despeito de não quererem engravidar e/ou alternam os tipos de MAC inúmeras vezes, nem sempre com opção por um método de maior eficácia. As descontinuidades no uso de MAC corroboram a ocorrência de gravidezes não desejadas, que representaram 44% das gestações ocorridas nos cinco anos anteriores à PNDS 2006 (Brasil, 2008) e também a ocorrência de abortamentos induzidos (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Cleland, Ali, 2004; Creanga et al., 2007; Ali, Cleland, 2010b; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014), que resultam em sérias implicações na morbimortalidade materna – por sua restrição legal no Brasil.

A controversa relação entre a alta prevalência no uso de MAC e a ocorrência de gestações não desejadas – tal qual ocorre no Brasil – é igualmente observada em outros países. Na França, uma em cada três gestações não é desejada – e sua ocorrência se dá justamente por conta de trocas constantes de MAC (Moreau, Cleland, Trussel, 2007). O mesmo foi observado por Finer e Henshaw (2006) nos Estados Unidos. Eles verificaram que 49% das gestações naquele país não foram desejadas para aquele momento, sendo que quase metade ocorreu enquanto a mulher usava algum MAC, evidenciando alto índice de falhas. Entre países da América Latina, esse fenômeno não é diferente. Na República Dominicana, apesar de quase metade das gestações não terem sido desejadas, 56% ocorreram enquanto as mulheres usavam algum método, tendo havido alta proporção de descontinuidade (Curtis, Evens, Sambisa, 2011). Desse modo, destaca-se que altas prevalências no uso de MAC não necessariamente se traduzem em uso adequado e consistente.

Tendo em vista a alta proporção de mulheres que usam MAC no país, o foco deste estudo são as que usam ou já usaram MAC, mas interromperam o uso enquanto ainda tinham necessidade de contracepção. Este desfecho é definido como descontinuidade contraceptiva.

1.1 DESCONTINUIDADES CONTRACEPTIVAS

As descontinuidades contraceptivas têm efeito direto na ocorrência de gestações não desejadas e abortamentos (Cleland, Ali, 2004) e sua mensuração pode servir como base de avaliação indireta da qualidade da atenção em contracepção e da própria satisfação das usuárias em relação ao MAC usado (Ali, Cleland, 2010a).

A descontinuidade contraceptiva é definida como um evento que ocorre por falha, alternância e abandono ou interrupção do MAC (Bradley, Schwandt, Khan, 2009). Blanc, Curtis e Croft (2002), por meio de um estudo com dados de 15 países, relataram que a taxa de fecundidade total diminuiria entre 20% e 48% no mundo, caso não houvesse qualquer descontinuidade contraceptiva. Mas as descontinuidades existem: Trussell e Vaughan (1999) estimaram que uma mulher com uso regular de MAC dos 15 aos 45 anos de idade descontinua seu uso cerca de dez vezes; já Bradley, Schwandt e Khan (2009) analisaram dados de oito países em desenvolvimento e verificaram que 67,4% dos métodos utilizados são descontinuados no primeiro ano de uso, principalmente nos primeiros seis meses.

O simples fato de interromper ou abandonar o uso de um MAC não significa que a mulher esteja em vulnerabilidade contraceptiva. Por isso, Bradley, Schwandt e Khan (2009) agruparam as mulheres que descontinuam o uso de MAC em duas categorias (Figura 1): com necessidade de usar MAC e sem necessidade de usar MAC. Estes autores consideraram que as mulheres não tinham necessidade de usar MAC ou, ao menos, tinham necessidade reduzida, quando queriam engravidar; quando tinham relações sexuais não frequentes ou o marido/parceiro estava ausente; quando não tinham parceiro e quando relatavam dificuldades para engravidar ou que estavam na menopausa. As mulheres com necessidade de uso de MAC eram aquelas que ficaram grávidas enquanto usavam algum MAC (desfecho definido como falha); tinham preocupações com a saúde ou com efeitos colaterais advindos do uso de MAC; queriam um MAC mais eficaz ou o MAC era considerado inconveniente; reportavam dificuldades no acesso ao MAC, por conta da distância à unidade de saúde ou do alto custo para sua obtenção; tinham marido/parceiro que se opunha ao uso de MAC; e por outras razões, muito específicas de um país ou filiação religiosa. Estas razões e os tipos de descontinuidades compilados por Bradley, Schwandt e Khan (2009) compõem a base teórica dos estudos sobre descontinuidades contraceptivas e embasam os objetivos e metodologia deste estudo.

Figura 1 - Padrões de descontinuidades adaptados de Bradley, Schwandt e Khan (2009).

Fonte: Bradley, Schwandt, Khan (2009).

O principal aspecto que determina a ocorrência de descontinuidades contraceptivas é o tipo de MAC usado (Bradley, Schwandt, Khan, 2009). Os MAC que não requerem a ação de um profissional de saúde para interromper seu uso, como preservativo masculino, pílula hormonal oral e hormonais injetáveis – coincidentemente, os métodos reversíveis mais usados no Brasil (Brasil, 2008) – são os que apresentam descontinuidades com maior frequência (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Steele, Curtis, 2003; Moreau et al., 2006; Vaughan et al. 2008; Grimes, 2009; Ali, Cleland, 2010a; Raine et al., 2011; Peipert et al., 2011; Ferreira et al., 2014). Interessante notar que a descontinuidade do preservativo masculino no primeiro ano de uso é, em média, maior do que qualquer outro método contraceptivo (Bradley, Schwandt, Khan, 2009), seguida pelos injetáveis (41,5%), métodos tradicionais, como coito interrompido e tabelinha (40,4%) e pílula oral (39,1%). Especificamente em relação à pílula oral, já foi observada descontinuação de 55% ao fim dos 12 meses iniciais de uso (Peipert et al., 2011).

Outros determinantes da ocorrência de descontinuidades contraceptivas são a idade, a escolaridade e o tipo de parceria – estável ou esporádica – pois têm forte influência nas escolhas e nas práticas contraceptivas (Jones, Darroch, Henshaw, 2002; Steele, Curtis,

2003; Paniz, Fassa, Silva, 2005; Leite, Gupta, 2007, Westhoff et al., 2007; Bradley, Schwandt, Klan, 2009; Blanc et al., 2009; Barden-O'Fallon, 2011b), bem como os efeitos colaterais (Moreau, Cleland, Trussel, 2007; Moreau et al., 2009; Ali, Cleland, 2010a; Bahamondes et al., 2011). Estudo realizado com mulheres brasileiras entre 18 e 39 anos de idade mostrou que 40% interromperam o uso da pílula oral justamente por conta dos efeitos colaterais (Bahamondes et al., 2011). Tampouco podem ser deixadas de lado as barreiras que as mulheres enfrentam no acesso aos insumos contraceptivos (OMS, 2011), como a dificuldade de obtenção dos MAC considerados mais eficazes, como o DIU e a laqueadura (Heilborn et al., 2009).

Apesar de haver número considerável de estudos sobre as descontinuidades contraceptivas, os estudos conduzidos com mulheres brasileiras são ainda escassos. Não obstante três terem sido publicados em 2002, 2007 e 2010, os dados usados são os mesmos da PNDS 1996, que podem não refletir a realidade atual da dinâmica contraceptiva no país (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Leite, Gupta, 2007; Ali, Cleland, 2010a). Ainda, apenas os estudos de Blanc, Curtis e Croft (2002) e Leite e Gupta (2007) examinaram as descontinuidades contraceptivas de diferentes MAC, ao passo que o estudo de Ali e Cleland (2010) considerou apenas a pílula oral. Ressalte-se que a PNDS 1996 usou um instrumento específico para obter informações sobre as descontinuidades contraceptivas, denominado calendário contraceptivo, também usado em inúmeros países.

Um estudo realizado no Brasil, conduzido por Bahamondes et al. (2011), com amostra não probabilística de mulheres atendidas em consultórios médicos particulares e de convênio, também analisou as descontinuidades contraceptivas, porém apenas em relação ao uso da pílula oral. Outro estudo brasileiro avaliou as razões para as mulheres de 18 a 50 anos mudarem de um MAC reversível menos eficaz, como pílula oral e hormonal injetável, para um método reversível de longa duração (LARC), e a taxa de continuação no uso desses MAC (Ferreira et al., 2014). Os resultados desses estudos não podem ser comparados com os demais, devido às diferenças na seleção das participantes, na duração do período de estudo e, mais importante, porque não foi usado o calendário contraceptivo.

Dessa forma, estudos que explorem adequadamente os padrões de uso de MAC entre mulheres brasileiras, bem como os determinantes das descontinuidades contraceptivas, são necessários. Compreender a dinâmica contraceptiva é crucial para a elaboração de intervenções preventivas eficazes e para se compreender a capacidade que os casais têm de atingir sua intenção reprodutiva. Ademais, entender quais são os aspectos que contribuem para a descontinuidade no uso dos MAC é fundamental para estabelecer estratégias que possam auxiliar as mulheres no melhor planejamento da sua fecundidade, por meio de medidas adequadas após a descontinuação, melhorando, dessa forma, o tempo

de uso contínuo (Khan, 2003; Murphy, Brixner, 2008; Ali, Cleland, 2010b; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014).

O presente estudo tem como enfoque as discontinuidades contraceptivas que ocorrem no uso da pílula oral, do hormonal injetável e do preservativo masculino. A opção por estudar esses três métodos decorre do fato de que são os MAC reversíveis mais utilizados no Brasil (Brasil, 2008).

1.1.1 Descontinuidades contraceptivas no uso da pílula oral

A taxa de descontinuidade do uso da pílula oral variou entre 30% e 55% em 12 meses de uso (Bradley, Schwandt, Klan, 2009; Moreau et al., 2009; Peipert et al., 2011; Cea-Soriano et al., 2014). No Brasil, a taxa de descontinuidade do uso da pílula oral foi 36,5% no sexto mês (Bahamondes et al., 2011) e 45,0% em 12 meses (Leite, Gupta, 2007; Ali, Cleland, 2010a).

Embora a taxa de descontinuidade de uso da pílula oral seja considerada alta, esse método apresentou, em geral, taxa mais baixa do que a do preservativo masculino (Leite, Gupta, 2007; Murphy, Brixner, 2008; Vaughan et al., 2008; Bradley, Schwandt, Khan, 2009, Chofakian, 2017). Na França, por exemplo, a taxa de descontinuidade do uso da pílula oral foi 30,7%, ao passo que foi 53,0% no uso do preservativo masculino em 12 meses de uso (Moreau et al., 2009).

É importante observar que uma parcela significativa de mulheres que descontinuam o uso da pílula oral não começa a usar outro método imediatamente, enquanto outra parcela troca a pílula oral por um método menos eficaz (Khan, 2003; Ali, Cleland, 2010^a; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014). No estudo indiano, realizado com 1.600 mulheres de 15 a 49 anos, 432 relataram não quererem mais filhos; no entanto, 70% não utilizavam qualquer MAC após descontinuar o uso da pílula oral (Khan, 2003). Em outro estudo, realizado em 19 países de baixa renda, 15,7% a trocaram por um método tradicional, considerado menos eficaz. Especificamente em relação às mulheres brasileiras, esse mesmo estudo mostrou que 35% não usaram MAC três meses após a descontinuidade do uso da pílula oral (Ali, Cleland, 2010a).

A principal razão para descontinuar o uso da pílula oral está relacionada ao próprio MAC, como os efeitos colaterais advindos do seu uso (Khan, 2003; Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Moreau et al., 2009; Ali, Cleland, 2010a; Bahamondes et al., 2011; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014). Entre os efeitos colaterais mais relatados para justificar a

descontinuidade no seu uso, destacam-se os relacionados às alterações no ciclo menstrual, como o sangramento irregular e a cessação da menstruação.

O desejo de engravidar foi citado como a segunda principal razão para descontinuar o uso da pílula oral entre as mulheres brasileiras (Bahamondes et al., 2011). Em contraste, essa razão foi pouco citada entre as mulheres brasileiras em dois estudos de base populacional, tendo sido responsável apenas por 6,5% (Ali, Cleland, 2010a) e 5,0% da descontinuidade (Leite, Gupta, 2007). Essa grande diferença, apresentada entre o primeiro estudo em relação aos dois últimos, pode estar relacionada às diferenças metodológicas e à população estudada.

A insatisfação com o método também parece estar relacionada à descontinuidade do seu uso. Apesar de estudos mostrarem que as usuárias da pílula oral não são de todo insatisfeitas (ao redor de 29%), a porcentagem é bem maior se comparada com as usuárias do DIU (20%) (Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Peipert et al., 2011; Ali e Cleland, 2010a).

Outros determinantes das descontinuidades no uso da pílula oral incluem a menor escolaridade (Ali, Cleland, 2010a), a idade mais jovem (Westhoff et al., 2007), a cor (Werth et al., 2015), a falta de apoio dos parceiros (Khan, 2003), o acesso precário aos serviços de saúde e o não recebimento de aconselhamento em contracepção (Khan, 2003).

1.1.2 Descontinuidades contraceptivas no uso do hormonal injetável

Os métodos anticoncepcionais injetáveis são os MAC reversíveis de curta duração mais problemáticos para se usar de forma continuada. Estudos que avaliaram diversos MAC simultaneamente observaram maior taxa de descontinuidade justamente quando o MAC era do tipo hormonal injetável (Ali, Cleland, 2005; Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Leite, Gupta, 2007; Murphy, Brixner, 2008; Vaughan et al., 2008).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, com 237.242 mulheres de 15 a 40 anos de idade, o injetável foi o MAC hormonal que apresentou maior taxa de descontinuidade no terceiro mês (58,6%) (Murphy, Brixner, 2008). No Egito, 70,0% das usuárias dos MAC injetáveis descontinuaram o uso após um ano, em comparação com 34,0% das usuárias do DIU e 10,0% das usuárias do implante. No estudo brasileiro, realizado com 12.612 mulheres de 15 a 49 anos, o MAC injetável também foi o que apresentou maior taxa de descontinuidade, totalizando 63,7% em 12 meses de uso (Leite, Gupta, 2007).

É importante ressaltar que a taxa de descontinuidade variou muito segundo os países estudados, o tempo de seguimento e a população de estudo. No entanto, em quase todos os estudos pesquisados, é notável a alta taxa de descontinuidade no uso desse

método. A maior parte das descontinuidades ocorre no primeiro ciclo ou na primeira aplicação do injetável trimestral (Ezegwui, Ikeako, Obiora-Okafor, 2012).

São várias as razões relatadas pelas mulheres para descontinuar o uso do hormonal injetável, sendo os efeitos colaterais e a preocupação com a saúde as mais citadas, da mesma forma que já mencionado em relação à pílula oral. Entre os efeitos colaterais, destacam-se as mudanças no padrão menstrual, como os sangramentos irregulares e a amenorreia (Hassan, El-Nahal, El-Hussinie, 1999; Beksinska, Rees, Smit, 2001; Ali, Cleland, 2005; Tolley et al., 2005; Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Ezegwui, Ikeako, Obiora-Okafor, 2012; Bengtson et al., 2013). Entre as brasileiras, os efeitos colaterais foram responsáveis por 27,4% das descontinuidades no primeiro ano de uso (Leite, Gupta, 2007). A insatisfação das usuárias do hormonal injetável, por conta dos efeitos colaterais e dos problemas de saúde, é relativamente maior do que entre usuárias de outros MAC, como a pílula oral (Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Vaughan et al., 2008).

A inconveniência para usar o MAC é um aspecto importante para a ocorrência de descontinuidade no seu uso, como, por exemplo, a necessidade de comparecer à unidade de saúde mensal ou trimestralmente para adquirir o método e a necessidade de intervenção de um profissional de saúde para a aplicação da medicação (Ezegwui, Ikeako, Obiora-Okafor, 2012). Dessa forma, o atraso para tomar a dose subsequente do hormonal injetável foi uma razão frequentemente citada para descontinuar o seu uso (Hassan, El-Nahal, El-Hussinie, 1999; Baumgartner et al., 2012; Ezegwui, Ikeako, Obiora-Okafor, 2012).

Outro aspecto associado à descontinuidade no uso do hormonal injetável é o tipo de união conjugal, pois as mulheres casadas têm mais chance de descontinuar o uso do que as solteiras (Burke, Ambasa-Shisanya, 2014) e a objeção do parceiro pode ser uma das razões para isso ocorrer (Beksinska, Rees, Smit, 2001; Ezegwui, Ikeako, Obiora-Okafor, 2012). Assim como acontece com a pílula oral, a escolaridade e a idade também estão associadas à ocorrência de descontinuidade no uso do hormonal injetável (Hassan, El-Nahal, El-Hussinie, 1999; Burke, Ambasa-Shisanya, 2014).

1.1.3 Descontinuidades contraceptivas no uso do preservativo masculino

A taxa de descontinuidade do preservativo masculino em 12 meses de uso foi de 60% entre mulheres brasileiras (Leite, Gupta, 2007); 64,1% entre mulheres de outros oito países latino-americanos (Ali, Cleland, 2005); e 81,9% nos Estados Unidos (Vaughan et al., 2008). Esses valores mostram que a taxa de descontinuidade no uso desse método é bastante alta. O estudo de Bradley, Schwandt e Klan (2009) afirma, inclusive, que é a mais

alta taxa dentre os MAC analisados: pílula oral, hormonal injetável, DIU e métodos tradicionais.

A descontinuidade no uso do preservativo masculino parece estar associada ao tipo de relacionamento, o que não é tão fortemente observado entre usuárias da pílula oral (Bolton, McKay, Schneider, 2010; Beltzer et al., 2011). Na França, por exemplo, a maioria das entrevistadas, que usava o preservativo masculino, interrompeu o uso ou trocou de MAC assim que o relacionamento tornou-se estável (Beltzer et al., 2011). De fato, a taxa de descontinuidade é maior entre as mulheres casadas do que entre as solteiras (Sangi-Haghpeykar, Posner, Poindexter, 2005; Bolton, McKay, Schneider, 2010; Beltzer, Moreau, Bajos, 2011; Davidoff-Gore, Luke, Wawire, 2011; Zembe et al., 2012; Mehra et al., 2014).

A oposição do parceiro ao uso do preservativo masculino é outro forte determinante da ocorrência de descontinuidade no seu uso, justamente por conta da ideia de que esse MAC interfere no prazer e na satisfação sexual (Moreau, Cleland, Trussell, 2007). Isso é relevante, pois se trata do único MAC reversível em que há necessidade de envolvimento do homem para sua adoção (Bradley, Schwandt, Khan, 2009).

Diferentemente do que acontece com os métodos hormonais, a taxa de descontinuidade por razões relacionadas aos efeitos colaterais é menor entre as usuárias de preservativo masculino, ao redor de 18%. Os efeitos colaterais mais amenos parecem contribuir para a maior satisfação entre as usuárias do preservativo masculino, se comparadas com as usuárias de métodos hormonais, como a pílula oral e o injetável (Moreau, Cleland, Trussell, 2007).

O desejo de trocar para um método mais eficaz é uma razão comum para descontinuar o uso do preservativo. Porém, é importante notar que a troca para um método mais eficaz não significa necessariamente o abandono do uso do preservativo, pois muitos casais optam por usar o preservativo simultaneamente a outros MAC, como forma de evitar as doenças sexualmente transmissíveis (Sangi-Haghpeykar, Posner, Poindexter, 2005).

Apesar de ser considerado um método menos eficaz, apenas pequena proporção de mulheres relatam descontinuidades devido à falha no método. No estudo de Moreau, Cleland e Trussell (2007), somente 7,5% referiram essa razão. Ainda, entre as mulheres jovens usuárias de preservativo masculino, foi comum a descontinuidade devido a não necessidade do uso de MAC (33,4%) (Ali, Cleland, 2005). Outro aspecto associado à descontinuidade no uso do preservativo masculino é o grupo econômico, pois as mulheres socioeconomicamente menos desfavorecidas têm mais chance de descontinuar o uso se comparadas àquelas de grupo econômico mais elevado (Davidoff-Gorea, Lukea, Wawire, 2011; Chofakian, 2017).

2 PROBLEMA DE PESQUISA

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Tendo em vista que o uso de MAC é alto no Brasil, que é relativamente comum a ocorrência de gestações não desejadas e que a pílula oral, o hormonal injetável e o preservativo masculino compõem o *mix* de métodos reversíveis mais utilizados no país, as perguntas que nortearam a condução deste estudo foram:

- Quais são as taxas de descontinuidade do uso de pílula oral, anticoncepcional injetável e preservativo masculino entre mulheres brasileiras?
- Quais são as taxas de descontinuidade dos tipos “abandono” e “troca” no uso de pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável?
- Quais são os determinantes da descontinuidade do uso de pílula oral, anticoncepcional injetável e preservativo masculino entre mulheres brasileiras?

3 HIPÓTESES

3 HIPÓTESES

Os padrões de descontinuidades contraceptivas dependem do tipo de MAC utilizado.

O tipo de descontinuidade mais comum é a troca por um MAC mais ou menos eficaz.

Os determinantes comuns da descontinuidade no uso da pílula oral, do anticoncepcional injetável e do preservativo masculino são a escolaridade, a união conjugal e a idade.

O determinante comum da descontinuidade no uso da pílula oral e hormonal injetável são os efeitos colaterais.

4 OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar os padrões e os determinantes das discontinuidades contraceptivas no uso de pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a taxa de descontinuidade em 12 meses no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável.
- Estimar a taxa de descontinuidade dos tipos “abandono” e “troca” no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável.
- Analisar os aspectos determinantes da descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo longitudinal retrospectivo, que foi conduzido com amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo/SP e de Aracaju/SE. É considerada como desfecho a ocorrência de descontinuidade contraceptiva e, como exposição, o uso de pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável.

Este estudo integra uma investigação mais ampla, intitulada “Padrões e determinantes das descontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência”, contemplada com auxílio regular da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) (2014/02447-5) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (440577/2014-4), realizada nos municípios de São Paulo, Aracaju e Cuiabá. O estudo é coordenado pela Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges, e a equipe de pesquisadoras foi composta por uma enfermeira bolsista de treinamento técnico, uma aluna de mestrado, que usará os dados relacionados ao DIU na sua dissertação, e pela pesquisadora responsável pela tese aqui apresentada.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em UBS das cidades de São Paulo (SP), em 2015, de Aracaju (SE) em 2016 e de Cuiabá em 2017. No presente estudo, não foram incluídos os dados de Cuiabá, pois a coleta nesse município foi feita somente no final de 2017, não havendo tempo suficiente para realizar a digitação do banco de dados.

Em São Paulo, o estudo foi conduzido nas UBS da Rede de Atenção Básica do município de São Paulo, que está dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) (Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul) e 25 Supervisões Técnicas de Saúde (STS) (Figura 2). As CRS são responsáveis pela coordenação das STS que, por sua vez, são responsáveis por fazer a supervisão direta das UBS e dos demais equipamentos de saúde. Em julho de 2015, o município de São Paulo possuía o total de 449 UBS em funcionamento, sendo oito coordenadas pela CRS Centro, 112 pela CRS Leste, 89 pela CRS Norte, 27 pela CRS Oeste, 92 pela CRS Sudeste e 121 pela CRS Sul (Coordenadoria de Epidemiologia e Informação, 2015a).

O horário de funcionamento das UBS do município de São Paulo é de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h. Em setembro de 2015, o número de mulheres com idade entre 15 e 49 anos cadastradas em UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia Agente Comunitário de Saúde (EACS) situadas na zona urbana do município de São Paulo era de 1.352.900 (Coordenadoria de Epidemiologia e Informação, 2015b).

O município de São Paulo possuía, em 2016, população total de mais de 12 milhões de habitantes (IBGE, 2016b). Em 2012, a renda média por pessoa foi de R\$ 3.411,60 – considerada alta. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade de São Paulo, em 2010, foi 0,805, o que classifica o município na categoria de Desenvolvimento Humano Muito Alto. O IDHM dos bairros reflete um perfil municipal de diferenças marcantes, tendo variado entre 0,625 (Jardim Capela, zona Sul) e 0,965 (Berrini, Jd. Paulistano, Vila Cordeiro e Vila Madalena, bairros mais próximos ao centro da cidade) (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2014).

Entre as zonas correspondentes às seis CRS, verificam-se também diferenças sociais marcantes. As zonas Oeste e Central apresentam os melhores índices de renda, educação e longevidade. Já os piores índices estão concentrados nas zonas Norte, Sul e Leste. Vale destacar, portanto, a heterogeneidade de perfil das mulheres entrevistadas nas UBS dessas diferentes Coordenadorias (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2014).

Figura 2 - Distribuição das Coordenadorias Municipais de Saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2015.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, 2015.

Aracaju é a capital de Sergipe e situa-se na região nordeste do país. Ocupando uma área de 181, km², possuía, em 2010, uma população total de 571.149 habitantes (sendo 181.929 mulheres entre 15 e 49 anos de idade) e densidade demográfica de 3.140,65 hab/km². No mesmo ano, a renda média por pessoa foi R\$ 1.239,56 e o IDHM foi 0,770 (IBGE, 2012). Nesse município, em 2016, havia 43 UBS e a rede de atenção básica à saúde estava dividida em oito regiões, todas administradas pela Secretaria Municipal de Saúde (Figura 3) (Prefeitura de Aracaju, 2017). O horário de funcionamento das UBS do município de Aracaju é de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h.

Figura 3 - Mapa da cidade de Aracaju com distribuição das oito regiões de saúde

Fonte: Inagaki, ADM et al. Análise espacial da prevalência de toxoplasmose em gestantes de Aracaju, Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2014, vol.36, n.12.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo constituiu-se de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias das UBS da cidade de São Paulo e de Aracaju. Os critérios de exclusão foram não ter iniciado a vida sexual até a época da entrevista ou ter feito laqueadura (ou o parceiro ter realizado vasectomia) há mais de cinco anos. Ou seja, mulheres que realizaram a laqueadura, ou seus parceiros, a vasectomia, antes de outubro de 2010, não participaram da pesquisa, em São Paulo, ou antes de agosto de 2011, em Aracaju.

5.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Para determinar o tamanho da amostra, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimação de proporções:

$$n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

em que P é a proporção de mulheres a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; d é o erro de amostragem e deff é o efeito do delineamento. Para P=0,50 que leva ao maior tamanho de amostra; d=0,05; z=1,96 correspondente ao nível de confiança de 95% e deff=2, o tamanho da amostra deveria ser 768 ($n_0=768$, arredondado para 800).

Considerando que as estimativas devem ser obtidas entre as mulheres que usaram algum método contraceptivo, cuja proporção é estimada em 80% (Brasil, 2008), o número de mulheres que deveriam ser entrevistadas foi:

$$n = \frac{n_0}{0,80} = 1000$$

Considerando, ainda, o percentual de 25% de mulheres que não responderiam ao questionário (recusa ou perda por problemas do entrevistador) e o percentual de 33% de mulheres de 18 a 49 anos que não são elegíveis para a entrevista (mulheres que nunca tiveram relação sexual e mulheres laqueadas/parceiros vasectomizados) (Brasil, 2008), o número de mulheres sorteadas, a fim de se obterem mil entrevistas, foi:

$$n_{sorteio} = \frac{1000}{(1-0,25)(1-0,33)} = 1993$$

Assim, deveriam se selecionadas, aproximadamente, 2 mil mulheres para a cidade de São Paulo, com o intuito de se entrevistar mil.

Para determinar o tamanho da amostra para Aracaju, foi utilizada a mesma expressão algébrica. Destarte, foram selecionadas, aproximadamente, 963 mulheres em Aracaju, com o intuito de se entrevistarem 482.

5.5 PLANO AMOSTRAL

Inicialmente o plano amostral foi previsto para ser conduzido por meio de amostragem por conglomerados em dois estágios. A unidade de primeiro estágio (unidade primária de amostragem) foi constituída pelas UBS, sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho, medido pelo número de exames citopatológicos cervicovaginais realizados no ano de 2014¹, nos dois municípios (Anexos 4 e 5).

Para o município de São Paulo, foram sorteadas, no total, 38 UBS (Quadro 1). Inicialmente, foram sorteadas 50 UBS, sendo que 12 compunham um quadro de reserva, que estão identificadas no Quadro 1 com “R”.

Quadro 1 - Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo sorteadas para realização da coleta de dados. 2015.

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cervicovaginais/2014*
1	5992842 – Pq. Maria Helena	Sul	Campo Limpo	10
2	2788713 – Vl. Arapuá	Sul	Ipiranga	68
3	2786990 – Ponte Seca – Dom Luciano Bergamini	Sul	Parelheiros	619
4	6332471 – Marsilac	Sul	Parelheiros	116
5	6280188 – Chácara do Sol	Sul	Capela do Socorro	118
6	2788462 – Juscelino Kubitschek	Leste	Itaquera	Desativada em Nov/2012
7	4049896 – Alcina Pimentel Piza	Sul	Capela do Socorro	588
8	6332463 – Jd. Silveira	Sul	Parelheiros	162
9	6332498 – Nova América	Sul	Parelheiros	181
10	6018939 – Colônia	Sul	Parelheiros	258
11	2789302 – Veleiros	Sul	Capela do Socorro	295
12	6332528 – Vl. Roschel	Sul	Parelheiros	309
13	2789132 – Vl. Olímpia-Max Perlman	Sul	Vila Mariana/ Jabaquara	367
14	2787547 – Jd. Keralux	Leste	Ermelino Matarazzo	402
15	2786877 – Caxingui-Nanci	Oeste	Butantã	380

¹ Os dados foram obtidos na SMS-SP/CEInfo/Gerência de Informação Assistencial. As fontes são: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, 2014 e Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2014.

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cervicovaginais/2014*
	Abranches			
16	2787342 – Jd. das Laranjeiras	Sul	Santo Amaro/Cidade Ademar	385
17	2027038 – Cidade Sat Santa Bárbara	Leste	São Mateus	374
18	2788675 – Vl. Anastácio	Oeste	Lapa/Pinheiros	402
19	2788101 – Milton Santos	Sul	Vila Mariana/Jabaquara	411
20	2787571 – Jd. Marcelo	Sul	Campo Limpo	445
21	2752166 – Água Rasa	Leste	Mooca/Aricanduva	457
22	2027380 – Marinópolis-Mario Napolitano	Oeste	Lapa/Pinheiros	492
23	2787075 – Gleba do Pêssego	Leste	Itaquera	501
24	2789035 – Vl. Mangalot	Norte	Pirituba / Perus	534
25	2752352 – Vl. Carrão-Dr. Adhemar Monteiro Pacheco	Leste	Mooca/Aricanduva	550
26	2788896 – Vl. Formosa II	Leste	Mooca/Aricanduva	582
27	2786710 – Adelaide Lopes	Norte	Casa Verde/Cachoeirinha	584
28	2091712 – Casa Verde Baixa-Walter Elias/CEO II	Norte	Casa Verde/Cachoeirinha	590
29	6332420 – Barragem	Sul	Parelheiros	Não classificada
30	2788969 – Vl. Guilhermina – Dr. Américo Raspa Neto	Leste	Penha	591
31	2787598 – Vl. Gumerindo-Jandira Massur	Sul	Ipiranga	605
32	2786850 – Capão Redondo	Sul	Campo Limpo	17
33	2786753 – Antônio Pires F Villa Lobo	Leste	Penha	620
34	6332501 – Vl. Marcelo	Sul	Parelheiros	622
35	2787431 – Jd. Helian	Leste	Itaquera	632
36	2789175 – Vl. Piauí	Oeste	Lapa/Pinheiros	633
37	6408168 – Águia de Haia	Leste	Itaquera	653
38	3561186 – Vera Poty	Sul	Parelheiros	152
39 (R)	5357861 – Aldeia Jaraguá	Norte	Pirituba/Perus	82
40 (R)	7407629 – Jd.	Norte	VI Maria/VI Guilherme	132

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cervicovaginais/2014*
	Julietta			
41 (R)	6090591 – Chác. Sto. Amaro	Sul	Capela do Socorro	189
42 (R)	6332439 – Jd. das Fontes	Sul	Parelheiros	363
43 (R)	2027011 – Jd. Carrãozinho	Leste	São Mateus	381
44 (R)	2752360 - VI. Nova Manchester-Arlindo Gennari	Leste	Mooca/Aricanduva	410
45 (R)	2788411 - Pq. Sta. Madalena	Sudeste	Vila Prudente/Sapopemba	457
46 (R)	2068044 - Horto Florestal	Norte	Santana/Jaçanã	545
47 (R)	2787954 - Jd. Vitória	Leste	Cidade Tiradentes	585
48 (R)	4050398 – Pastoral	Sudeste	VI Prudente/Sapopemba	616
49 (R)	2787326 - Jd. D'abril	Oeste	Butantã	625
50 (R)	3016935 - Jd. Bandeirantes	Leste	Guaianases	655

***Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, 2014. (R) = UBS Reserva.

Seis UBS sorteadas foram substituídas por UBS reservas (Vera Poty; Ponte Seca - Dom Luciano Bergamini; Juscelino Kubitschek; Capão Redondo; Barragem e Alcina Pimentel Piza), por diferentes motivos. As UBS reservas que substituíram as UBS inicialmente sorteadas foram: Jd. Julieta, Vila Nova Manchester-Arlindo Gennari; Parque Santa Madalena; Horto Florestal; Jd. Vitória; Pastoral.

A UBS Vera Poty foi substituída por estar localizada em uma aldeia indígena. A UBS Ponte Seca - Dom Luciano Bergamini foi substituída por estar localizada em zona rural, além disso, o acesso a essa UBS é dificultado, por não haver transporte público que atenda essa localidade, inviabilizando a chegada de pesquisadoras; a UBS Juscelino Kubitschek foi desativada; a UBS Capão Redondo também foi desativada e passou a atender somente como Assistência Médica Ambulatorial (AMA); as UBS Barragem e Alcina Pimentel Piza são de difícil acesso. Optou-se por não realizar a coleta de dados em UBS de aldeia indígena e de zona rural porque as usuárias são mulheres com perfis muito diferentes daquelas das outras UBS. Todas as UBS autorizaram a realização da pesquisa, não tendo havido nenhuma recusa. Na Figura 4, pode ser observada a distribuição das UBS em que ocorreu a coleta de dados, nas diferentes regiões do município de São Paulo.

Figura 4 - Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde constam as UBS inicialmente sorteadas e, em rosa, constam aquelas que compuseram o quadro reserva). São Paulo, 2015.

Fonte: Criado pela própria autora – Google Maps.

Em Aracaju, foram sorteadas 23 UBS (Quadro 2), sendo quatro UBS para reserva, que estão identificadas no Quadro 2 com “R”. Na Figura 5, observa-se a distribuição das UBS nas diferentes regiões do município de Aracaju. Ressalta-se que todas as UBS do município de Aracaju autorizaram a realização da pesquisa, não tendo havido nenhuma recusa e nenhuma substituição das UBS sorteadas pelas reservas.

Quadro 2 - Unidades Básicas de Saúde da cidade de Aracaju sorteadas para realização da coleta de dados. 2016.

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Região de localização	Número de exames citopatológicos cervicovaginais/2014*
1	USF. Ministro Costa Cavalcante	3ª Região	150
2	USF. Sta. Terezinha (Robalo)	1ª Região	355
3	USF. Manoel de Souza Pereira	4ª Região	358
4	USF. Elizabeth Pita	2ª Região	376
5	USF. José Quintiliano da Fonseca	7ª Região	435
6	USF. Renato Mazze Lucas	7ª Região	553
7	USF. Dona Sinhazinha	3ª Região	558
8	USF. Augusto Franco	1ª Região	617
9	USF. Joaldo Barbosa	4ª Região	662
10	USF. José Machado de Souza	6ª Região	698
11	USF. Eunice Barbosa	6ª Região	758
12	USF. Carlos Fernandes de Melo	8ª Região	813
13	USF. Pref. Celso Augusto Daniel	2ª Região	906
14	USF. Adel Nunes	4ª Região	916
15	USF. João Oliveira Sobral	8ª Região	929
16	USF. Onésimo Pinto	7ª Região	946
17	USF. Hugo Gurgel	3ª Região	971
18	USF. Lauro Dantas Hora	8ª Região	1016
19	USF. Geraldo Magela	2ª Região	1197
20 (R)	USF. João Bezerra	1ª Região	404
21 (R)	USF. Osvaldo Leite	2ª Região	217
22 (R)	USF. Walter Cardoso	8ª Região	532
23 (R)	USF. Niceu Dantas	1ª Região	297

*Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2014. (R) = UBS Reserva.

Figura 5 - Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde, constam as UBS inicialmente sorteadas e, em vermelho, constam as que compuseram o quadro reserva). Aracaju, 2016.

Fonte: Criado pela própria autora – Google Maps.

No segundo estágio de seleção, a unidade secundária de amostragem foi constituída pelas mulheres usuárias das UBS. Em São Paulo e Aracaju, a pesquisa foi realizada em três dias consecutivos em cada UBS e, em cada dia, foram entrevistadas nove mulheres. Em São Paulo, a amostra planejada passou a ser, portanto, 38 (UBS) * 3 (dias) * 9 (mulheres usuárias) = 1 026 mulheres a serem entrevistadas. Em Aracaju, a amostra planejada passou a ser: 19 (UBS) * 3 (dias) * 9 (mulheres usuárias) = 513 mulheres.

As frações de amostragem de cada estágio foram:

$$f_1 = \frac{\alpha \cdot N_i}{N}, \text{ no primeiro estágio;}$$

$$f_2 = \frac{m}{M_i}, \text{ no segundo estágio,}$$

em que a é o número de serviços sorteados ($a=38$ para São Paulo e $a=19$ para Aracaju);

N_i é o número de exames de Papanicolau no serviço i ;

m é o número de mulheres sorteadas no serviço i por dia ($m=18$);

M_i é o número de mulheres de 18 a 49 anos de idade atendidas no serviço i (média diária).

A fração de amostragem global pode ser escrita por:

$$f = \frac{a \cdot N_i}{N} \cdot \frac{3}{22} \cdot \frac{m}{M_i}$$

em que a fração $3/22$ refere-se aos dias de pesquisa entre os dias úteis do mês, apontando para a proposta de que a amostra refira-se aos atendimentos do mês.

Embora a intenção fosse compor uma amostra aleatória neste segundo estágio, isso não foi possível, pois as UBS tinham organizações diferentes quanto à coleta de exame citopatológico e agendamento de consultas. Por exemplo, em algumas, existe agendamento para a realização do exame citopatológico; em outras, era por demanda espontânea; em outras, a coleta era realizada somente em alguns dias da semana; em outras, ocorria todos os dias. Então a mostra nesse segundo estágio foi por conveniência.

Portanto, as participantes do estudo foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: 1) mulheres que aguardavam atendimento para realização do exame citopatológico cervicovaginal; 2) mulheres que aguardavam consulta médica ou de enfermagem. Para garantir o seguimento desses critérios, criou-se um formulário para ser preenchido pelas entrevistadoras durante a coleta de dados (Apêndice A). Nesse formulário, consta o número de mulheres que compareceram para o exame citopatológico cervicovaginal, que compareceram para consulta, que foram abordadas pela entrevistadora e, por fim, o número de entrevistadas daquele dia.

Em São Paulo, foram convidadas a participar do estudo 1 535 mulheres, das quais 1 050 foram entrevistadas. Entre as mulheres convidadas, 34 se recusaram a participar da pesquisa e as demais que foram abordadas não atendiam aos critérios de inclusão ou estavam na UBS por outro motivo diferente da realização de exame citopatológico ou consulta médica e de enfermagem. Entre 1 050 mulheres que foram entrevistadas, 24 não tinham iniciado a vida sexual ou haviam se submetido à cirurgia de laqueadura há mais de cinco anos e foram excluídas posteriormente da análise. Dessa forma, a amostra final de mulheres participantes do estudo em São Paulo foi 1 026. Por sua vez, em Aracaju, foram convidadas 1 005 mulheres a participar do estudo, tendo sido entrevistadas 553. Entre as

1005 mulheres abordadas, 31 se recusaram a participar da pesquisa e as demais não atendiam aos critérios de inclusão (n=421). Entre as 553 que foram entrevistadas, 28 não tinham iniciado a vida sexual ou haviam se submetido à laqueadura há mais de cinco anos e foram excluídas posteriormente da análise. Dessa forma, a amostra final de mulheres participantes do estudo em Aracaju foi de 525 mulheres, totalizando 1 551 participantes neste estudo.

5.6 INSTRUMENTOS

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro instrumento foi o questionário, que visava obter informações sobre as características sociodemográficas, história reprodutiva, uso de MAC e outras informações a respeito do uso e conhecimento sobre o DIU e uso da contracepção de emergência (Apêndice C) e o segundo instrumento é o Calendário contraceptivo. Dados sobre o DIU foram analisados por uma estudante de mestrado e publicados na forma de dissertação (Araújo, 2017) e os dados sobre a anticoncepção de emergência estão sendo analisados por outra aluna de mestrado.

O primeiro instrumento refere-se a um questionário que está dividido nas seguintes seções: caracterização da entrevistada; características sociodemográficas e socioeconômicas, história sexual e reprodutiva; uso de MAC; aconselhamento em contracepção; conhecimento e uso do DIU e uso da contracepção de emergência.

O questionário foi desenvolvido por um grupo formado pela coordenadora do projeto maior, por uma estudante de mestrado e pela própria pesquisadora, com base em instrumentos utilizados nos seguintes estudos:

- PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório (Brasil, 2008).
- Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh (Khan, 2003).
- Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation (Bradley, Schwandt, Khan, 2009).
- What differentiates method stoppers from switchers? Contraceptive discontinuation and switching among Honduran Women (Barden-O'Fallon, Speizer, 2011).
- Qualitative study of reasons for discontinuation of injectable contraceptives among users and salient reference groups in Kenya (Burke, Ambasa-Shisanya, 2011).

O questionário foi avaliado por um grupo composto por estudantes de mestrado e doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), que sugeriram inclusão ou exclusão de questões, além de formato de redação destas.

Este instrumento foi desenvolvido para ser preenchido diretamente em *tablets*, evitando o gasto desnecessário com impressão de questionários. Para a construção do questionário nos *tablets*, utilizou-se o *Census and Survey Processing System (CSPro)*. O *CSPro* é um pacote de *software* de domínio público, usado por centenas de organizações para entrada, edição, tabulação e divulgação de dados de censos e inquéritos. Pode ser acessado e baixado gratuitamente através do site: <http://www.census.gov/population/international/software/cspro/>. O *CSPro* possibilita a coleta de dados de forma *off-line* e favorece a transmissão das respostas diretamente para o banco de dados, o que evita desperdício de tempo e minimiza os erros com a digitação posterior dos dados (United States Census Bureau, 2015).

O segundo instrumento é o calendário contraceptivo (Anexo 1). Este instrumento tem sido largamente utilizado nas pesquisas do tipo *Demographic and Health Survey (DHS)*, projeto MEASURE DHS, do qual a PNDS faz parte, e é descrito como um instrumento com adequada validade e confiabilidade (Strickler et al., 1997; Bradley, Schwandt, Khan, 2009). O projeto MEASURE DHS (<http://www.measuredhs.com/>) é conduzido em escala global (mais de 80 países no mundo) com apoio da *United States Agency for International Development (USAID)*, em parceria com várias instituições internacionais, e tem como objetivo prover dados e análises para amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação nas áreas de população e saúde nos países em desenvolvimento. Sendo assim, os resultados provenientes de estudos que usam os questionários da DHS, incluindo o calendário contraceptivo, são comparáveis em nível internacional.

O calendário contraceptivo é um histórico retrospectivo mês a mês sobre gestações, nascimentos, abortamentos e episódios de uso de MAC referentes aos cinco anos anteriores à data da entrevista. À primeira vista, pode parecer que é um instrumento de difícil preenchimento, mas técnicas específicas para sua utilização são usadas para que a entrevista ocorra de forma rápida e objetiva. As mulheres não são requisitadas a revelar, mês a mês, quais foram os MAC usados nos cinco anos anteriores à pesquisa. Na verdade, primeiramente são questionadas quanto aos eventos reprodutivos mais marcantes dos cinco anos anteriores, como nascimentos, gestações e abortamentos, o que minimiza o viés de memória. Posteriormente, os períodos restantes de uso/não uso de MAC vão sendo relatados a partir destes eventos. Essas informações são preenchidas na primeira coluna do calendário contraceptivo.

No calendário contraceptivo, também foram coletadas as informações sobre as razões para a descontinuidade do uso do método. Na ocorrência da descontinuidade do método contraceptivo, a mulher foi questionada sobre a principal razão que a levou a descontinuá-lo. O modelo do calendário contraceptivo permite a anotação de apenas uma razão para descontinuar para cada método contraceptivo. Essas informações foram anotadas na coluna dois do calendário contraceptivo. Este foi preenchido na forma tradicional, no papel, e foi digitado posteriormente em planilha do Excel, uma vez que se trata de digitação de letras seguidas entre a mesma linha e não apenas códigos numéricos. Foi realizada a dupla digitação para minimizar os erros. Para melhor compreensão dos componentes do calendário contraceptivo e para facilitar a aplicação desse instrumento por outros profissionais, no Apêndice D estão descritos os detalhes do preenchimento do calendário contraceptivo.

Com o objetivo de testar os instrumentos e a logística do trabalho de campo, foram realizados pré-teste e estudo piloto. O pré-teste foi conduzido no Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” da Faculdade de Medicina da USP, nos dias 27 e 28 de agosto de 2015, com 17 mulheres. Foi realizado apenas com os instrumentos na forma impressa. As entrevistadas não tiveram dificuldades para entender ou responder às questões. As alterações sugeridas constituíram-se em troca de palavras de difícil entendimento por termos mais simples.

O estudo piloto foi conduzido no Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza” da Faculdade de Saúde Pública da USP, nos dias 5 e 6 de outubro de 2015, com 14 mulheres. Nessa ocasião, testou-se o preenchimento do questionário diretamente no *tablet* e o calendário contraceptivo foi preenchido de forma tradicional, no papel. Algumas alterações foram necessárias para corrigir os saltos automáticos, no caso das questões contingentes, e para o aprimoramento da versão do questionário no *CSPPro*. Além disso, realizou-se o teste de transferência das informações do *tablet* para o banco de dados, bem como correção de possíveis erros na descarga e nas codificações das questões geradas no *CSPPro*. Não foram realizadas alterações nas perguntas ou opções de resposta. Todas essas entrevistas foram excluídas.

5.7 COLETA DE DADOS

5.7.1 Contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde

Para obtenção da autorização para realização do estudo na cidade de São Paulo, os coordenadores das seis coordenadorias de saúde foram contatados por telefone. Em seguida, uma mensagem eletrônica (e-mail) foi enviada para as coordenadorias, solicitando que as STS cujas UBS foram selecionadas fossem informadas sobre a pesquisa. Com o intuito de acelerar o processo de obtenção das autorizações, realizou-se também contato telefônico e envio de e-mail às STS informando sobre a pesquisa. As STS enviaram e-mail aos gerentes das UBS, com autorização para que esses nos recebessem para uma reunião de apresentação do projeto e aprovação da coleta de dados. Essa etapa ocorreu entre julho e setembro de 2015.

Para obtenção da autorização para realização do estudo na cidade de Aracaju, foi realizado um contato por telefone com a coordenadoria de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde. Em seguida, foi enviado um e-mail apresentando o projeto e solicitando autorização para realização da pesquisa nas UBS selecionadas. Realizou-se reunião com a coordenadora da Área da Saúde da Mulher para apresentação do projeto; posteriormente a essa reunião, a coordenadora enviou e-mail para todos os gerentes das UBS informando sobre a pesquisa. Essa etapa ocorreu entre abril e julho de 2016.

5.7.2 Contato com os gerentes das UBS

Após anuência das Coordenadorias de Saúde de São Paulo, os gerentes das UBS selecionadas foram contatados por telefone e agendou-se reunião para apresentação do projeto para gerentes e a equipe de saúde (em alguns casos) e obtenção da aprovação para iniciar a coleta de dados na UBS. Também foi enviado e-mail para as UBS, formalizando a data da reunião e enviando o projeto de pesquisa, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

O processo de contato por telefone e reunião nas UBS ocorreu durante o período de agosto a outubro de 2015. As ligações foram realizadas a partir da Escola de Enfermagem da USP e as reuniões ocorreram no horário de funcionamento das UBS. Durante essas

reuniões, foram discutidos a viabilidade da execução do estudo, os dias e os horários mais adequados para realização das entrevistas, os locais onde as entrevistas seriam realizadas e os fluxos e rotinas de cada UBS. O intuito era planejar que as entrevistas ocorressem de forma a não prejudicar a rotina de atendimento.

Após anuência da Secretária Municipal de Saúde de Aracaju, a coordenadora da área da Saúde da Mulher apresentou o projeto para todos os gerentes das UBS em duas reuniões e obteve aprovação para iniciar a coleta de dados nas UBS. Ainda assim, as coordenadoras da pesquisa enviaram e-mail diretamente para as UBS, formalizando a data da reunião e enviando o projeto de pesquisa, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o TCLE e a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

5.7.3 Processo de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, formou-se uma equipe de sete pesquisadoras em São Paulo e cinco para Aracaju, com nível superior na área da saúde (enfermagem, obstetrícia, psicologia e nutrição) e com experiência prévia em coleta de dados com entrevista face a face. As pesquisadoras foram devidamente treinadas. O treinamento compreendeu apresentação do projeto de pesquisa, oficina sobre métodos anticoncepcionais, apresentação das perguntas que compõem o questionário, simulação de entrevistas face a face, com utilização de *tablet*, apresentação e preenchimento dos instrumentos utilizados nesta pesquisa, que inclui o calendário contraceptivo. Em São Paulo, o treinamento das entrevistadoras ocorreu nas dependências da Escola de Enfermagem da USP nos dias 19, 20 e 23 de outubro de 2015 e, em Aracaju, no Centro de Educação Permanente da SMS, nos dias 10, 11 e 12 de agosto de 2016.

A coleta de dados se deu no período de outubro a dezembro de 2015 em São Paulo e de agosto a setembro de 2016 em Aracaju. Durante o processo de coleta de dados, as pesquisadoras de campo foram continuamente supervisionadas pelas coordenadoras da pesquisa, por meio de visitas de acompanhamento nas UBS e acompanhamento de condução das entrevistas, por contato telefônico e mensagens, com o intuito de verificar como estavam sendo conduzidas as entrevistas e para corrigir erros e esclarecer eventuais dúvidas. Além disso, pelo menos uma vez por semana, ocorreu reunião para entrega de entrevistas realizadas na semana, conferência do preenchimento do calendário contraceptivo e das entrevistas no *tablet* e transferência de dados do *tablet* para o banco de dados. Em São Paulo, essas reuniões ocorreram na Escola de Enfermagem da USP e, em Aracaju, as reuniões foram no Centro de Educação Permanente da SMS. Realizou-se,

ainda, contato telefônico com 10% das mulheres entrevistadas a fim de confirmar a realização das entrevistas, bem como esclarecimento de possíveis inconsistências de dados, prática comum neste tipo de pesquisa. Ressalto minha participação como pesquisadora na fase de coleta dos dados em São Paulo e em Aracaju, bem como na supervisão das demais fases da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face e seguiu as seguintes etapas:

- a) A pesquisadora chegava à UBS, procurava pela gerente ou outro profissional de saúde responsável pela UBS e verificava qual o melhor espaço disponível para condução das entrevistas. Verificava se a realização dos exames citopatológicos cervicovaginais ocorria por agendamento ou por livre demanda. Se fosse por agendamento, a entrevistadora abordava as mulheres que compareciam para a coleta do exame. Caso fosse por livre demanda, a entrevistadora aguardava as mulheres que compareciam à UBS para coleta. Não sendo possível realizar as nove entrevistas com mulheres que se submeteram ao exame, a entrevistadora iniciava a abordagem de mulheres que tinham consultas médicas ou de enfermagem marcadas.
- b) Em seguida, as mulheres selecionadas eram abordadas e convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecidas sobre os critérios de exclusão da pesquisa. Para as mulheres que aceitavam participar da pesquisa, foram explicados os objetivos da mesma e passava-se à leitura e assinatura do TCLE (Apêndice B).
- c) A entrevista era então iniciada e as respostas eram marcadas diretamente em *tablets*. Ao término da entrevista no *tablet*, seguia-se com o preenchimento do calendário contraceptivo em papel. As entrevistas foram conduzidas até completar a amostra prevista de nove entrevistas por dia em cada UBS. Cada entrevista durou aproximadamente de 15 a 20 minutos.

Para evitar interferências na resposta ao questionário, as dúvidas sobre contracepção foram sanadas apenas no final da entrevista. As participantes também receberam um folheto explicativo sobre o uso da anticoncepção de emergência.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* Stata versão 14.0, mediante as seguintes etapas:

Etapa 1 - Caracterização das mulheres

Realizou-se a análise das características sociodemográficas, da história reprodutiva e contraceptiva das 1 551 mulheres que participaram do estudo. Essa análise foi feita por meio de números absolutos e proporções. A diferença entre as proporções foi testada pelo teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher. As variáveis analisadas nesta etapa foram:

a) Características sociodemográficas

- Idade: categorizada em 18 a 24, 25 a 34, 35 a 49.
- Raça/Cor da pele: autoclassificada em branca, negra ou outra. Característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena, segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Para construir a variável do estudo a categoria negra foi a junção de preta e parda e a categoria outra a junção de amarela e indígena.
- Religião: nenhuma, católica, evangélica ou outra.
- Escolaridade: última série que completou com aprovação (0 a 8 anos, 9 anos ou mais).
- Situação conjugal: casada ou vive com algum parceiro (sim ou não).
- Situação de trabalho: existência de trabalho remunerado (sim ou não).
- Plano de saúde: se possui plano de saúde (sim ou não).
- Classe econômica: A/B, C/E. Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil de 2015 (A, B, C, D, E) (ABEP, 2015).

b) História reprodutiva

- Idade na menarca: categorizadas em ≤ 11 anos, 12 anos, 13 anos e ≥ 14 anos
- Idade na iniciação sexual: categorizada em ≤ 14 , 15 a 16, 17 a 18, ≥ 19

- Número de parceiros sexuais na vida: categorizado em 1, 2 a 3, 4 e mais
- Idade na primeira gravidez: categorizada em 11 a 17, 18 a 24, 25 ou mais
- Gravidez atual: se está grávida no momento da entrevista (sim, não ou não sabe)
- Gravidez anterior: Nenhuma, 1, 2, 3 ou mais
- Número de filhos vivos: 0, 1, 2, 3 ou mais
- História de abortamento: sim ou não
- Intenção de ter filhos: quer ter filhos, não quer ter (mais) filhos ou não sabe

c) Contraceptivas

- Uso atual de método contraceptivo: se a mulher estava usando método contraceptivo no dia da entrevista: sim ou não.
- Método contraceptivo em uso: tipo de método mais eficaz que a mulher estava utilizando no dia da entrevista (Trussell, 2011): nenhum, pílula oral, hormonal injetável, preservativo masculino, preservativo feminino, DIU, irreversível (laqueadura e vasectomia), tradicionais e outros. Durante a coleta de dados, não foi possível diferenciar o tipo de método injetável, se mensal ou trimestral, portanto, todas as análises que incluem esse método foram realizadas com os dois tipos de métodos agrupados.
- Uso anterior de anticoncepção de emergência: sim ou não.

Etapla 2 – Uso de métodos contraceptivos

Realizou-se a análise do uso dos métodos anticoncepcionais – pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável – de acordo com as características sociodemográficas e história reprodutiva, separadamente por capital. No total, foram incluídas as 835 mulheres que não estavam grávidas e estavam usando pílula oral, injetável ou preservativo masculino na época da entrevista. Essa análise foi conduzida por meio de números absolutos e proporções. A diferença entre as proporções foi testada pelo teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher. As variáveis incluídas nesta etapa foram as mesmas da etapa 1 – caracterização das mulheres – com exceção das variáveis: idade na menarca, idade na iniciação sexual, idade na primeira gravidez, gravidez atual, uso atual de método contraceptivo e método contraceptivo em uso.

Etapas 3 – Taxas de descontinuidades no uso dos métodos contraceptivos

Realizou-se a análise das descontinuidades no uso de todos os métodos contraceptivos reversíveis e posteriormente de pílula oral, do preservativo masculino e do hormonal injetável, separadamente. Considerando o objetivo deste estudo, as análises foram realizadas apenas em relação a esses três métodos, pois os demais métodos são poucos utilizados pelas mulheres brasileiras e apresentaram um número insuficiente de episódios de uso, o que inviabilizou sua análise separadamente.

As taxas de descontinuidade no uso dos métodos anticoncepcionais foram estimadas por meio das taxas acumuladas de descontinuidades por cem episódios de uso de cada método contraceptivo aos 3, 6 e 12 meses após o início do uso. No cálculo das taxas de descontinuidade, as análises foram realizadas considerando, num primeiro momento, as mulheres em geral e, num segundo momento, apenas as mulheres que tinham necessidade de contracepção.

Com base em Bradley, Schwandt e Khan (2009), as mulheres foram separadas em dois grupos: sem necessidade ou com necessidade reduzida de contracepção e com necessidade de contracepção. As mulheres sem necessidade de contracepção descontinuam o método por razões relacionadas a questões que não têm relação com o método, como menopausa, histerectomia, viuvez, sexo infrequente/separação/parceiro ausente e desejo de engravidar. Por sua vez, as mulheres com necessidade de contracepção descontinuam o método por razões específicas ao método, como efeitos colaterais, método inconveniente de usar, problemas no acesso, alto custo, oposição do marido/parceiro ou outras razões.

A descontinuidade foi dividida em:

- a) Abandono: o uso do método foi interrompido, mas nenhum outro método contraceptivo foi adotado no mês subsequente; tampouco houve qualquer outro desfecho, como, por exemplo, gravidez.
- b) Troca para um método menos eficaz: a descontinuidade no uso ocorreu por conta de troca de MAC para um menos eficaz. Esse tipo de descontinuidade inclui a mulher que descontinuou um método, mas começou a usar outro método considerado menos eficaz no mês seguinte do calendário contraceptivo.
- c) Troca para um método mais eficaz: a descontinuidade no uso ocorreu por conta de troca de MAC para um mais eficaz. Aqui está incluída a mulher que descontinuou um método, mas adotou um método considerado mais eficaz no mês seguinte do calendário.

Para classificar o tipo de troca – para um método menos eficaz ou para um mais eficaz – considerou-se o *Selected practice recommendations for contraceptive use of Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2013). Foi considerada troca para um método menos eficaz quando a mulher trocou da pílula oral para preservativo masculino, adesivo, anel vaginal, método da lactação com amenorreia, anticoncepção de emergência, tabelinha, coito interrompido e muco cervical - método da ovulação Bellings; do injetável para pílula oral, preservativo masculino, adesivo, anel vaginal, método da lactação com amenorreia, anticoncepção de emergência, tabelinha, coito interrompido e muco cervical - método da ovulação Bellings; do preservativo masculino para método da lactação com amenorreia, anticoncepção de emergência, tabelinha, coito interrompido e muco cervical - método da ovulação Bellings; do DIU para hormonal injetável, pílula oral, preservativo masculino, adesivo, anel vaginal, método da lactação com amenorreia, anticoncepção de emergência, tabelinha, coito interrompido e muco cervical - método da ovulação Bellings; do adesivo e do anel vaginal para o preservativo masculino; do coito interrompido para a tabelinha e muco cervical - método da ovulação Bellings. Por sua vez, considerou-se que houve troca para um método mais eficaz quando a mulher trocou da pílula oral para laqueadura, vasectomia, implante, DIU e injetável; do injetável para laqueadura, vasectomia, implante e DIU; do preservativo masculino para laqueadura, vasectomia, implante, DIU, injetável, pílula oral, adesivo e anel vaginal; da tabelinha e do coito interrompido para laqueadura, vasectomia, implante, DIU, injetável, pílula oral, adesivo, anel vaginal, anticoncepção de emergência e lactação com amenorreia (CDC, 2013).

Pelo fato de não ser um objetivo deste estudo, a descontinuidade do tipo falha (descontinuidade no uso do MAC se deu por conta de uma gravidez que ocorreu durante o uso), foi incluída apenas na descontinuidade total (de todos os métodos contraceptivos) para os modelos agrupados para as mulheres no geral e para as mulheres com necessidade de uso de método. No entanto, não foi analisado de forma separada como ocorreu com os tipos de descontinuidade por abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz. Dessa forma, a descontinuidade do tipo falha foi tratada como censura, ou seja, recebeu o valor de zero e foi considerada como se não tivesse ocorrido nas análises de descontinuidade por abandono, troca por método mais eficaz e troca por método menos eficaz. Optou-se por não incluir esse tipo de descontinuidade separadamente nas análises por exigir técnicas estatísticas diferentes das usadas neste estudo para analisar os demais tipos de descontinuidade, como correção por taxa de abortamento e perda gestacional.

Neste estudo, portanto, foram analisados:

- a) Descontinuidade no uso de MAC entre as mulheres no geral: estão incluídas as mulheres sem e com necessidade de contracepção, independentemente do desfecho após a descontinuidade, se abandonou o método, se trocou para um método mais eficaz ou menos eficaz ou se o método falhou. Essas taxas foram também estimadas de acordo com o tipo de descontinuidade, ou seja, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz. Adicionalmente, as mesmas análises foram realizadas separadamente para os municípios São Paulo e Aracaju.
- b) Descontinuidade no uso do MAC entre as mulheres com necessidade de contracepção: inclui apenas as mulheres que descontinuaram o uso de MAC quando ainda tinham necessidade de usá-lo - pois estavam em risco de uma gravidez não planejada - independentemente do desfecho após a descontinuidade, se abandonou o método, se trocou para um método mais eficaz ou menos eficaz ou se o método falhou. Essas taxas foram também estimadas de acordo com o tipo de descontinuidade, ou seja, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz. Adicionalmente, as mesmas análises foram realizadas separadamente para os municípios São Paulo e Aracaju.

Período de observação

O período de observação do evento é definido como o período em que a mulher pode ter se exposto ao risco de descontinuar o uso de MAC. Esse período variou para cada mulher, a depender do mês em que a entrevista foi conduzida. Em São Paulo, por exemplo, o calendário contraceptivo cobriu o período de 2010 a 2015. Tendo em vista que a coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2015, a mulher que foi entrevistada em outubro contribuiu com 70 meses do calendário contraceptivo, ao passo que a que foi entrevistada em novembro, contribuiu com 71 meses e assim por diante. Em Aracaju, o calendário contraceptivo cobriu o período de 2011 a 2016. Já que as entrevistas ocorreram de agosto a setembro de 2016, a mulher que foi entrevistada em agosto contribuiu com 68 meses, ao passo que a que foi entrevistada em setembro contribuiu com 69 meses. Dessa forma, em São Paulo, o período coberto pelo calendário contraceptivo variou de 70 a 72 meses e, em Aracaju, de 68 a 69 meses. Para padronizar o período de exposição das mulheres ao risco de descontinuar o uso do MAC, foi definido um período de 60 meses (Bradley, Schwandt, Khan, 2009). Os episódios de uso do MAC com mais de 60 meses de duração e que iniciaram durante o calendário contraceptivo foram censurados, ou seja, receberam o código zero e foram tratados como não descontinuados, embora tenham permanecido no banco.

Os três últimos meses imediatamente anteriores à data da entrevista foram ignorados, ou seja, foram tratados como censura (código zero). Esta é uma prática convencional, que permite às mulheres que ficaram grávidas tempo suficiente para detectar a gravidez. Sem esse artifício, as probabilidades acumuladas de descontinuidade devido à falha são subestimadas (Bradley, Schwandt, Khan, 2009).

Além dos episódios de uso de métodos contraceptivos, no calendário contraceptivo também são coletadas informações referentes ao não uso de MAC, à ocorrência e a curso de gravidez, à ocorrência de abortamento, à ocorrência de nascimento e a episódios em que a mulher ainda não havia iniciado a vida sexual. Esses episódios que não correspondem ao uso de métodos contraceptivos propriamente ditos foram excluídos do banco, restando apenas os episódios de uso de MAC. Somando os episódios de uso de MAC e os que não correspondem ao uso de métodos contraceptivos propriamente, foram identificados 7 241 episódios durante todos os meses cobertos pelo calendário contraceptivo (Figura 6).

No cálculo da taxa de descontinuidade no uso do MAC, a unidade de análise é o episódio de uso de método contraceptivo. A mulher pode começar a usar um método, parar e começar a usar outro método a qualquer momento durante o período coberto pelo calendário contraceptivo, o que significa que uma única mulher pode contribuir com vários episódios de uso de métodos contraceptivos ao longo do calendário. Por outro lado, uma mulher pode contribuir com nenhum episódio, caso ela não tenha usado método contraceptivo durante todo o período coberto pelo calendário contraceptivo. Como este estudo está interessado apenas nos episódios de uso de métodos contraceptivos, os episódios de não uso de MAC foram também excluídos da análise ($n=1\ 902$) (Figura 6).

Após a exclusão dos episódios que não correspondem ao uso de métodos contraceptivos propriamente ditos ($n=4\ 184$), foi identificado um total de 3 057 episódios de uso de métodos anticoncepcionais reversíveis e irreversíveis (Figura 6).

Para calcular a duração de cada episódio de uso de MAC, é preciso saber exatamente quando ele começa e quando termina. Para os episódios que começaram antes do período coberto pelo calendário contraceptivo, não foi coletada informação da data de início do uso do método nem por quanto tempo foi usado. Sendo assim, todos os episódios de MAC cujo início se deu antes do período coberto pelo calendário contraceptivo foram excluídos ($n=1\ 017$). Foram também excluídos todos os episódios de uso decorrentes da esterilização feminina e masculina, pois a chance de ser descontinuados é extremamente baixa ($n=73$) (Figura 6).

Assim foram considerados 1 967 novos episódios de uso de métodos contraceptivos reversíveis, ao longo dos anos considerados no calendário contraceptivo, que constituíram a base da análise das descontinuidades contraceptivas no uso do MAC. O fluxograma dos

episódios de uso dos métodos contraceptivos durante o período coberto pelo calendário contraceptivo pode ser visualizado na Figura 6.

Figura 6 - Distribuição dos episódios de uso dos métodos contraceptivos coletados ao longo do calendário contraceptivo. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Tendo em vista que uma única mulher pode contribuir com vários episódios de uso de MAC durante os 60 meses de observação do calendário contraceptivo, cada episódio de uso constitui-se em uma observação, ou seja, é a unidade de análise. Este estudo analisou as discontinuidades contraceptivas em apenas 12 meses de uso do método contraceptivo. Assim, os episódios de uso de métodos contraceptivos que persistiram além dos 12 meses do seu início foram censurados (tratados como não descontinuados), como sugerido por Bradley et al. (2009).

A análise da taxa de descontinuidade no uso de todos os métodos contraceptivos, da pílula oral, do preservativo masculino e do hormonal injetável foi realizada por meio de curvas de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier (Kaplan-Meier Survival Estimates) e, para avaliar se existem diferenças nas taxas de sobrevida entre os três métodos contraceptivos analisados, foi utilizado o teste de Log-rank. As análises foram apresentadas levando-se em consideração o intervalo de 95% de confiança (IC95%).

Etapa 4 – Distribuição dos episódios de troca de acordo ao método usado após a descontinuidade

Realizou-se a análise da descontinuidade do tipo troca – para um método menos eficaz e para um método mais eficaz, no uso dos métodos contraceptivos - pílula anticoncepcional oral, preservativo masculino e hormonal injetável, de acordo com o método contraceptivo usado posteriormente à descontinuidade. Essa análise foi conduzida por meio de números absolutos e proporções.

Etapa 5 – Distribuição dos episódios de troca de acordo com o método usado após a descontinuidade e razões para descontinuar o uso de métodos

Realizou-se a análise das razões para descontinuar o uso da pílula anticoncepcional oral, do preservativo masculino e do hormonal injetável segundo os tipos de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) separadamente para as mulheres em geral e para as mulheres com necessidade de contracepção. Essa análise foi conduzida por meio de números absolutos e proporções.

Etapa 6 – Aspectos associados à descontinuidade no uso dos métodos contraceptivos pílula anticoncepcional, preservativo masculino e hormonal injetável

Realizou-se a análise dos aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional, do preservativo masculino e do hormonal injetável. As análises foram conduzidas separadamente por tipo de método para as mulheres no geral e para as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo com o tipo de descontinuidade, ou seja, descontinuidade total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz, separadamente.

Para investigar por que algumas mulheres são mais propensas a descontinuar o uso de MAC do que outras, inicialmente, foi conduzida análise univariada pelo método de Kaplan-Meier para descontinuidade total, para abandono, para troca por método menos eficaz e, finalmente, para troca para método mais eficaz. Para verificar se existem diferenças nas taxas de descontinuidades entre os grupos avaliados na análise univariada, foi utilizado o teste de Log-Rank. Posteriormente, foi conduzida análise múltipla por meio de Cox Proportional Hazards Models (ou Modelos de Riscos Proporcionais de Cox), da mesma forma que foi realizado para a análise univariada e considerando as mesmas variáveis independentes. Os Modelos de Cox são uma classe dos modelos de análise de sobrevivência.

A análise de sobrevivência tem por objetivo estudar dados em que a variável dependente é o tempo até a ocorrência de um evento de interesse, no caso, o tempo começa a ser contado a partir do início do uso do MAC por 12 meses ou até que haja alguma descontinuidade. Nessas situações, a variável dependente foi o intervalo de tempo até a ocorrência da descontinuidade contraceptiva. A categoria de referência foram os segmentos de uso sem descontinuidades por 12 meses. Para a análise da descontinuidade total, a categoria de referência foram os segmentos de uso sem descontinuidades por 12 meses. No caso da análise da descontinuidade por abandono, a categoria de referência são os segmentos de uso sem descontinuidade e os segmentos que finalizaram em descontinuidade por troca para método mais ou menos eficaz ou falha. No caso da análise da descontinuidade por troca por método menos eficaz, a categoria de referência são os segmentos de uso sem descontinuidade e os segmentos que finalizaram em descontinuidade por abandono, por troca para método mais eficaz ou falha. Por sua vez, no caso da análise da descontinuidade por troca por método mais eficaz, a categoria de referência são os segmentos de uso sem descontinuidade e os segmentos que finalizaram em descontinuidade por abandono, por troca para método menos eficaz ou falha (Bradley, Schwandt, Khan, 2009).

As variáveis independentes foram idade, raça/cor da pele, escolaridade, união conjugal, classe econômica, trabalho remunerado, número de parceiros sexuais na vida, número de filhos vivos, uso anterior de anticoncepção de emergência, abortamento, intenção reprodutiva e ter vivenciado efeitos colaterais. Esta última foi construída a partir das razões dadas para descontinuar o método durante o preenchimento do calendário contraceptivo e foi utilizada exclusivamente nas análises dos aspectos associados à descontinuidade dos métodos contraceptivos. Essa variável foi incluída apenas quando a unidade de análise foi o episódio de uso de MAC. Essas variáveis sociodemográficas e reprodutivas foram incluídas na análise das descontinuidades contraceptivas deste estudo, porque demonstraram ser importantes nos mecanismos que influenciam na descontinuidade contraceptiva no Brasil e em outros países (Leite, Gupta, 2007; Vaughan et al., 2008;

Bradley, Schwandt, Khan, 2009). Optou-se por não incluir a variável efeitos colaterais/preocupação com saúde nas análises dos fatores associados a descontinuar o preservativo masculino, pois a literatura atual mostrou que essa variável não é importante nas descontinuidades do preservativo masculino, como mostram outros estudos (Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Bolton, McKay, Schneider, 2010; Beltzer et al., 2011).

Um pressuposto para realização da análise múltipla de Cox é que os riscos de um evento ocorrer devem ser proporcionais ao longo do tempo. Para verificar se os riscos de descontinuar o uso dos três MAC são proporcionais ao longo do tempo, foi realizada a análise dos resíduos de Schoenfeld (Schoenfeld, 1982; Fitrianto, Jiin, 2013). Para tanto, adicionalmente, foram realizadas as análises dos modelos univariados de riscos proporcionais de Cox, podendo estes ser visualizados no Apêndice X. As variáveis independentes, cujos riscos não foram proporcionais ao longo do tempo ($p > 0,05$) não foram incluídas nos modelos múltiplos de Cox, porque estariam violando esse pressuposto.

Todos os modelos univariados e múltiplos foram apresentados levando-se em consideração o intervalo de 95% de confiança (IC95%). Pelo fato de que uma mesma mulher pode contribuir com mais de um episódio de uso de método, as análises múltiplas de Cox foram conduzidas considerando os segmentos de uso de MAC como *clusters* agrupados em cada mulher (Kaufman, Rousseeuw, 2009).

5.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 984.976/2015) (Anexo 2) e pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 3). A coleta de dados só foi iniciada após anuência das Coordenadorias Regionais de Saúde, das Supervisões Técnicas de Saúde e dos gerentes responsáveis pelas UBS onde a pesquisa está sendo realizada.

As mulheres foram convidadas a participar do estudo após uma explicação de seus objetivos, do conteúdo de suas questões e das etapas da entrevista. Nesse momento, as participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi enfatizado que o questionário é constituído de perguntas de cunho íntimo e pessoal e que, por isso, a participação seria voluntária e espontânea, não acarretando nenhum tipo de prejuízo à mulher caso não quisesse participar, assim como não há remuneração para participar. As participantes tiveram assegurada a sua privacidade quanto ao sigilo dos relatos fornecidos e respeitados os valores socioculturais. Este estudo

adotou procedimentos que garantiram a não discriminação ou a não estigmatização dos indivíduos envolvidos.

Os riscos oferecidos estavam relacionados com certo desconforto em responder a perguntas de cunho íntimo. Para amenizar esse risco, na presença desse tipo de pergunta, a participante tinha opção de responder ela mesma, diretamente no *tablet*, sem a interferência da entrevistadora. Com relação aos benefícios, as participantes receberam orientações individuais das próprias entrevistadoras sobre os conteúdos abordados durante a entrevista, de acordo com a sua demanda e necessidade. Para evitar interferências na resposta ao questionário, as dúvidas sobre contracepção foram sanadas apenas no final da entrevista. As participantes também receberam um folheto explicativo sobre o uso da anticoncepção de emergência. As entrevistas foram realizadas em consultórios ou em lugar reservado nas dependências das UBS, mantendo-se a privacidade das mulheres.

6 RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Esta seção descreve as características sociodemográficas e história reprodutiva das mulheres participantes do estudo. Foram consideradas 1 551 entrevistas válidas e completas, incluindo o preenchimento do calendário contraceptivo, sendo 1 026 no município de São Paulo e 525 no município de Aracaju. O perfil das mulheres é apresentado separadamente, de acordo com as características sociodemográficas e, posteriormente, reprodutivas.

6.1.1 Características sociodemográficas

As características sociodemográficas das mulheres participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1. A maior parte das mulheres estava na faixa etária de 25 a 34 anos, possuía de nove anos ou mais de estudo, classificou-se de raça/cor de pele negra (65,9%), de religião católica (48,3%), casada ou vivia em união estável (71,7%), pertencia ao grupo socioeconômico C (60,6%), exercia trabalho remunerado (52,9%) e não possuía plano de saúde (86,6%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde, São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	São Paulo		Aracaju		P	Total	
	n	%	n	%		n	%
Idade (anos)					0,795		
18-24	270	26,3	144	27,4		414	26,7
25-34	427	41,6	221	42,1		648	41,8
35-49	329	32,1	160	30,5		489	31,5
Raça/cor da pele					<0,001		
Branca	372	36,4	71	13,5		443	28,6
Negra*	613	59,9	407	77,5		1020	65,9
Outras*	38	3,7	47	9,0		85	5,5
Religião					<0,001		
Nenhuma	116	11,3	66	12,6		182	11,7
Católica	461	44,9	288	54,8		749	48,3

Variáveis	São Paulo		Aracaju		P	Total	
	n	%	n	%		n	%
Evangélica	386	37,6	157	29,9		543	35,0
Outras**	63	6,2	14	2,7		77	5,0
Classe econômica (n=1537)					<0,001		
A/B	210	20,5	49	9,5		259	16,9
C	653	63,9	279	54,2		932	60,6
D/E	159	15,6	187	36,3		346	22,5
Escolaridade (anos de estudo)					<0,001		
0-8	266	25,9	196	37,3		462	29,8
9 ou mais	760	74,1	329	62,7		1089	70,2
Trabalho remunerado					0,214		
Não	472	46,0	259	49,3		731	47,1
Sim	554	54,0	266	50,7		820	52,9
Possui plano de saúde					<0,001		
Não	857	83,5	486	92,6		1.343	86,6
Sim	169	16,5	39	7,4		208	13,4
Unida					0,263		
Não	281	27,4	158	30,1		439	28,3
Sim	745	72,6	367	69,9		1112	71,7
Total	1026	100,0	525	100,0		1551	100,0

*Raça/cor da pele negra incluem: parda e preta e outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena.

**Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.1.2 História reprodutiva

A Tabela 2 mostra a história reprodutiva das mulheres entrevistadas. Quase um terço relatou que teve a primeira menstruação aos 14 anos de idade ou mais (29,2%) e o início da vida sexual entre 15 e 16 anos de idade (32,6%). A maior parte teve dois a três parceiros sexuais na vida (43,4%) e já engravidou alguma vez (88,0%), sendo a primeira entre 18 e 24 anos de idade (51,4%). Dessas, 30,5% relataram apenas uma gravidez e 24,4% a experiência de abortamento. Um quinto (20,4%) estava grávida no momento da entrevista. A maior parte referiu não querer ter (mais) filhos (61,1%). Um pouco mais da metade das mulheres relatou já ter usado a anticoncepção de emergência anteriormente (54,1%).

Considerando as mulheres que não estavam grávidas no momento da entrevista (n=1234), observou-se que 79,0% estavam usando pelo menos um método contraceptivo, sendo os mais frequentemente relatados a pílula anticoncepcional oral (37,4%), o hormonal injetável (24,2%) e o preservativo masculino (23,7%) (dados não apresentados em tabela).

Tabela 2 - Características reprodutivas das mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde, São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	São Paulo		Aracaju		p	Total	
	n	%	n	%		n	%
Idade na menarca					0,377		
≤11 anos	254	24,8	115	21,9		369	23,8
12 anos	236	23,0	132	25,1		368	23,7
13 anos	231	22,5	131	25,0		362	23,3
≥14 anos	305	29,7	147	28,0		452	29,2
Idade de início da vida sexual					0,248		
≤ 14	149	14,5	86	16,4		235	15,2
15-16	339	33,0	167	31,8		506	32,6
17-18	320	31,2	144	27,4		464	29,9
≥ 19	218	21,3	128	24,4		346	22,3
Número de parceiros sexuais					0,035		
1	234	22,8	142	27,0		376	24,2
2 a 3	439	42,8	234	44,6		673	43,4
4 e mais	353	34,4	149	28,4		502	32,4
Gravidez anterior					0,355		
0	116	11,3	70	13,3		186	12,0
1	321	31,3	152	28,9		473	30,5
2	299	29,1	141	26,9		440	28,4
3 ou mais	290	28,3	162	30,9		452	29,1
Idade na primeira gravidez (n=1363)					0,464		
11-17	233	25,7	128	28,1		361	26,5
18-24	467	51,4	234	51,4		701	51,4
25 ou mais	208	22,9	93	20,5		301	22,1
Número de filhos vivos					0,286		
0	209	20,4	126	24,0		335	21,6
1	390	38,0	185	35,2		575	37,1
2 ou mais	427	41,6	214	40,8		641	41,3
Gravidez atual					0,111		
Não	814	79,3	392	74,6		1206	77,8
Sim	195	19,0	122	23,2		317	20,4
Não sabe	17	1,7	11	2,2		28	1,8
Abortamento					0,167		
Não	787	76,7	386	73,5		1173	75,6
Sim	239	23,3	139	26,5		378	24,4
Uso atual de método contraceptivo					0,015		
Não	352	34,3	213	40,6		565	36,4
Sim	674	65,7	312	59,4		986	63,6
Método contraceptivo em uso					0,254		
Nenhum	352	34,3	213	40,6		565	36,4
Hormonal oral	256	24,9	113	21,5		369	23,8
Preservativo masculino	159	15,5	81	15,4		240	15,5
Hormonal injetável	156	15,2	80	15,2		236	15,2

Variáveis	São Paulo		Aracaju		p	Total	
	n	%	n	%		n	%
Irreversível	56	5,5	16	3,1		72	4,6
Tradicionais*	24	2,3	14	2,7		38	2,5
DIU	19	1,9	7	1,3		26	1,7
Outros**	4	0,4	1	0,2		5	0,3
Uso anterior de anticoncepção de emergência					0,018		
Não	449	43,8	263	50,1		712	45,9
Sim	577	56,2	262	49,9		839	54,1
Intenção reprodutiva					0,045		
Quer ter filhos	369	35,9	156	29,7		525	33,8
Não quer ter (mais) filhos	605	59,0	342	65,1		947	61,1
Não sabe	52	5,1	27	5,2		79	5,1
Total	1026	100,0	525	100,0		1551	100,0

* Métodos tradicionais incluem: tabelinha, coito interrompido e muco cervical (método da ovulação Bellings).

**Outros métodos incluem: Lactação com amenorreia, adesivo, camisinha feminina e implante.

Comparando os grupos de mulheres de Aracaju e São Paulo, observa-se que as mulheres entrevistadas em São Paulo eram, em maior proporção, brancas ($p<0,001$), pertencentes a grupos socioeconômicos mais altos ($p<0,001$), com mais escolaridade ($p<0,001$), com plano de saúde ($p<0,001$) e pertencentes à religião evangélica ($p<0,001$) (Tabela 1). Em relação à história reprodutiva, as mulheres entrevistadas em São Paulo relataram ter, em maior proporção, mais parceiros sexuais ($p=0,035$), usar método anticonceptivo ($p=0,015$), ter usado AE anteriormente ($p=0,018$) e ter intenção de ter (mais) filhos ($p=0,045$) (Tabela 2).

6.2 USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O uso de métodos anticoncepcionais foi analisado apenas em relação ao método hormonal injetável, pílula anticoncepcional oral e preservativo masculino. Essa opção ocorreu em virtude destes serem os métodos reversíveis mais utilizados pelas mulheres brasileiras (Brasil, 2009a) – e também pelas mulheres deste estudo, afinal, dentre as não grávidas e que estavam usando algum método contraceptivo, 85,3% relataram estar usando um deles.

A Tabela 3 apresenta o uso desses métodos anticoncepcionais – pílula anticoncepcional oral, preservativo masculino e hormonal injetável – de acordo com as características sociodemográficas e reprodutivas, separadamente por capital. No total, foram incluídas as

835 mulheres que não estavam grávidas e estavam usando pílula oral (n=368), injetável (n=236) ou preservativo masculino (n=231).

Em geral, observa-se que há diferenças estatisticamente significativas em relação ao uso dos três métodos contraceptivos no que diz respeito à idade, raça/cor da pele, religião, número de gestações, número de filhos vivos e uso anterior de AE. Assim, o uso da pílula anticoncepcional oral foi mais frequente entre as mulheres de 25 a 34 anos de idade ($p<0,001$), que se declararam de raça/cor de pele negra ($p=0,003$), de religião católica ($p=0,004$), que tiveram uma ou duas gravidezes ($p=0,010$), com dois filhos vivos ou mais ($p=0,006$) e que não usaram AE anteriormente ($p=0,007$). Por sua vez, o uso de hormonal injetável também foi mais frequente entre as mulheres de 25 a 34 anos de idade ($p<0,001$), de raça/cor de pele negra ($p=0,003$), de religião católica ($p=0,004$), que tiveram apenas uma ou duas gravidezes ($p=0,010$), com apenas um filho vivo ($p=0,006$) e que usaram AE anteriormente ($p=0,007$). Ainda, entre as usuárias do preservativo masculino, as mulheres de 35 a 49 anos ($p<0,001$), de raça/cor de pele negra ($p=0,003$), que declararam ser de religião católica ($p=0,004$), que engravidaram apenas uma vez ($p=0,010$), com dois filhos vivos ou mais ($p=0,006$) e que usaram AE anteriormente ($p=0,007$) foram as que mais relataram usar o método (Tabela 3).

Observa-se que não existem diferenças no uso dos três métodos anticonceptivos quando se comparam as mulheres entrevistadas nos municípios de São Paulo e Aracaju ($p=0,707$). No entanto, os aspectos associados ao uso dos métodos anticonceptivos divergiram entre as mulheres residentes em cada um dos municípios. A este respeito, observa na Tabela 3 que, em São Paulo, houve diferença estatisticamente significativa em relação ao uso dos três métodos anticonceptivos no que diz respeito à idade ($p<0,001$), à religião ($p=0,008$), número de gestações ($p=0,021$), número de filhos vivos ($p=0,009$) e uso de AE anteriormente ($p=0,014$). Em Aracaju, a diferença no uso dos três métodos foi observada apenas em relação à raça/cor de pele ($p<0,001$) e ao número de filhos vivos ($p=0,042$).

Tabela 3 - Uso da pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável segundo as características sociodemográficas e reprodutivas, por capital, das mulheres usuárias das Unidades Básicas de Saúde, São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Total			São Paulo			Aracaju		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Pílula oral	Preservativo	Injetável	Pílula oral	Preservativo	Injetável	Pílula oral	Preservativo	Injetável
Município									
São Paulo	255 (62,3)	156 (67,5)	156 (66,1)						
Aracaju	113 (30,7)	75 (32,5)	80 (33,9)						
Características sociodemográficas									
Idade (anos)									
18-24	78 (21,2)	53 (22,9)	82 (34,7) *	52 (20,4)	34 (21,8)	55 (35,3) *	26 (23,0)	19 (25,3)	27 (33,8)
25-34	162 (44,0)	84 (36,4)	109 (46,2)	113 (44,3)	56 (35,9)	72 (46,1)	49 (43,4)	28 (37,3)	37 (46,2)
35-49	128 (34,8)	94 (40,7)	45 (19,1)	90 (35,3)	66 (42,3)	29 (18,6)	38 (33,6)	28 (37,4)	16 (20,0)
Raça/cor da pele									
Branca	113 (30,6)	83 (34,7)	54 (22,9) **	95 (37,1)	66 (41,8)	45 (28,8)	18 (15,9)	16 (21,3)	9 (11,3) *
Negra***	229 (62,1)	147 (61,5)	174 (73,7)	149 (58,2)	89 (56,3)	105 (67,3)	59 (52,2)	45 (60,0)	45 (56,2)
Outras***	27 (7,3)	9 (3,8)	8 (3,4)	12 (4,7)	3 (1,9)	6 (3,9)	15 (13,3)	6 (8,0)	2 (2,5)
Religião									
Nenhuma	38 (10,3)	20 (8,7)	43 (18,2) **	25 (9,8)	12 (7,7)	27 (17,3) **	13 (11,5)	8 (10,7)	16 (20,0)
Católica	198 (53,8)	104 (45,0)	101 (42,8)	132 (51,8)	63 (40,4)	60 (38,5)	66 (58,4)	41 (54,7)	41 (51,3)
Evangélica	115 (31,3)	92 (39,8)	82 (34,8)	85 (33,3)	68 (43,6)	62 (39,7)	30 (26,6)	24 (32,0)	20 (25,0)
Outras****	17 (4,6)	15 (6,5)	10 (4,2)	13 (5,1)	13 (8,3)	7 (4,5)	4 (3,5)	2 (2,6)	3 (3,7)
Unida									
Não	95 (25,8)	70 (30,3)	75 (31,8)	63 (24,7)	45 (28,9)	47 (30,1)	32 (28,3)	25 (33,3)	28 (35,0)
Sim	273 (74,2)	161 (69,7)	161 (68,2)	192 (75,3)	111 (71,1)	109 (69,9)	81 (71,7)	50 (66,7)	52 (65,0)

Variáveis	Total			São Paulo			Aracaju		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Pílula oral	Preservativo	Injetável	Pílula oral	Preservativo	Injetável	Pílula oral	Preservativo	Injetável
Classe econômica (n=1,537)									
A/B	72 (19,7)	46 (20,2)	34 (14,5)	60 (23,8)	36 (23,1)	28 (18,0)	12 (10,6)	10 (13,9)	6 (7,6)
C	221 (60,6)	131 (57,4)	145 (61,7)	158 (62,7)	94 (60,2)	100 (64,1)	63 (55,8)	37 (51,4)	45 (57,0)
D/E	72 (19,7)	51 (22,4)	56 (23,8)	34 (13,5)	26 (16,7)	28 (17,9)	38 (33,6)	25 (34,7)	28 (35,4)
Escolaridade (anos de estudo)									
0-8	116 (31,4)	72 (30,0)	55 (23,3)	72 (28,1)	43 (27,0)	28 (18,0)	44 (38,9)	29 (35,8)	27 (33,8)
9 ou mais	253 (68,6)	168 (70,0)	181 (76,7)	184 (71,9)	116 (73,0)	128 (82,0)	69 (61,1)	52 (64,2)	53 (66,2)
Trabalho remunerado									
Não	168 (45,7)	106 (45,9)	109 (46,2)	112 (43,9)	71 (45,5)	73 (46,8)	56 (49,6)	35 (46,7)	36 (45,0)
Sim	200 (54,3)	125 (54,1)	127 (53,8)	143 (56,1)	85 (54,5)	83 (53,2)	57 (50,4)	40 (53,3)	44 (55,0)
Possui plano de saúde									
Não	314 (85,3)	202 (87,5)	211 (89,4)	210 (82,3)	135 (86,5)	134 (85,9)	104 (92,0)	67 (89,3)	77 (96,3)
Sim	54 (14,7)	29 (12,5)	25 (10,6)	45 (17,7)	21 (13,5)	22 (14,1)	9 (8,0)	8 (10,7)	3 (3,7)
Características reprodutivas									
Número de parceiros sexuais na vida									
1	103 (28,0)	60 (26,0)	59 (25,0)	66 (25,9)	39 (25,0)	34 (21,8)	37 (32,7)	21 (28,0)	25 (31,3)
2 a 3	152 (41,3)	88 (38,1)	109 (46,2)	106 (41,6)	54 (34,6)	76 (48,7)	46 (40,7)	34 (45,3)	33 (41,2)
4 ou mais	113 (30,7)	83 (35,9)	68 (28,8)	83 (32,5)	63 (40,4)	46 (29,5)	30 (26,6)	20 (26,7)	22 (27,5)
Gravidez anterior									
0	62 (16,9)	46 (19,9)	23 (9,8) **	47 (18,4)	27 (17,3)	12 (7,7) **	15 (13,3)	19 (25,3)	11 (13,8)
1	113 (30,7)	71 (30,8)	97 (41,1)	82 (32,2)	49 (31,4)	67 (42,9)	31 (27,4)	22 (29,3)	30 (37,5)
2	113 (30,7)	61 (26,4)	57 (24,1)	78 (30,6)	43 (27,6)	39 (25,0)	35 (31,0)	18 (24,0)	18 (22,5)
3 ou mais	80 (21,7)	53 (22,9)	59 (25,0)	48 (18,8)	37 (23,7)	38 (24,4)	32 (28,3)	16 (21,4)	21 (26,2)

Variáveis	Total			São Paulo			Aracaju		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Pílula oral	Preservativo	Injetável	Pílula oral	Preservativo	Injetável	Pílula oral	Preservativo	Injetável
Número de filhos vivos									
0	70 (19,0)	56 (23,3)	26 (11,0) **	53 (20,7)	30 (18,9)	12 (7,7) **	17 (15,0)	26 (32,1)	14 (17,5) *
1	146 (39,6)	91 (37,9)	114 (48,3)	103 (40,2)	66 (41,5)	80 (51,3)	43 (38,1)	25 (30,9)	34 (42,5)
2 ou mais	153 (41,5)	93 (38,8)	96 (40,7)	100 (39,1)	63 (39,6)	64 (41,0)	53 (46,9)	30 (37,0)	32 (40,0)
Uso anterior de anticoncepção de emergência									
Não	189 (51,4)	98 (42,4)	92 (42,4) **	131 (51,4)	62 (39,7)	60 (38,5) **	58 (51,3)	36 (48,0)	32 (40,0)
Sim	179 (48,6)	133 (57,6)	133 (57,6)	124 (48,6)	94 (60,3)	96 (61,5)	55 (48,7)	39 (52,0)	48 (60,0)
Abortamento									
Não	293 (79,4)	188 (78,3)	190 (80,5)	206 (80,5)	124 (78,0)	127 (81,4)	87 (77,0)	64 (79,0)	63 (78,8)
Sim	76 (20,6)	52 (21,7)	46 (19,5)	50 (19,5)	35 (22,0)	29 (18,6)	26 (23,0)	17 (21,0)	17 (21,2)
Intenção reprodutiva									
Quer ter filhos	134 (36,4)	84 (36,4)	95 (40,3)	105 (41,2)	61 (39,1)	64 (41,0)	29 (25,7)	23 (30,7)	31 (38,8)
Não quer ter (mais) filhos	215 (58,4)	134 (58,0)	126 (53,4)	136 (53,3)	86 (55,1)	84 (53,9)	79 (69,9)	48 (64,0)	42 (52,5)
Não sabe	19 (5,2)	13 (5,6)	15 (6,3)	14 (5,5)	9 (5,8)	8 (5,1)	5 (4,4)	4 (5,3)	7 (8,7)
Total	368	231	236	255	156	156	113	75	80

*p<0,001

**p<0,05

****Negra incluem parda e preta e outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

****Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.3 DESCONTINUIDADES NO USO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

As descontinuidades no uso dos métodos contraceptivos foram analisadas considerando os episódios de uso de cada método. Cada episódio inicia no mês em que o método começa a ser usado e finaliza no mês em que o método é abandonado, é trocado por outro método contraceptivo – mais ou menos eficaz – ou uma gravidez ocorre durante o uso do método. A Figura 7 apresenta a distribuição dos episódios de uso de métodos contraceptivos durante os cinco anos do calendário contraceptivo.

No total, foram identificados 7 241 episódios durante todos os meses cobertos pelo calendário contraceptivo. Esses episódios incluem o uso de métodos contraceptivos, não uso de métodos, ocorrência e curso de gravidez, ocorrência de abortamento, ocorrência de nascimento, episódios em que a mulher ainda não havia iniciado a vida sexual. Após a exclusão dos episódios que não correspondem ao uso de métodos contraceptivos propriamente dito ($n=4184$), foi identificado um total de 3 057 episódios de uso de métodos anticoncepcionais. No entanto, foram também excluídos episódios cujo início do uso de método contraceptivo ocorreu antes do primeiro mês do calendário contraceptivo ($n=1017$); e episódios de uso da laqueadura e vasectomia ($n=73$) (Figura 6).

Assim, no total, foram considerados 1 967 novos episódios de uso de métodos contraceptivos reversíveis, os quais constituíram a amostra final usada na análise das descontinuidades contraceptivas desse estudo. Dentre os episódios de MAC, mais de 90% ($n=1 823$) corresponderam ao uso da pílula oral ($n=743$), do preservativo masculino ($n= 575$) ou do hormonal injetável ($n=505$). Os trinta episódios de uso de MAC com mais de sessenta meses de duração e os 35, que foram iniciados nos três últimos meses do calendário contraceptivo, foram censurados, conforme explicado na metodologia (Figura 7).

Considerando todos os episódios de uso de métodos reversíveis cobertos pelo calendário contraceptivo, 1 225 foram finalizados em descontinuidades, sendo a maior parte durante o primeiro ano de uso do método contraceptivo ($n=731$) (Figura 7).

Figura 7 - Número de episódios de uso dos métodos contraceptivos durante o calendário contraceptivo. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

A figura 8 mostra o número de episódios de descontinuidade no uso dos métodos contraceptivos em doze meses de uso, de acordo com o tipo de descontinuidade e de MAC. No mesmo período coberto pelo calendário contraceptivo, 66,1% dos episódios de uso de MAC foram descontinuados entre as mulheres em geral e 53,9% entre aquelas com necessidade de contracepção. Dentre as mulheres em geral, o abandono foi o tipo de descontinuidade mais frequente (24,4%), ao passo que entre as com necessidade de contracepção, foi a troca para método mais eficaz (26,5%), embora, nesse último grupo, a proporção de descontinuidade por troca para método menos eficaz e mais eficaz tenha sido similar (25,2%).

Figura 8 - Número de episódios de descontinuidade dos métodos anticoncepcionais em doze meses de uso, de acordo ao tipo de descontinuidade e tipo de método contraceptivo. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

*Doze episódios dos métodos anticoncepção de emergência e lactação com amenorreia não foram incluídos na descontinuidade do tipo troca.

6.3.1 Taxas de descontinuidade no uso de métodos contraceptivos

As descontinuidades no uso da pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável, bem como no uso dos métodos contraceptivos em geral, foram estimadas por meio das taxas acumuladas de descontinuidades por cem episódios de uso de cada método contraceptivo em doze meses. No cálculo das taxas de descontinuidade, as análises foram realizadas considerando, em um primeiro momento, as mulheres em geral e, em um segundo momento, considerando apenas as mulheres que tinham necessidade de contracepção. As taxas de descontinuidade foram também estimadas de acordo com o tipo de descontinuidade, ou seja, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz.

A Tabela 4 apresenta as taxas de descontinuidade no uso dos métodos contraceptivos aos três, seis e doze meses após o início do uso. Adicionalmente, apresenta esses mesmos dados separadamente para os municípios São Paulo e Aracaju. Considerando mulheres em geral, 14,9% dos métodos contraceptivos foram descontinuados nos três primeiros meses de uso; 25,3% nos seis primeiros meses e 41,9% aos doze meses. A pílula oral, o preservativo masculino e o injetável apresentaram altas taxas de descontinuidade nos doze meses de uso, sendo estas mais elevadas entre usuárias do preservativo masculino (48,1%), e similares quando comparadas as usuárias de pílula oral (38,6%) e injetável (39,0%) (Figura 9).

A descontinuidade no uso do MAC aos doze meses foi identificada em 35,5% das mulheres com necessidade de contracepção. Da mesma forma que observado para as mulheres em geral, o preservativo masculino apresentou maior taxa de descontinuidade aos doze meses, se comparado com a pílula oral e o injetável também no grupo de mulheres com necessidade de contracepção (Tabela 4 e Figura 10). Estas taxas específicas divergiram entre os municípios de São Paulo e Aracaju, tanto para as mulheres em geral como para as mulheres com necessidade de contracepção, embora essas diferenças não foram estatisticamente significantes (Figura 11). Como exemplo, observa-se que, dentre as mulheres com necessidade de contracepção, a taxa de descontinuidade do preservativo masculino aos doze meses (41,8% versus 35,0%) e do hormonal injetável (36,1% versus 29,5%) foi mais alta entre usuárias do município de São Paulo do que entre usuárias do município de Aracaju, ao passo que dentre usuárias da pílula foi similar (32,3% versus 33,1%).

Tabela 4 - Probabilidades acumuladas de descontinuação de métodos anticoncepcionais nos primeiros, três, seis e doze meses de uso, por tipo de método contraceptivo, entre mulheres em geral e as com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Mulheres em geral									
Métodos contraceptivos (episódios de descontinuidade)	Taxa de descontinuidade acumulada por 100 episódios (%)								
	Total (n=1106)			São Paulo (n=771)			Aracaju (n=335)		
	Meses após o início do uso								
	3	6	12	3	6	12	3	6	12
Todos	14,9	25,3	41,9	15,4	26,0	42,7	13,5	23,4	40,0
Pílula oral	15,2	25,0	38,6	15,1	24,6	38,7	15,5	26,1	38,3
Preservativo masculino	16,9	28,4	48,1	18,4	30,6	50,1	12,7	22,0	42,4
Injetável	11,6	21,8	39,0	12,4	22,7	39,4	10,1	20,3	38,4
Mulheres com necessidade de contracepção									
Métodos contraceptivos	Taxa de descontinuidade acumulada por 100 episódios (%)								
	Total (n=596)			São Paulo (436)			Aracaju (160)		
	Meses após o início do uso								
	3	6	12	3	6	12	3	6	12
Todos	12,8	21,3	35,5	13,5	22,4	36,4	11,1	18,7	33,3
Pílula oral	13,6	21,5	32,5	13,8	21,4	32,3	13,0	21,7	33,1
Preservativo masculino	13,8	23,6	40,0	15,3	25,7	41,8	9,5	17,6	35,0
Injetável	10,1	18,3	33,8	11,2	20,2	36,1	8,3	14,9	29,5

Figura 9 - Probabilidades acumuladas de descontinuação de métodos anticoncepcionais entre mulheres em geral, por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

Figura 10 - Probabilidades acumuladas de descontinuação de métodos anticoncepcionais entre as mulheres com necessidade de contracepção, por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

Figura 11 - Probabilidades acumuladas de descontinuação dos métodos anticoncepcionais entre mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

6.3.3 Taxa de descontinuidade no uso de métodos contraceptivos: abandono

A Tabela 5 apresenta as taxas de descontinuidade no uso de métodos contraceptivos por abandono aos três, seis e doze meses de uso. Da mesma forma que, anteriormente, são apresentadas as taxas considerando mulheres em geral e apenas as mulheres com necessidade de contracepção; são também apresentadas as taxas separadamente para usuárias de pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável e para os municípios de São Paulo e Aracaju.

A taxa de abandono do uso dos métodos contraceptivos entre mulheres em geral foi 5,3% aos três meses, 9,9% aos seis meses e 18,1% aos doze meses de uso. Essas taxas foram semelhantes quando se considera os métodos contraceptivos separadamente, sendo 19,5% entre usuárias de métodos injetáveis no primeiro ano de uso, 18,3% entre as da pílula oral e 18,2% entre as do preservativo masculino (Tabela 5 e Figura 12).

A taxa de abandono no uso de métodos contraceptivos entre as mulheres com necessidade de contracepção foi 10,0% aos doze meses, menor do que entre as mulheres em geral (Tabela 5). Na Figura 13, observa-se que a taxa de abandono variou ao longo do tempo para os três métodos contraceptivos entre as mulheres com necessidade de uso do método, sendo menor entre as usuárias de preservativo masculino (6,7%) e maior entre usuárias do injetável (13,7%) aos doze meses de uso. Ainda, as taxas de abandono foram similares entre as mulheres residentes em São Paulo e Aracaju (Figura 14).

Tabela 5 - Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais nos primeiros três, seis e doze meses de uso, por tipo de método contraceptivo, entre mulheres com e sem necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Abandono (mulheres em geral)									
Métodos contraceptivos	Taxa de descontinuidade acumulada por 100 episódios (%)								
	Total (n=270)			São Paulo (n=188)			Aracaju (n=82)		
	Meses após o início do uso								
	3	6	12	3	6	12	3	6	12
Todos	5,3	9,9	18,1	5,0	9,5	18,1	6,1	10,8	18,1
Pílula oral	5,5	10,3	18,3	4,4	9,2	18,1	8,2	13,1	18,9
Preservativo masculino	5,5	8,7	18,2	6,0	9,2	18,8	4,0	7,4	16,5
Injetável	5,5	11,7	19,5	5,2	11,4	18,5	6,1	12,2	21,3

Abandono (Mulheres com necessidade de contracepção)									
Métodos contraceptivos	Taxa de descontinuidade acumulada por 100 episódios (%)								
	Total (n=144)			São Paulo (n=100)			Aracaju (n=44)		
	Meses após o início do uso								
	3	6	12	3	6	12	3	6	12
Todos	3,1	5,5	10,0	3,0	5,4	9,9	3,5	5,7	10,2
Pílula oral	3,9	6,4	11,0	3,2	5,8	10,5	5,6	8,1	12,1
Preservativo masculino	2,1	3,0	6,7	2,6	3,3	6,5	0,7	2,3	7,1
Injetável	4,0	8,1	13,7	3,9	8,7	14,2	4,2	7,1	12,6

Figura 12 - Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais entre mulheres em geral por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank

Figura 13 - Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais entre as mulheres com necessidade de contracepção por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

Figura 14 - Probabilidades acumuladas de abandonar os métodos anticoncepcionais entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

6.3.4 Taxa de descontinuidade no uso de método contraceptivo: troca por método menos eficaz

A Tabela 6 apresenta as taxas de descontinuidade no uso de métodos contraceptivos por troca por método menos eficaz aos três, seis e doze meses de uso. Da mesma forma que, anteriormente, são apresentadas as taxas considerando as mulheres em geral e apenas as com necessidade de contracepção; são também apresentadas as taxas separadamente para usuárias de pílula, oral, preservativo masculino e hormonal injetável e para os municípios de São Paulo e Aracaju.

A taxa de troca para método menos eficaz entre as mulheres em geral foi 3,2% aos três meses, 5,5% aos seis meses e 10,9% aos doze meses de uso e parece ser diferente quando se considera os métodos contraceptivos separadamente. O hormonal injetável foi o método contraceptivo com a maior taxa de troca por método menos eficaz aos doze meses de uso, alcançando 21,1%. Essa taxa é duas vezes maior que a taxa de troca entre usuárias da pílula oral (10,9%) e quase dez vezes maior que a taxa entre usuárias do preservativo masculino (2,2%) (Tabela 6 e Figura 15).

A taxa de troca para um método menos eficaz entre as mulheres com necessidade de contracepção foi 3,3% aos três meses, 5,4% aos seis meses e 10,9% aos doze meses de uso (Figura 16), valores similares aos observados entre as mulheres em geral. Essa similaridade nas taxas de troca foi também notada em relação à taxa de troca para método menos eficaz entre usuárias do injetável, que alcançou 20,4% e foi mais alta do que as taxas entre usuárias da pílula e do preservativo masculino. Todos esses dados podem ser vislumbrados na Tabela 6.

Por sua vez, não nos parece que as taxas de troca para um método menos eficaz tenham sido muito diferentes entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção de São Paulo e Aracaju, com exceção do injetável, em que as taxas foram bem superiores em São Paulo, embora não foi estatisticamente significativa (Tabela 6, Figura 17).

Tabela 6 - Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais para um método menos eficaz nos primeiros, três, seis e doze meses de uso, por tipo de método contraceptivo, entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Troca para menos eficaz (mulheres em geral)									
Métodos contraceptivos	Taxa de descontinuidade acumulada por 100 episódios (%)								
	Total (n=155)			São Paulo (n=112)			Aracaju (n=43)		
	Meses após o início do uso								
	3	6	12	3	6	12	3	6	12
Todos	3,2	5,5	10,9	3,8	5,8	10,9	1,9	4,7	10,8
Pílula oral	4,2	6,7	10,9	4,9	6,8	10,4	2,6	6,5	12,3
Preservativo masculino	0,4	0,6	2,2	0,3	0,6	1,9	0,7	0,7	2,9
Injetável	5,5	9,9	21,1	7,1	11,7	23,0	2,4	6,7	17,6
Troca para menos eficaz (Mulheres com necessidade de contracepção)									
Métodos contraceptivos	Taxa de descontinuidade acumulada por 100 episódios (%)								
	Total (n=147)			São Paulo (n=108)			Aracaju (n=39)		
	Meses após o início do uso								
	3	6	12	3	6	12	3	6	12
Todos	3,3	5,4	10,3	3,8	5,8	10,5	1,9	4,4	9,8
Pílula oral	4,2	6,7	10,5	4,9	6,8	9,8	2,6	6,5	12,3
Preservativo masculino	0,4	0,4	1,3	0,3	0,3	1,2	0,1	0,7	1,8
Injetável	5,5	9,7	20,4	7,1	11,7	23,0	2,4	6,0	15,3

Figura 15 - Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais por um menos eficaz entre as mulheres em geral por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

Figura 16 - Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais por um menos eficaz entre as mulheres com necessidade de contracepção por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

Figura 17- Probabilidades acumuladas de trocar para um método menos eficaz entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

6.3.5 Taxa de descontinuidade no uso de método contraceptivo: troca por método mais eficaz

A Tabela 7 apresenta as taxas de descontinuidade no uso de métodos contraceptivos por troca por método mais eficaz aos três, seis e doze meses de uso. Todas as taxas de descontinuidade do tipo troca por método mais eficaz foram iguais entre os grupos de mulheres sem e com necessidade de contracepção, certamente porque nenhuma mulher sem necessidade trocou seu método por um mais eficaz.

As taxas de troca por método mais eficaz são apresentadas separadamente para usuárias de pílula, oral, preservativo masculino e hormonal injetável e para os municípios de São Paulo e Aracaju.

Isso posto, a taxa de troca para método mais eficaz foi 3,4% aos três meses, 6,0% aos seis meses e 10,7% aos doze meses de uso (Tabela 7). Aproximadamente, um quarto das usuárias do preservativo masculino o trocou por um método mais eficaz no primeiro ano de uso, taxa maior que a observada entre usuárias do injetável e de pílula oral (Figura 18). Aparentemente, as mulheres residentes em São Paulo e em Aracaju não apresentaram diferenças nas taxas de troca para método mais eficaz, com exceção das usuárias do preservativo masculino, em que a taxa foi maior em São Paulo (26,5%) do que em Aracaju (19,1%) (Figura 19).

Tabela 7 - Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais para um mais eficaz nos primeiros, três, seis e doze meses de uso por tipo de método contraceptivo entre mulheres com e sem necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Troca para mais eficaz									
(mulheres em geral /mulheres com necessidade de contracepção)									
Métodos contraceptivos	Taxa de descontinuidade acumulada por 100 episódios (%)								
	Total (n=155)			São Paulo (n=120)			Aracaju (n=35)		
	Meses após o início do uso								
	3	6	12	3	6	12	3	6	12
Total	3,4	6,0	10,7	4,0	6,7	11,6	2,0	4,4	8,6
Pílula oral	2,6	4,8	7,0	3,0	5,2	7,3	1,6	3,7	6,3
Preservativo masculino	8,1	13,5	24,5	9,0	14,5	26,5	5,5	10,6	19,1
Injetável	-	0,5	1,2	-	0,4	1,0	-	0,7	1,7

Figura 18 - Probabilidades acumuladas de trocar os métodos anticoncepcionais por um mais eficaz entre as mulheres em geral e as mulheres com necessidade de contracepção por tipo de método contraceptivo (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

Figura 19 - Probabilidades acumuladas de trocar para um método mais eficaz entre as mulheres em geral e as com necessidade de contracepção por município (estimado pelo Kaplan-Meier). São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016. Valor de p do Teste de Log-rank.

6.3.6 Distribuição dos episódios de descontinuidade do tipo troca de acordo ao método usado após a descontinuidade

O Quadro 3 apresenta a distribuição dos episódios de troca para um método menos eficaz ou para um método mais eficaz de acordo com o método contraceptivo usado posteriormente à descontinuidade. No que concerne à troca por um método menos eficaz, a pílula oral e o hormonal injetável foram trocados pelo preservativo masculino (84,4% e 50,0%, respectivamente). Este último foi trocado por um método tradicional (100,0%). Em relação à troca por um método mais eficaz, a pílula oral foi majoritariamente trocada pelo hormonal injetável (80%); o hormonal injetável foi trocado pelo DIU e laqueadura/vasectomia; e o preservativo masculino foi trocado pela pílula oral (58,5%).

Quadro 3 - Distribuição das trocas para método menos eficaz e para método mais eficaz segundo ao tipo de método contraceptivo entre as mulheres em geral. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Método contraceptivo em uso	Método contraceptivo usado após descontinuidade								
	Pílula	Preservativo	Injetável	DIU	Tradicional	Permanente	Adesivo	AE	Total*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Troca para menos eficaz									
Pílula		54 (84,4)	-	-	8 (12,5)	-	0 (0,0)	2 (3,1)	64 (100,0)
Preservativo	-	-	-	-	8 (100,0)	-	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)
Injetável	32 (40,0)	40 (50,0)		-	6 (7,5)	-	1 (1,25)	1 (1,3)	80 (100,0)
Total	32 (21,1)	94 (61,8)		-	22 (14,5)		1 (0,7)	3 (2,0)	152 (100,0)
Troca para mais eficaz									
Pílula		-	32 (80,0)	2 (5,0)	-	6 (15,0)	0 (0,0)	-	40 (100,0)
Preservativo	62 (58,5)		37 (34,9)	2 (1,9)	-	4 (3,8)	1(0,9)	-	106 (100,0)
Injetável	0 (0,0)	-		3 (75,0)	-	1 (25,0)	0(0,0)	-	4 (100,0)
Total	62 (41,3)	-	69 (46,0)	7 (4,7)	-	11 (7,3)	1 (0,7)	-	150 (100,0)

*Total 302, porque não foram incluídos a troca dos outros métodos (n=8) diferentes da pílula, preservativo e injetável na análise.

6.3.7 Caracterização das razões para descontinuar o método contraceptivo

As Tabelas 8 e 9 apresentam as razões que levaram as mulheres a descontinuar o uso do método contraceptivo. São descritas as proporções das razões para descontinuar a pílula anticoncepciva oral, o preservativo masculino e o hormonal injetável – para as mulheres em geral e para as com necessidade de contracepção – de acordo com o tipo de descontinuidade, ou seja, total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz.

No grupo de mulheres em geral, entre as usuárias da pílula oral e do hormonal injetável, a principal razão para descontinuar, abandonar ou trocar para um método menos eficaz foram os efeitos colaterais. Entre as usuárias do preservativo masculino, a principal razão para descontinuar o uso do método foi querer um método mais eficaz; para trocar para MAC menos eficaz, a inconveniência para usar; e para abandonar o uso do método, sexo infrequente/parceiro ausente ou distante/separação. Para os três métodos contraceptivos, na descontinuidade do tipo troca para um método mais eficaz, o método foi descontinuado porque a mulher queria usar um método mais eficaz (Tabela 8).

No grupo das mulheres com necessidade de contracepção, entre as usuárias da pílula oral e do hormonal injetável, a principal razão para descontinuar, abandonar ou trocar para um método menos eficaz foram os efeitos colaterais, da mesma forma que ocorreu no grupo das mulheres em geral. Entre as usuárias do preservativo masculino, a principal razão para descontinuar o uso do método foi querer um método mais eficaz; para trocar para MAC menos eficaz, foi o inconveniente para usar, assim como para abandonar o método. Igualmente ao grupo das mulheres no geral, o desejo de trocar para um método mais eficaz foi a principal razão para as usuárias dos três MAC trocarem o uso do método para um mais eficaz (Tabela 9).

Tabela 8 - Distribuição das razões para descontinuar a pílula anticonceptiva oral, o preservativo masculino e o hormonal injetável segundo os tipos de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres no geral. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Pílula oral		Preservativo		Injetável		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mulheres no geral								
Razões para descontinuar								
Sexo infrequente/parceiro ausente ou distante/Separação	19	7,3	25	10,3	9	5,3	53	7,9
Ficou grávida enquanto usava	46	17,7	51	21,1	8	4,7	105	15,7
Queria engravidar	27	10,3	25	10,3	18	10,6	70	10,4
Desaprovação do marido/parceiro	0	0,0	5	2,1	3	1,8	8	1,2
Queria um método mais eficaz	23	8,9	87	35,9	4	2,4	114	16,9
Preocupação com a saúde	11	4,2	2	0,8	11	6,5	24	3,6
Efeitos colaterais	84	32,3	4	1,7	70	41,4	158	23,5
Sem acesso/dificuldade na obtenção/muito caro	8	3,1	2	0,8	17	10,1	27	4,0
Inconveniente para usar	23	8,9	29	12,0	15	8,9	67	10,0
Dificuldade para engravidar/menopausa/histerectomia	1	0,4	1	0,4	1	0,6	3	0,5
Outras	18	6,9	11	4,6	13	7,7	42	6,3
Razões para abandonar								
Sexo infrequente/parceiro ausente ou distante/Separação	17	15,8	24	32,4	7	9,1	48	18,5
Queria engravidar	26	24,1	23	31,1	18	23,4	67	25,9
Desaprovação do marido/parceiro	0	0,0	4	5,4	3	3,9	7	2,7
Queria um método mais eficaz	3	2,8	1	1,3	1	1,3	5	1,9
Preocupação com a saúde	5	4,6	0	0,0	8	10,4	13	5,0
Efeitos colaterais	31	28,7	1	1,3	21	27,3	53	20,5
Sem acesso/dificuldade na obtenção/muito caro	5	4,6	2	2,7	4	5,2	11	4,2
Inconveniente para usar	8	7,4	13	17,6	10	12,9	31	12,0
Dificuldade para engravidar/menopausa/histerectomia	1	0,9	1	1,4	0	0,0	2	0,8
Outras	12	11,1	5	6,8	5	6,5	22	8,5
Razões para trocar por MAC menos eficaz								
Sexo infrequente/parceiro ausente ou distante/Separação	2	3,1	1	12,5	2	2,5	5	3,3
Queria engravidar	0	0,0	2	25,0	0	0,0	2	1,3
Queria um método mais eficaz	1	1,5	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Preocupação com a saúde	6	9,4	0	0,0	3	3,7	9	5,9
Efeitos colaterais	46	71,9	0	0,0	48	60,0	94	61,8
Sem acesso/dificuldade na obtenção/muito caro	1	1,5	0	0,0	13	16,2	14	9,2
Inconveniente para usar	6	9,4	4	50,0	5	6,3	15	9,9
Dificuldade para engravidar/menopausa/histerectomia	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	0,7
Outras	2	3,2	1	12,5	8	10,0	11	7,2

Variáveis	Pílula oral		Preservativo		Injetável		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mulheres no geral								
Razões para trocar por MAC mais eficaz								
Desaprovação do marido/parceiro	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,7
Queria um método mais eficaz	19	48,7	86	81,1	3	75,0	108	72,5
Preocupação com a saúde	0	0,0	2	1,9	0	0,0	2	1,3
Efeitos colaterais	7	17,9	3	2,8	1	25,0	11	7,4
Sem acesso/dificuldade na obtenção/muito caro	2	5,1	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Inconveniente para usar	7	18,0	11	10,4	0	0,0	18	12,1
Outras	4	10,3	3	2,8	0	0,0	7	4,7

Tabela 9 - Distribuição das razões para descontinuar a pílula anticonceptiva oral, o preservativo masculino e o hormonal injetável segundo os tipos de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Pílula oral		Preservativo		Injetável		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mulheres com necessidade de contracepção								
Razões para descontinuar								
Ficou grávida enquanto usava	46	21,6	51	26,7	8	5,7	105	19,3
Desaprovação do marido/parceiro	0	0,0	5	2,6	3	2,1	8	1,5
Queria um método mais eficaz	23	10,8	87	45,6	4	2,8	114	20,9
Preocupação com a saúde	11	5,2	2	1,0	11	7,8	24	4,4
Efeitos colaterais	84	39,4	4	2,1	70	49,7	158	29,0
Sem acesso/dificuldade na obtenção/muito caro	8	3,8	2	1,0	17	12,1	27	4,9
Inconveniente para usar	23	10,8	29	15,2	15	10,6	67	12,3
Outras	18	8,4	11	5,8	13	9,2	42	7,7
Razões para abandonar								
Desaprovação do marido/parceiro	0	0,0	4	15,3	3	5,8	7	4,9
Queria um método mais eficaz	3	4,7	1	3,9	1	1,9	5	3,5
Preocupação com a saúde	5	7,8	0	0,0	8	15,4	13	9,2
Efeitos colaterais	31	48,4	1	3,9	21	40,4	53	37,3
Sem acesso/dificuldade na obtenção/muito caro	5	7,8	2	7,7	4	7,7	11	7,8
Inconveniente para usar	8	12,5	13	50,0	10	19,2	31	21,8
Outras	12	18,8	5	19,2	5	9,6	22	15,5
Razões para trocar por MAC menos eficaz								
Queria um método mais eficaz	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Preocupação com a saúde	6	9,7	0	0,0	3	3,9	9	6,3
Efeitos colaterais	46	74,2	0	0,0	48	62,3	94	65,3
Sem acesso/dificuldade na obtenção/muito caro	1	1,6	0	0,0	13	16,9	14	9,7
Inconveniente para usar	6	9,7	4	80,0	5	6,5	15	10,4
Outras	2	3,2	1	20,0	8	10,4	11	7,6

6.4 ASPECTOS ASSOCIADOS À DESCONTINUIDADE NO USO DA PÍLULA ANTICONCEPCIONAL, DO PRESERVATIVO MASCULINO E DO HORMONAL INJETÁVEL

Nesta seção, são apresentados os aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional, do preservativo masculino e do hormonal injetável. As análises foram conduzidas separadamente por tipo de método para as mulheres em geral e para aquelas com necessidade de contracepção. Primeiramente, foi conduzida análise univariada pelo método de Kaplan-Meier para descontinuidade total, para abandono, para troca para método menos eficaz e, finalmente, para troca para método mais eficaz. Posteriormente, foi conduzida análise múltipla de Cox da mesma forma, considerando as mesmas variáveis independentes, quando possível. Isso porque a inclusão das variáveis em cada modelo dependeu da análise de resíduos de Schoenfeld para verificar se os riscos são proporcionais ao longo do tempo. Caso a variável não tenha apresentado os riscos proporcionais ao longo do tempo, ela foi excluída da análise de regressão.

Vale lembrar que para a análise de descontinuidade, a categoria de referência são os segmentos de uso sem descontinuidade, ou seja, segmentos de uso do mesmo método durante doze meses de seguimento. No caso da análise da descontinuidade por abandono, a categoria de referência são os segmentos de uso sem descontinuidade e os segmentos que finalizaram em descontinuidade por troca para método mais ou menos eficaz ou falha. No caso da análise da descontinuidade por troca por método menos eficaz, a categoria de referência são os segmentos de uso sem descontinuidade e os segmentos que finalizaram em descontinuidade por abandono, por troca para método mais eficaz ou falha. Por sua vez, no caso da análise da descontinuidade por troca por método mais eficaz, a categoria de referência são os segmentos de uso sem descontinuidade e os segmentos que finalizaram em descontinuidade por abandono, por troca para método menos eficaz ou falha.

É importante lembrar também que, na análise das descontinuidades do tipo troca para método mais eficaz, foram incluídas somente os episódios das mulheres com necessidade de contracepção, tendo em vista que nenhuma mulher que não tinha necessidade de usar o MAC o trocou por um método mais eficaz. Dito isso, todos os resultados da análise univariada e múltipla de Cox referentes à descontinuidade do tipo troca para um método mais eficaz foram os mesmos para o grupo que inclui as mulheres em geral e para o grupo com necessidade de contracepção.

A análise univariada dos aspectos associados à descontinuidade no uso dos métodos contraceptivos, estimada por análise de Cox, encontra-se no Apêndice E.

6.4.1 Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres em geral: análise por Kaplan-Meier

A Tabela 10 apresenta as taxas de descontinuidade do uso da pílula oral para as mulheres em geral, em doze meses de seguimento, de acordo as características sociodemográficas e reprodutivas.

A taxa de descontinuidade no uso da pílula oral foi maior entre as mulheres de 18 a 24 anos de idade (45,5%) do que entre as mulheres do grupo de 25 a 34 e 35 a 49 anos (36,0% e 30,2%, respectivamente; $p=0,004$) e entre as mulheres que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde do que as que não referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde (63,0% e 31,7%, respectivamente; $p<0,001$). A idade também foi estatisticamente associada ao abandono, sendo as usuárias de 18 a 24 anos de idade as que mais frequentemente abandonaram o uso da pílula em doze meses de seguimento (23,7%), assim como mulheres que não tiveram filhos (26,4%) ($p=0,015$ e $p=0,013$, respectivamente) e as que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde (30,9%; $p<0,001$). Mulheres que declararam outras religiões (19,9%; $p=0,034$), que usaram AE anteriormente (12,7%; $p=0,049$) e que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde (40,8%; $p<0,001$), foram as que mais frequentemente trocaram a pílula oral por um método menos eficaz. No que concerne à troca da pílula oral por um método mais eficaz, a análise por Kaplan-Meier mostrou que não houve nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo estatisticamente associado nesta amostra.

Tabela 10 - Taxa de descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre mulheres em geral, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional							
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Município		0,997		0,482		0,810		0,552
São Paulo	38,7		18,1		10,4		7,3	
Aracaju	38,3		18,9		12,3		6,3	
Características sociodemográficas								
Idade (anos)		0,004		0,015		0,121		0,268
18-24	45,5		23,7		13,9		5,7	
25-34	36,0		16,1		7,7		8,9	

Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional								
Variáveis	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
35-49	30,2		12,4		12,0		5,0	
Raça/cor da pele		0,377		0,314		0,309		0,291
Branca	35,7		14,9		14,1		5,7	
Negra**	40,4		20,2		9,7		8,0	
Outra**	32,0		14,3		6,9		2,6	
Religião		0,090		0,271		0,034		0,802
Nenhuma	40,3		19,0		2,2		6,7	
Católica	34,1		15,1		10,5		7,1	
Evangélica	42,8		22,2		13,2		6,4	
Outras***	45,9		18,5		19,9		12,1	
Unida		0,828		0,070		0,668		0,233
Não	38,4		23,4		9,2		5,4	
Sim	38,7		16,5		11,4		7,5	
Classe econômica		0,291		0,548		0,052		0,944
A/B	43,8		19,9		17,2		7,3	
C	35,9		17,3		8,1		7,0	
D/E	42,2		20,6		14,2		6,2	
Escolaridade (anos de estudo)		0,626		0,862		0,285		0,567
0-8	36,7		18,6		8,3		7,8	
9 ou mais	39,2		18,2		11,8		6,7	
Trabalho remunerado		0,242		0,480		0,664		0,103
Não	40,6		19,5		10,1		8,8	
Sim	36,6		17,2		11,7		5,2	
Possui plano de saúde		0,432		0,279		0,271		0,790
Não	38,0		17,6		10,4		7,0	
Sim	42,2		22,8		13,7		6,9	
Características reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida		0,426		0,330		0,685		0,670
1	36,0		18,2		11,6		6,2	
2 a 3	41,3		20,3		10,0		6,5	
4 e mais	36,9		15,8		11,5		8,2	
Número de filhos vivos		0,428		0,013		0,429		0,212
0	42,6		26,4		12,4		5,0	
1	39,0		17,8		11,6		6,0	
2 ou mais	36,1		14,4		9,3		9,1	
Uso anterior de anticoncepção de emergência		0,817		0,630		0,049		0,396
Não	37,9		18,8		7,9		8,4	
Sim	39,0		18,0		12,7		6,1	

Variáveis	Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional							
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Abortamento		0,234		0,978		0,072		0,624
Não	37,7		18,5		9,8		7,4	
Sim	41,4		18,0		14,4		5,6	
Intenção reprodutiva		0,569		0,169		0,567		0,619
Quer ter filhos	37,8		21,8		10,2		6,0	
Não quer ter (mais) filhos	38,8		15,2		11,1		8,0	
Não sabe	43,8		24,1		13,9		3,2	
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde		<0,001		<0,001		<0,001		0,927
Não	31,7		15,3		2,8		7,0	
Sim	63,0		30,9		40,8		7,5	

*Teste de Log-rank (Teste de significância para comparar os grupos na análise univariada)

**Negra incluem parda e preta e outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

***Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.4.2 Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres em geral: análise múltipla de Cox

A Tabela 11 apresenta os modelos da análise múltipla de Cox no que concerne às descontinuidades no uso da pílula anticoncepcional oral entre as mulheres em geral. Ressalta-se que a variável classe econômica não foi incluída na análise de descontinuidade do tipo abandono de acordo com a análise de resíduos de Schoenfeld ($p=0.049$).

Os aspectos associados à descontinuidade total no uso da pílula oral e à troca por método menos eficaz foram a idade, ter vivenciado um abortamento, a intenção reprodutiva e os efeitos colaterais/preocupação com a saúde. Comparadas às mulheres de 18 a 24 anos de idade, aquelas com 25 a 34 anos apresentaram menos riscos de descontinuar a pílula oral ($HRa=0,72$; CI 95%: 0,54-0,96) e de trocá-la para um método menos eficaz ($HRa=0,52$; IC 95%: 0,28-0,99). O mesmo foi observado em relação às mulheres de 35 a 49 anos, mas apenas no que concerne à descontinuidade total ($HRa=0,52$; IC 95%: 0,35-0,78).

De maneira oposta, as mulheres que vivenciaram um abortamento apresentaram mais riscos de descontinuar a pílula anticoncepcional oral ($HRa=1,36$; IC 95%: 1,01-1,85) e trocar para um método menos eficaz ($HRa=2,31$; IC 95%: 1,22-4,35), se comparadas com as que não vivenciaram um abortamento. Comparadas às mulheres que queriam filhos,

aquelas que estavam incertas quanto à intenção reprodutiva apresentaram mais riscos de descontinuar a pílula oral (HRa=1,79; CI 95%: 1,01-3,17) e trocá-la para um método menos eficaz (HRa=4,35; IC 95%: 1,51-12,57). Comparadas às mulheres que não apresentaram efeitos colaterais/preocupação com a saúde, aquelas que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde apresentaram mais riscos de descontinuar a pílula oral (HRa=2,60; CI 95%: 2,00-3,37) e trocá-la para um método menos eficaz (HRa=24,11; IC 95%: 11,47-50,68). Ainda, as usuárias de pílula oral, que usaram a AE anteriormente, tiveram mais riscos de trocar para um método mais eficaz do que as que não usaram (HRa=2,52; IC 95%: 1,28-4,97).

Apenas a variável efeito colaterais esteve relacionada ao abandono da pílula oral. As usuárias do método que apresentaram efeitos colaterais/preocupação com a saúde tiveram mais riscos de abandonar o método comparadas aquelas que não apresentaram (HRa=2,18; IC 95%: 1,40-3,38)

Na análise múltipla, nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo mostrou associação com a troca da pílula oral para um método mais eficaz.

Tabela 11 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres em geral, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional							
	Descontinuída de total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Características sociodemográficas								
Idade (anos)								
18-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-34	0,72	0,54-0,96	0,78	0,48-1,28	0,52	0,28-0,99	1,32	0,66-2,64
35-49	0,52	0,35-0,78	0,60	0,30-1,22	0,77	0,38-1,55	0,54	0,17-1,66
Raça/cor da pele								
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra*	1,17	0,87-1,57	1,32	0,82-2,11	0,82	0,47-1,42	1,53	0,69-3,39
Outra*	0,88	0,50-1,55	0,96	0,31-2,97	0,54	0,14-2,13	0,58	0,77-4,34
Unida								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,13	0,82-1,55	0,73	0,46-1,16	1,65	0,82-3,30	1,50	0,64-3,53

Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional								
Variáveis	Descontinuada de total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Classe econômica								
A/B	1,00				1,00		1,00	
C	0,80	0,57-1,13			0,59	0,28-1,24	0,76	0,30-1,88
D/E	0,90	0,59-1,36			1,40	0,62-3,13	0,67	0,33-1,38
Escolaridade (anos de estudo)								
0-8	1,00		1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,10	0,79-1,53	0,89	0,53-1,49	1,94	0,97-3,89	0,76	0,31-1,88
Trabalho remunerado								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,87	0,67-1,15	0,86	0,57-1,31	1,07	0,57-2,00	0,67	0,33-1,38
Características reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida								
1	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,25	0,89-1,75	1,20	0,69-2,08	0,74	0,38-1,43	1,08	0,44-2,61
4 ou mais	1,10	0,75-1,62	0,85	0,47-1,53	0,62	0,29-1,32	1,93	0,79-4,70
Número de filhos vivos								
0	1,00		1,00		1,00		1,00	
1	1,05	0,71-1,53	0,77	0,43-1,39	1,95	0,93-4,08	0,93	0,32-2,68
2 ou mais	0,95	0,61-1,46	0,73	0,35-1,50	1,32	0,58-3,02	1,53	0,47-4,96
Uso anterior de anticoncepção de emergência								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,98	0,74-1,30	0,84	0,52-1,36	2,52	1,28-4,97	0,66	0,35-1,23
Abortamento								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,36	1,01-1,85	1,17	0,73-1,85	2,31	1,22-4,35	0,73	0,33-1,61
Intenção reprodutiva								
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,32	0,96-1,82	0,93	0,56-1,55	1,52	0,79-2,94	1,18	0,61-2,31
Não sabe	1,79	1,01-3,17	1,47	0,64-3,39	4,35	1,51-12,57	0,85	0,10-7,14

Variáveis	Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional							
	Descontinuída de total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	2,60	2,00-3,37	2,18	1,40-3,38	24,11	11,47-50,68	1,11	0,49-2,50

*Raça/cor negra inclui parda e preta, outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

6.4.3 Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise por Kaplan-Meier

A Tabela 12 apresenta as taxas de descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo as características sociodemográficas e reprodutivas, por meio da análise por Kaplan-Meier.

A idade foi o único aspecto associado à descontinuidade total no uso da pílula oral, bem como ao abandono da mesma. As usuárias deste método, que são mais jovens – 18 a 24 anos de idade, apresentaram mais proporção de descontinuidade (39,0%) do que as com idade entre 25 e 34 anos (30,3%) e 35 e 49 anos de idade (24,0%; $p=0,007$). Estas mesmas usuárias também foram mais propensas a abandonar o método (15,3%, $p=0,023$). O efeito colateral apresentou associação significativamente estatística com a descontinuidade total, com o abandono e com troca da pílula anticoncepcional para um método menos eficaz. As mulheres que sofreram efeitos colaterais/preocupação com a saúde foram mais propensas a descontinuar (63,0%, $p<0,001$), a abandonar (30,9%, $p<0,001$) e a trocar para um método menos eficaz (40,8%, $p<0,001$).

Nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo mostrou significância estatística em relação à troca da pílula anticoncepcional por um método mais eficaz. É preciso lembrar que, no que concerne à troca da pílula oral por um método mais eficaz, os valores são os mesmos para as mulheres em geral e para as mulheres com necessidade de contracepção, uma vez que somente estas trocaram o método em uso para um mais eficaz (nesse sentido, rever resultados na Tabela 10).

Tabela 12 - Taxa de descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional					
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Município		0,938		0,414		0,692
São Paulo	32,3		10,5		9,8	
Aracaju	33,1		12,1		12,3	
Características sociodemográficas						
Idade (anos)		0,007		0,023		0,087
18-24	39,0		15,3		13,9	
25-34	30,3		9,4		7,3	
35-49	24,0		6,0		10,9	
Raça/cor da pele		0,498		0,555		0,502
Branca	30,5		9,7		12,7	
Negra**	33,9		12,0		9,7	
Outras**	25,9		6,9		6,9	
Religião		0,703		0,671		0,074
Nenhuma	32,3		9,9		2,2	
Católica	31,7		12,1		10,5	
Evangélica	34,1		10,6		13,2	
Outras***	27,7		4,4		10,5	
Unida		0,587		0,063		0,563
Não	30,9		15,2		8,3	
Sim	33,0		9,5		11,2	
Classe econômica		0,293		0,592		0,064
A/B	38,1		13,2		16,2	
C	29,9		10,1		7,8	
D/E	35,3		12,0		14,2	
Escolaridade (anos de estudo)		0,150		0,102		0,352
0-8	27,7		7,3		8,3	
9 ou mais	34,1		12,2		11,3	
Trabalho remunerado		0,112		0,277		0,847
Não	35,4		12,6		10,1	
Sim	29,5		9,3		10,9	
Possui plano de saúde		0,983		0,992		0,394
Não	32,5		11,0		10,1	
Sim	31,9		10,8		12,3	
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida		0,203		0,086		0,732
1	27,7		7,9		11,6	
2 a 3	36,3		14,2		10,0	

Variáveis	Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional					
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
4 ou mais	30,8		9,0		10,3	
Número de filhos vivos		0,944		0,132		0,532
0	33,1		15,1		12,4	
1	32,7		10,7		10,5	
2 ou mais	32,0		9,1		9,3	
Uso anterior da anticoncepção de emergência		0,922		0,542		0,073
Não	32,5		11,8		7,9	
Sim	32,5		10,5		12,0	
Abortamento		0,528		0,243		0,097
Não	32,1		11,8		9,5	
Sim	33,5		8,2		13,5	
Intenção reprodutiva		0,524		0,300		0,445
Quer ter filhos	30,2		13,4		9,2	
Não quer ter (mais) filhos	34,0		9,0		11,1	
Não sabe	34,9		12,4		13,9	
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde		<0,001		<0,001		<0,001
Não	23,4		6,1		2,2	
Sim	63,0		30,9		40,8	

*Teste de Log-rank (Teste de significância para comparar os grupos na análise univariada)

**Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

***Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.4.4 Aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise múltipla de Cox

A Tabela 13 apresenta os modelos da análise múltipla de Cox no que concerne às descontinuidades no uso da pílula anticoncepcional oral entre as mulheres com necessidade de contracepção. Ressalta-se que a variável classe econômica ($p=0,042$) e união ($p=0,030$) não foi incluída na análise de descontinuidade do tipo troca para método menos eficaz, de acordo com a análise de resíduos de Schoenfeld.

Nesse grupo, a idade, a intenção reprodutiva e os efeitos colaterais/preocupação com a saúde foram aspectos comuns à descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional e à troca da pílula por um método menos eficaz. Comparadas às mulheres de 18 a 24 anos de idade, aquelas com 25 a 34 anos tiveram menos riscos de descontinuar o uso da pílula

(HRa=0,68; IC 95%: 0,50-0,94) e trocá-la por um método menos eficaz (HRa=0,49; IC 95%:0,26-0,93), ao passo que as mulheres com idade entre 35 e 49 anos tiveram menos riscos de descontinuar seu uso (HRa=0,46; IC 95%: 0,29-0,72). Comparadas às mulheres que queriam filhos, aquelas que estavam incertas sobre a intenção reprodutiva apresentaram mais riscos de descontinuar a pílula oral (HRa=1,94; CI 95%: 1,01-3,72) e de trocá-la para um método menos eficaz (HRa=4,94; IC 95%: 1,94-12,58). Comparadas às mulheres que não apresentaram efeitos colaterais/preocupação com a saúde, aquelas que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde apresentaram mais riscos de descontinuar a pílula oral (HRa=3,74; IC 95%: 2,84-4,92) e de trocá-la para um método menos eficaz (HRa=29,30; IC 95%: 13,05-65,76). As usuárias da pílula oral que apresentaram efeitos colaterais/preocupação com a saúde também tiveram mais riscos de abandonar o uso do método (HRa=5,89; IC 95%: 3,51-9,87).

Ainda, as usuárias da pílula anticoncepcional com necessidade de contracepção, que tiveram um ou dois filhos, apresentaram maior risco de descontinuar a pílula oral do que aquelas com um filho (HRa=1,48; IC 95%:1,01-2,17) e aquelas que passaram por um abortamento apresentaram o risco duas vezes maior de trocar a pílula por um método menos eficaz do que as que nunca vivenciaram um abortamento (HRa= 2,07; IC 95%:1,06-4,02).

No que concerne à troca da pílula oral por um método mais eficaz, os valores são os mesmos para as mulheres em geral e para as mulheres com necessidade de contracepção, uma vez que não houve segmentos de mulheres que não tinham necessidade de contracepção que eram usuárias de pílulas anticoncepcionais e trocaram para um método mais eficaz, ou seja, somente as mulheres com necessidade de contracepção trocaram a pílula anticoncepcional para um método mais eficaz (nesse sentido, rever resultados na Tabela 11).

Tabela 13 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional entre as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso da pílula anticoncepcional					
	Descontinuidade Total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Características sociodemográficas						
Idade (anos)						
18-24	1,00		1,00		1,00	
25-34	0,68	0,50-0,94	0,71	0,39-1,27	0,49	0,26-0,93
35-49	0,46	0,29-0,72	0,47	0,18-1,24	0,66	0,31-1,40
Raça/cor da pele						
Branca	1,00		1,00		1,00	
Negra*	1,20	0,87-1,65	1,38	0,75-2,54	0,89	0,49-1,62
Outra*	0,88	0,47-1,63	0,84	0,16-4,54	0,64	0,15-2,64
Unida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,17	0,81-1,68	0,62	0,33-1,17		
Classe econômica						
A/B	1,00		1,00		1,00	
C	0,76	0,53-1,10	0,85	0,42-1,74		
D/E	0,83	0,53-1,30	0,95	0,39-2,27		
Escolaridade (anos de estudo)						
0-8	1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,37	0,94-2,00	1,85	0,89-3,87	1,68	0,83-3,42
Trabalho remunerado						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,80	0,59-1,09	0,66	0,37-1,19	0,91	0,52-1,59
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida						
1	1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,48	1,01-2,17	2,11	0,98-4,52	0,80	0,40-1,62
4 ou mais	1,27	0,81-1,98	1,30	0,55-3,06	0,59	0,27-1,29
Número de filhos vivos						
0	1,00		1,00		1,00	
1	1,28	0,83-1,96	1,17	0,55-2,48	1,93	0,93-4,01
2 ou mais	1,20	0,75-1,93	1,21	0,49-2,96	1,48	1,01-2,17
Uso anterior de anticoncepção de emergência						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,94	0,69-1,28	0,68	0,35-1,33	1,94	0,98-3,84
Abortamento						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,30	0,92-1,83	0,84	0,45-1,58	2,07	1,06-4,02
Intenção reprodutiva						
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,40	0,99-1,98	0,91	0,49-1,69	1,53	0,75-3,11
Não sabe	1,94	1,01-3,72	1,53	0,44-5,28	4,94	1,94-12,58
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	3,74	2,84-4,92	5,89	3,51-9,87	29,30	13,05-65,76

*Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

6.4.5 Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres em geral: análise por Kaplan-Meier

A Tabela 14 apresenta as taxas de descontinuidade do uso do preservativo masculino para as mulheres em geral, em doze meses de seguimento, de acordo as características sociodemográficas e reprodutivas.

Nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo foi associado à descontinuidade total no uso do preservativo masculino, tampouco ao abandono entre as mulheres em geral. No entanto, usuárias do preservativo masculino, que não tinham filhos vivos, foram mais propensas a trocar o método para um menos eficaz (4,8%, $p=0,046$). Da mesma forma, as usuárias do preservativo masculino, que eram unidas, apresentaram maior taxa de descontinuidade por troca para método mais eficaz do que as não unidas (27,7% vs. 17,0%, $p=0,026$). Ao contrário, as que tiveram quatro ou mais parceiros sexuais apresentaram menor proporção de troca para um método mais eficaz (16,3%) do que as que tiveram apenas um (25,1%) ou dois e três (30,9%) parceiros sexuais ($p=0,006$).

Tabela 14 - Taxa de descontinuidade no uso do preservativo masculino por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres em geral, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Descontinuidade no uso do preservativo masculino								
Variáveis	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Município		0,100		0,549		0,504		0,128
São Paulo	50,1		18,8		1,9		26,5	
Aracaju	42,4		16,5		2,9		19,1	
Características sociodemográficas								
Idade (anos)		0,103		0,290		0,676		0,939
18-24	52,8		22,1		2,9		24,8	
25-34	50,0		18,9		1,6		25,4	
35-49	38,0		11,8		2,0		23,2	
Raça/cor da pele		0,585		0,458		0,440		0,725
Branca	47,7		19,6		2,7		26,0	
Negra**	49,6		18,3		1,7		24,3	
Outras**	32,3		4,2		4,6		21,7	
Religião		0,609		0,734		0,673		0,523
Nenhuma	51,4		25,4		3,9		16,6	
Católica	47,0		17,3		1,2		24,8	
Evangélica	45,8		17,0		2,6		24,6	
Outras***	61,4		20,5		4,4		31,5	

Descontinuidade no uso do preservativo masculino								
Variáveis	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Unida		0,112		0,115		0,269		0,026
Não	41,7		21,5		1,0		17,0	
Sim	50,7		16,7		2,7		27,7	
Classe econômica		0,967		0,277		0,910		0,333
A/B	49,0		20,3		1,1		29,5	
C	48,2		16,7		2,3		24,4	
D/E	48,0		20,9		2,7		21,5	
Escolaridade (anos de estudo)		0,588		0,155		0,953		0,484
0-8	46,1		13,4		2,0		27,8	
9 ou mais	48,7		19,8		2,2		23,3	
Trabalho remunerado		0,476		0,871		0,915		0,699
Não	49,8		17,6		2,4		25,6	
Sim	46,4		18,7		2,0		23,5	
Possui plano de saúde		0,312		0,707		0,258		0,106
Não	46,7		17,5		2,5		23,0	
Sim	57,7		24,4		-		34,2	
Características reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida		0,171		0,389		0,727		0,006
1	46,4		16,3		0,8		25,1	
2 a 3	51,5		16,3		2,8		30,9	
4 ou mais	45,4		21,5		2,5		16,3	
Número de filhos vivos		0,194		0,051		0,046		0,333
0	47,6		22,6		4,8		20,1	
1	52,8		21,6		-		26,4	
2 ou mais	44,0		11,9		2,1		25,9	
Uso anterior de anticoncepção de emergência		0,382		0,241		0,080		0,414
Não	45,6		14,8		-		27,4	
Sim	49,0		19,4		3,0		23,4	
Abortamento		0,361		0,417		0,580		0,642
Não	46,6		17,4		1,7		24,9	
Sim	51,6		20,2		3,2		23,4	
Intenção reprodutiva		0,514		0,833		0,714		0,904
Quer ter filhos	47,0		19,6		2,1		24,3	
Não quer ter (mais) filhos	49,3		17,5		1,9		24,7	
Não sabe	43,4		14,4		5,3		23,8	

*Teste de Log-rank (Teste de significância para comparar os grupos na análise univariada)

**Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

***Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.4.6 Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres em geral: análise múltipla de Cox

A Tabela 15 apresenta os modelos da análise múltipla de Cox no que concerne às descontinuidades no uso do preservativo masculino entre as mulheres em geral. Ressalta-se que a variável grupo econômica não foi incluída na análise de descontinuidade do tipo abandono de acordo com a análise de resíduos de Schoenfeld ($p=0,011$).

O número de parceiros sexuais foi o único aspecto associado a descontinuidade total do preservativo masculino. As usuárias do método que tiveram dois a três parceiros sexuais na vida apresentaram mais riscos de descontinuar o método do que as que tiveram apenas um parceiro sexual na vida ($HRa=1,43$; IC 95%:1,02-2,00). No caso das situações em que o preservativo foi abandonado ou trocado por um método mais eficaz, nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo mostrou associação.

O pequeno número de episódios de descontinuidade do preservativo masculino para troca para um método menos eficaz ($n=8$) não foi suficiente para permitir a condução da análise múltipla de Cox em relação à troca por um método menos eficaz entre as mulheres em geral.

Tabela 15 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres em geral, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso do preservativo masculino					
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método mais eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Características sociodemográficas						
Idade (anos)						
18-24	1,00		1,00		1,00	
25-34	0,96	0,69-1,32	1,15	0,67-1,97	0,88	0,53-1,47
35-49	0,63	0,39-1,03	0,64	0,28-1,45	0,73	0,37-1,43
Raça/cor da pele						
Branca	1,00		1,00		1,00	
Negra*	0,98	0,75-1,30	0,93	0,57-1,51	0,89	0,58-1,35
Outra*	0,71	0,31-1,67	0,29	0,37-2,23	0,88	0,30-2,61
Unida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,30	0,92-1,84	0,80	0,43-1,48	1,50	0,85-2,64
Classe econômica						
A/B	1,00				1,00	
C	0,97	0,65-1,46			0,78	0,45-1,35
D/E	0,96	0,56-1,66			0,51	0,25-1,05

Variáveis	Descontinuidade no uso do preservativo masculino					
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método mais eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Escolaridade (anos de estudo)						
0-8	1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,00	0,68-1,47	1,09	0,55-2,18	0,77	0,45-1,30
Trabalho remunerado						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,04	0,78-1,39	1,10	0,68-1,80	0,99	0,64-1,52
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida						
1	1,00		1,00		1,00	
2 a 3	1,43	1,02-2,00	1,23	0,60-2,52	1,65	0,96-2,82
4 ou mais	1,20	0,83-1,75	1,45	0,70-3,00	0,85	0,46-1,58
Número de filhos vivos						
0	1,00		1,00		1,00	
1	1,06	0,71-1,57	0,82	0,39-1,75	1,49	0,84-2,63
2 ou mais	0,77	0,46-1,30	0,39	0,15-1,00	1,54	0,80-2,98
Uso anterior de anticoncepção de emergência						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,07	0,77-1,49	1,09	0,56-2,10	0,92	0,55-1,53
Abortamento						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,21	0,87-1,66	1,69	0,93-3,05	0,85	0,51-1,42
Intenção reprodutiva						
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,33	0,93-1,90	1,61	0,86-3,01	0,86	0,53-1,41
Não sabe	0,81	0,43-1,53	0,66	0,21-2,11	0,78	0,30-1,98

*Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

6.4.7 Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise por Kaplan-Meier

A Tabela 16 apresenta as taxas de descontinuidade no uso do preservativo masculino para as mulheres com necessidade de contracepção, em doze meses de seguimento, de acordo as características sociodemográficas e reprodutivas.

Nesse grupo de mulheres, as unidas apresentaram taxa mais elevada de descontinuidade total no uso do preservativo masculino (44,1%; $p=0,009$), assim como as que relataram dois a três parceiros sexuais (44,8%; $p=0,047$).

O abandono do preservativo masculino foi mais frequentemente observado entre as mulheres de mais escolaridade (8,2%; $p=0,033$) e com um filho (10,3%; $p=0,040$). Por sua vez, a troca do preservativo masculino por um método mais eficaz foi mais frequente entre mulheres unidas (27,7%; $p=0,026$) e com dois a três parceiros sexuais (30,9%; $p=0,006$). É preciso lembrar que, no que concerne à troca do preservativo masculino por um método mais eficaz, os valores são os mesmos para as mulheres em geral e para as mulheres com necessidade de contracepção, tendo em vista que nenhuma, que não tinha necessidade de usar o MAC, trocou-o por um método mais eficaz (nesse sentido, ver resultados na Tabela 14).

Nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo foi estatisticamente associado à troca do preservativo masculino por um método menos eficaz entre mulheres com necessidade de contracepção.

Tabela 16 - Taxa de descontinuidade no uso do preservativo masculino por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso do preservativo masculino					
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Município						
São Paulo	41,8		6,5		1,2	
Aracaju	35,0		7,1		1,8	
Características sociodemográficas						
Idade (anos)		0,113		0,060		0,642
18-24	42,6		7,4		1,4	
25-34	43,6		9,6		0,8	
35-49	30,5		1,5		2,0	
Raça/cor da pele		0,766		0,521		0,167
Branca	38,6		7,2		1,9	
Negra**	41,8		7,1		0,8	
Outras**	29,4		-		4,6	
Religião		0,429		0,495		0,192
Nenhuma	41,7		10,8		3,9	
Católica	39,2		6,7		-	
Evangélica	37,3		5,4		1,8	
Outras***	54,8		8,4		4,4	

Variáveis	Descontinuidade no uso do preservativo masculino					
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Unida		0,009		0,668		0,140
Não	29,9		7,0		-	
Sim	44,1		6,6		1,9	
Classe econômica		0,932		0,261		0,993
A/B	40,7		7,7		1,1	
C	40,3		5,5		1,4	
D/E	39,3		9,4		1,3	
Escolaridade (anos de estudo)		0,585		0,033		0,778
0-8	38,4		2,4		1,2	
9 ou mais	40,5		8,2		1,4	
Trabalho remunerado		0,554		0,549		0,712
Não	41,6		5,9		1,1	
Sim	38,5		7,5		1,5	
Possui plano de saúde		0,190		0,384		0,372
Não	38,5		6,1		1,5	
Sim	49,8		11,2		-	
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida		0,047		0,914		0,660
1	41,6		9,1		0,8	
2 a 3	44,8		6,1		2,0	
4 ou mais	33,2		6,1		0,9	
Número de filhos vivos		0,124		0,040		0,282
0	35,8		8,6		1,8	
1	45,7		10,3		-	
2 ou mais	37,8		2,4		2,1	
Uso anterior de anticoncepção de emergência		0,767		0,606		0,166
Não	39,3		5,3		-	
Sim	40,3		7,3		1,8	
Abortamento		0,787		0,558		0,563
Não	39,2		7,0		1,0	
Sim	42,0		6,1		2,2	
Intenção reprodutiva		0,513		0,127		0,107
Quer ter filhos	38,9		9,7		-	
Não quer ter (mais) filhos	41,4		5,2		1,9	
Não sabe	33,6		-		5,3	

*Teste de Log-rank (Teste de significância para comparar os grupos na análise univariada)

**Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

***Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.4.8 Aspectos associados à descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise múltipla de Cox

A Tabela 17 apresenta os modelos da análise múltipla de Cox no que concerne às descontinuidades no uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de contracepção. Ressalta-se que a variável raça/cor da pele não foi incluída na análise de descontinuidade total, de acordo com a análise de resíduos de Schoenfeld ($p=0,027$).

Apenas a união conjugal foi estatisticamente associada a descontinuar o uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de anticoncepção. Dessa forma, as mulheres unidas tiveram mais riscos de descontinuar o uso do preservativo masculino comparadas com as não unidas ($HRa=1,51$; IC 95%: 1,03-2,22).

A idade e o classe econômica foram os aspectos associados ao abandono do preservativo masculino. Comparado com as mulheres de 18 a 24 anos de idade, aquelas com 25 a 34 anos apresentaram o risco quase três vezes maior de abandonar o método ($HRa=2,64$; IC 95%: 1,11-6,30). Comparadas com as mulheres de classe econômica A/B, aquelas de classe econômica D/E tiveram mais riscos de abandonar o preservativo masculino ($HRa=4,59$; IC 95%: 1,07-19,59).

O número de filhos vivos foi o único aspecto associado à troca do preservativo masculino para um método menos eficaz, sendo que as mulheres, as quais tiveram dois ou mais filhos, tiveram risco expressivamente menor de trocar o preservativo por um método menos eficaz se comparadas com aquelas que não tiveram filhos ($HRa=0,07$; IC 95%: 0,01-0,52).

No que concerne à troca do preservativo masculino por um método mais eficaz, os valores são os mesmos para as mulheres em geral e para as mulheres com necessidade de contracepção, uma vez que não houve segmentos de mulheres que não tinham necessidade de contracepção, usuárias de preservativo masculino e que trocaram para um método mais eficaz. Nesse sentido, assim como para o grupo das mulheres em geral (Tabela 15), na análise múltipla de Cox, nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo foi associado à troca do preservativo masculino por um método mais eficaz.

Tabela 17 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso do preservativo masculino					
	Descontinuidade Total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Características sociodemográficas						
Idade (anos)						
18-24	1,00		1,00		1,00	
25-34	1,00	0,70-1,42	2,64	1,11-6,30	0,15	0,02-1,10
35-49	0,61	0,37-1,02	0,69	0,11-4,26	1,13	0,04-33,33
Raça/cor da pele						
Branca			1,00		1,00	
Negra*			0,69	0,30-1,58	0,77	0,11-5,30
Outras*			-	-	-	-
Unida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,51	1,03-2,22	1,04	0,34-3,24	-	-
Classe econômica						
A/B	1,00		1,00		1,00	
C	0,97	0,61-1,54	1,17	0,36-3,79	0,25	0,04-1,44
D/E	0,87	0,48-1,58	4,59	1,07-19,59	0,72	0,16-3,24
Escolaridade (anos de estudo)						
0-8	1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,07	0,69-1,65	3,87	0,92-16,32	1,67	0,10-26,93
Trabalho remunerado						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,05	0,76-1,44	2,02	0,76-5,38	0,25	0,01-9,48
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida						
1	1,00		1,00		1,00	
2 a 3	1,42	0,99-2,05	0,96	0,35-2,65	0,36	0,01-10,50
4 ou mais	1,01	0,67-1,52	0,63	0,19-2,03	0,98	0,01-1,48
Número de filhos vivos						
0	1,00		1,00		1,00	
1	1,27	0,84-1,94	0,94	0,29-3,04	-	-
2 ou mais	0,99	0,58-1,70	0,26	0,05-1,22	0,07	0,01-0,52
Uso anterior de anticoncepção de emergência						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,01	0,69-1,46	1,09	0,39-3,05	-	-
Abortamento						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,05	0,73-1,51	1,32	0,43-4,04	3,01	0,34-27,00
Intenção reprodutiva						
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,20	0,81-1,78	0,92	0,34-2,50	-	-
Não sabe	0,73	0,36-1,50	-	-	-	-

*Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

6.4.9 Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres em geral: análise por Kaplan-Meier

A Tabela 18 apresenta as taxas de descontinuidade no uso do hormonal injetável para as mulheres em geral, em doze meses de seguimento, de acordo as características sociodemográficas e reprodutivas.

Ao contrário dos demais tipos de métodos considerados nas análises dos aspectos associados às descontinuidades no uso – pílula oral e preservativo masculino – o hormonal injetável foi o método contraceptivo em que houve vários aspectos sociodemográficos e reprodutivos associados.

Religião, número de parceiros sexuais na vida e efeitos colaterais/preocupação com a saúde foram os aspectos associados à descontinuidade total no uso do hormonal injetável. Assim, usuárias do hormonal injetável que se declararam de outras religiões apresentaram mais proporção de descontinuí-lo (66,5%; $p<0,001$), quando comparadas às mulheres que se declararam católicas, evangélicas ou até mesmo sem nenhuma religião; mulheres com quatro ou mais parceiros sexuais também foram as que mais frequentemente descontinuaram o uso do hormonal injetável (43%; $p=0,038$), quando comparadas àquelas com menos parceiros sexuais anteriores; e mulheres que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde foram as que mais descontinuaram (64,5%; $p<0,001$), quando comparadas com as que não referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde.

Número de parceiros sexuais ($p=0,005$), número de filhos vivos ($p=0,006$), uso anterior de anticoncepção de emergência ($p=0,028$) e efeitos colaterais/preocupação com a saúde ($p=0,004$) foram aspectos associados ao abandono do uso do hormonal injetável.

A troca do hormonal injetável por um método menos eficaz foi mais frequentemente observado entre mulheres que relataram ter outra religião (41,7%; $p<0,001$), que vivenciaram um abortamento (31,3%, $p=0,002$) e que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde (47,9; $p<0,001$).

Por sua vez, nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo mostrou qualquer associação estatisticamente significativa no que concerne à troca por um método mais eficaz entre as usuárias do hormonal injetável, quando consideradas as mulheres em geral.

Tabela 18 - Taxa de descontinuidade no uso do hormonal injetável por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres em geral, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Descontinuidade no uso do hormonal injetável								
Variáveis	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Município		0,789		0,510		0,148		0,529
São Paulo	39,4		18,5		23,0		1,0	
Aracaju	38,4		21,3		17,6		1,7	
Características sociodemográficas								
Idade (anos)		0,620		0,255		0,543		0,271
18-24	39,0		22,2		19,3		-	
25-34	36,5		16,0		21,6		2,0	
35-49	46,3		22,7		25,2		2,6	
Raça/cor da pele		0,994		0,671		0,690		0,880
Branca	37,5		17,7		20,3		1,7	
Negra**	38,9		18,3		22,3		1,2	
Outras**	35,9		23,9		12,4		-	
Religião		<0,001		0,175		<0,001		0,826
Nenhuma	24,7		18,0		4,7		2,2	
Católica	41,3		20,8		23,1		0,6	
Evangélica	37,6		15,8		22,4		1,7	
Outras***	66,5		42,1		41,7		-	
Unida		0,115		0,937		0,124		0,815
Não	33,6		18,9		16,8		1,2	
Sim	41,3		19,7		22,9		1,3	
Classe econômica		0,842		0,230		0,950		0,246
A/B	43,8		29,8		19,6		-	
C	38,2		17,2		21,5		2,1	
D/E	38,5		19,4		20,7		-	
Escolaridade (anos de estudo)		0,100		0,152		0,819		0,267
0-8	44,0		24,1		20,3		2,4	
9 ou mais	37,1		17,8		21,3		0,8	
Trabalho remunerado		0,952		0,087		0,255		0,979
Não	38,3		15,5		23,0		1,3	
Sim	39,8		23,3		19,2		1,2	
Possui plano de saúde		0,639		0,878		0,350		0,544
Não	38,3		19,3		20,2		1,4	
Sim	49,1		23,2		32,9		-	

Variáveis	Descontinuidade no uso do hormonal injetável							
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Características reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida		0,038		0,005		0,376		0,546
1	27,1		6,5		21,9		-	
2 a 3	41,0		20,4		23,6		1,1	
4 ou mais	43,0		25,8		17,0		2,2	
Número de filhos vivos		0,087		0,006		0,783		0,058
0	52,6		37,1		23,7		-	
1	34,3		16,2		19,9		-	
2 ou mais	39,4		16,8		21,8		3,0	
Uso anterior de anticoncepção de emergência		0,569		0,028		0,503		0,536
Não	36,4		13,5		21,8		1,5	
Sim	40,4		22,6		20,8		1,1	
Abortamento		0,092		0,130		0,002		0,222
Não	37,0		21,4		17,7		0,7	
Sim	45,1		13,1		31,3		3,0	
Intenção reprodutiva		0,192		0,228		0,479		0,156
Quer ter filhos	41,8		23,1		21,1		2,0	
Não quer ter (mais) filhos	39,2		18,6		22,3		0,5	
Não sabe	17,8		4,2		9,5		5,0	
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde		<0,001		0,004		<0,001		0,911
Não	28,6		16,3		11,0		1,2	
Sim	64,5		29,0		47,9		1,6	

*Teste de Log-rank (Teste de significância para comparar os grupos na análise univariada)

**Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

***Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.4.10 Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres em geral: análise múltipla de Cox

A Tabela 19 apresenta os modelos da análise múltipla de Cox no que concerne às descontinuidades no uso do hormonal injetável entre as mulheres em geral. Ressalta-se que, de acordo com a análise de resíduos de Schoenfeld, as variáveis raça/cor da pele

($p=0,016$) e número de filhos vivos ($p=0,051$) não foram incluídas nas análises de descontinuidade total; as variáveis classe econômica ($p=0,027$), número de filhos vivos ($p=0,024$) e intenção reprodutiva ($p=0,037$) não foram incluídas na análise de abandono; e as variáveis idade ($p=0,016$) e uso anterior de anticoncepção de emergência ($p=0,052$) não foram incluídas no modelo de troca para um método menos eficaz.

A escolaridade também esteve estatisticamente associada ao abandono do hormonal injetável entre mulheres em geral, sendo que as com nove anos ou mais de escolaridade tiveram menos risco de descontinuar o método (HRa=0,59; IC 95%: 0,35-0,98).

O número de parceiros sexuais na vida e os efeitos colaterais/preocupação com a saúde foram os aspectos associados a descontinuar e a abandonar o hormonal injetável entre as mulheres em geral. Mulheres que tiveram quatro ou mais parceiros sexuais na vida apresentaram o risco duas vezes mais alto de descontinuar (HRa=2,09; IC 95%: 1,22-3,56) e quatro vezes mais de abandonar (HRa=4,18; IC 95%: 1,54-11,40) o uso do hormonal injetável se comparadas com as que tiveram apenas um parceiro sexual. Mulheres que tiveram dois ou três parceiros sexuais na vida também tiveram mais riscos de descontinuar (HRa=1,70; IC 95%: 1,05-2,75) e de abandonar o hormonal injetável no primeiro ano de uso (HRa=3,21; IC 95%: 1,25-8,22).

Ter vivenciado um abortamento e ter relatado efeitos colaterais/preocupação com a saúde foram os aspectos estatisticamente associados à troca do hormonal injetável por um método menos eficaz. Se comparadas com as mulheres que não passaram por um abortamento, aquelas que o vivenciaram tiveram o risco duas vezes mais alto de trocar o hormonal injetável para um método menos eficaz (HRa=2,05; IC 95%: 1,23-3,42) e aquelas que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde tiveram um risco seis vezes maior do que aquelas que não tiveram efeitos colaterais/preocupação com a saúde (HRa=6,01; IC 95%: 3,67-9,84).

O pequeno número de episódios de descontinuidade do hormonal injetável para troca para um método mais eficaz ($n=4$) não foi suficiente para permitir a condução da análise múltipla de Cox em relação à troca por um método mais eficaz.

Tabela 19 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres em geral, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso do hormonal injetável					
	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Características sociodemográficas						
Idade (anos)						
18-24	1,00		1,00			
25-34	0,88	0,58-1,34	0,61	0,33-1,12		
35-49	1,18	0,69-2,03	0,78	0,35-1,73		
Raça/cor da pele						
Branca			1,00		1,00	
Negra*			1,00	0,51-1,94	1,04	0,57-1,90
Outras*			1,16	0,29-4,74	0,42	0,10-1,69
Unida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,28	0,84-1,95	1,20	0,62-2,35	1,17	0,64-2,16
Classe econômica						
A/B	1,00				1,00	
C	0,72	0,41-1,25			0,79	0,37-1,71
D/E	0,74	0,41-1,33			0,71	0,30-1,67
Escolaridade (anos de estudo)						
0-8	1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	0,77	0,53-1,12	0,59	0,35-0,98	1,05	0,56-1,95
Trabalho remunerado						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,11	0,79-1,56	1,45	0,89-2,35	0,88	0,54-1,42
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida						
1	1,00		1,00		1,00	
2 a 3	1,70	1,05-2,75	3,21	1,25-8,22	1,15	0,60-2,22
4 ou mais	2,09	1,22-3,56	4,18	1,54-11,40	0,88	0,42-1,82
Número de filhos vivos						
0					1,00	
1					1,02	0,46-2,23
2 ou mais					1,25	0,56-2,78
Uso anterior de anticoncepção de emergência						
Não	1,00		1,00			
Sim	0,99	0,69-1,41	1,58	0,88-2,85		
Abortamento						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,18	0,82-1,71	0,56	0,29-1,10	2,05	1,23-3,42

Variáveis	Descontinuidade no uso do hormonal injetável					
	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Intenção reprodutiva						
Quer ter filhos	1,00				1,00	
Não quer ter (mais) filhos	0,85	0,59-1,22			0,84	0,50-1,41
Não sabe	0,50	0,17-1,46			0,70	0,16-3,16
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde						
Não	1,00				1,00	
Sim	3,25	2,32-4,54	2,15	1,16-4,00	6,01	3,67-9,84

*Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

6.4.11 Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise por Kaplan-Meier

A Tabela 20 apresenta as taxas de descontinuidade no uso do hormonal injetável para as mulheres com necessidade de contracepção, em doze meses de seguimento, de acordo com as características sociodemográficas e reprodutivas.

As usuárias do hormonal injetável que eram de outra religião, que não a católica, e evangélica foram as que mais frequentemente descontinuaram o uso do hormonal injetável (60,1%; $p<0,001$), assim como as mulheres que vivenciaram um abortamento (41,7%, $p=0,028$) e as que apresentaram efeitos colaterais/preocupação com a saúde (64,5; $p<0,001$).

Em relação ao abandono do uso do hormonal injetável, foram aspectos estatisticamente associados o trabalho remunerado ($p=0,025$), maior número de parceiros sexuais ($p=0,021$), e não ter filhos ($p=0,015$), o uso anterior da anticoncepção de emergência ($p=0,032$) e os efeitos colaterais/preocupação com a saúde ($p<0,001$).

As mulheres que trocaram o hormonal injetável por um método menos eficaz foram as que passaram por um abortamento (31,3%; $p<0,001$), que relataram outras religiões (41,7%; $p<0,001$) e as que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde (47,9; $p<0,001$).

No que concerne à troca do hormonal injetável por um método mais eficaz, os valores são os mesmos para as mulheres em geral e para as mulheres com necessidade de contracepção, tendo em vista que nenhuma mulher, que não tinha necessidade de usar o

MAC, trocou-o por um método mais eficaz. Dessa forma, assim como para o grupo das mulheres em geral (Tabela 18), entre as usuárias do hormonal injetável que tinham necessidade de contracepção, nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo mostrou qualquer associação com a troca para um método mais eficaz.

Tabela 20 - Taxa de descontinuidade no uso do hormonal injetável por tipo de descontinuidade (total, abandono, troca para método menos eficaz e troca para método mais eficaz) entre as mulheres com necessidade de contracepção, segundo características sociodemográficas e reprodutivas. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso do hormonal injetável					
	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Município		0,167		0,686		0,052
São Paulo	36,1		14,2		23,0	
Aracaju	29,5		12,6		15,3	
Características sociodemográficas						
Idade (anos)		0,285		0,356		0,555
18-24	30,7		12,6		18,4	
25-34	33,5		12,6		21,1	
35-49	43,0		19,6		23,8	
Raça/cor da pele		0,980		0,701		0,750
Branca	31,3		9,7		20,3	
Negra**	34,0		13,0		21,3	
Outra**	30,4		17,3		12,4	
Religião		<0,001		0,449		<0,001
Nenhuma	16,5		9,2		4,7	
Católica	37,2		16,0		22,5	
Evangélica	32,6		10,9		20,9	
Outras***	60,1		31,3		41,7	
Unida		0,150		0,489		0,066
Não	29,2		15,5		14,9	
Sim	35,7		12,8		22,6	
Classe econômica		0,748		0,165		0,860
A/B	40,0		25,2		19,6	
C	34,3		12,2		21,5	
D/E	30,2		11,9		17,9	
Escolaridade (anos de estudo)		0,367		0,499		0,932
0-8	35,9		15,3		18,6	
9 ou mais	33,0		13,1		20,9	

Descontinuidade no uso do hormonal injetável						
Variáveis	Descontinuidade total		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank	%	p-valor Log-Rank
Trabalho remunerado		0,938		0,025		0,203
Não	32,9		8,9		22,6	
Sim	34,8		18,2		18,1	
Possui plano de saúde		0,526		0,789		0,294
Não	33,0		13,4		19,4	
Sim	44,9		17,3		32,9	
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida		0,055		0,021		0,275
1	22,4		3,8		19,3	
2 a 3	36,5		14,5		23,6	
4 ou mais	36,8		18,5		16,3	
Número de filhos vivos		0,096		0,015		0,696
0	45,9		28,3		23,7	
1	28,7		10,7		18,6	
2 ou mais	35,3		11,8		21,3	
Uso anterior de anticoncepção de emergência		0,768		0,032		0,487
Não	31,8		8,1		21,2	
Sim	35,0		16,6		19,9	
Abortamento		0,028		0,137		<0,001
Não	31,1		15,3		16,6	
Sim	41,7		8,0		31,3	
Intenção reprodutiva		0,206		0,214		0,517
Quer ter filhos	35,8		16,4		20,1	
Não quer ter (mais) filhos	34,4		13,2		21,5	
Não sabe	14,0		-		9,5	
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde		<0,001		<0,001		<0,001
Não	20,7		8,3		9,8	
Sim	64,5		29,0		47,9	

*Teste de Log-rank (Teste de significância para comparar os grupos na análise univariada)

**Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

***Outras religiões incluem: Afro-Brasileira e espírita.

6.4.12 Aspectos associados à descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção: análise múltipla de Cox

A Tabela 21 apresenta os modelos da análise múltipla de Cox no que concerne às descontinuidades no uso do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção. Ressalta-se que, de acordo com a análise de resíduos de Schoenfeld, as variáveis raça/cor da pele ($p=0,040$), classe econômica ($p=0,022$) e número de filhos vivos ($p=0,023$) não foram incluídas nas análises de descontinuidade total; as variáveis classe econômica ($p=0,006$), trabalho remunerado ($p=0,029$), número de filhos vivos ($p=0,008$) e intenção reprodutiva ($p=0,004$) não foram incluídas nas análises de descontinuidade do tipo abandono; e a variável idade ($p=0,031$) não foi incluída nas análises de descontinuidade do tipo troca para método menos eficaz.

O número de parceiros sexuais na vida e os efeitos colaterais/preocupação com a saúde foram os aspectos mais fortemente associados à descontinuidade no uso e ao abandono do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção. Comparadas com as mulheres que tiveram apenas um parceiro sexual, aquelas que tiveram quatro ou mais parceiros sexuais apresentaram mais riscos de descontinuar ($HRa=2,05$; IC 95%: 1,15-3,65) e de abandonar o hormonal injetável ($HRa=4,10$; IC 95%: 1,04-16,21) e as mulheres que tiveram dois a três parceiros sexuais na vida apresentaram mais riscos de descontinuar ($HRa=1,79$; IC 95%: 1,08-2,96). Da mesma forma, as mulheres que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde apresentaram mais riscos de descontinuar ($HRa=4,54$; IC 95%: 3,13-6,59) e de abandonar o hormonal injetável ($HRa=4,95$; IC 95%: 2,32-10,56).

As usuárias do hormonal injetável que passaram por um abortamento apresentaram duas vezes mais riscos de trocá-lo por um método menos eficaz do que as que nunca vivenciaram um abortamento ($HRa= 2,23$; IC 95%: 1,35-3,70), assim como as que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde apresentaram seis vezes mais riscos do que as que não referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde ($HRa= 6,01$; IC 95%: 4,06-11,78).

Assim como para o grupo das mulheres em geral (Tabela 19), o pequeno número de episódios de troca do hormonal injetável por um método mais eficaz ($n=4$) não foi suficiente para realizar a análise múltipla de Cox e pudesse ser conduzida no grupo das mulheres com necessidade de contracepção.

Tabela 21 - Modelo múltiplo de riscos proporcionais de Cox para descontinuidade no uso do hormonal injetável entre as mulheres com necessidade de contracepção, de acordo com o tipo de descontinuidade. São Paulo e Aracaju, Brasil – 2015/2016.

Variáveis	Descontinuidade no uso do hormonal injetável					
	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Características sociodemográficas						
Idade (anos)						
18-24	1,00		1,00			
25-34	1,09	0,68-1,74	0,96	0,42-2,17		
35-49	1,51	0,80-2,84	1,59	0,53-4,74		
Raça/cor da pele						
Branca			1,00		1,00	
Negra*			1,41	0,53-3,73	1,00	0,55-1,81
Outra*			1,71	0,17-16,92	0,38	0,09-1,57
Unida						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,30	0,82-2,07	0,85	0,38-1,90	1,26	0,68-2,32
Classe econômica						
A/B					1,00	
C					0,72	0,32-1,61
D/E					0,53	0,22-1,28
Escolaridade (anos de estudo)						
0-8	1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	0,90	0,58-1,39	0,59	0,29-1,20	1,17	0,62-2,21
Trabalho remunerado						
Não	1,00				1,00	
Sim	1,06	0,71-1,57			0,83	0,51-1,36
Características reprodutivas						
Número de parceiros sexuais na vida						
1	1,00		1,00		1,00	
2 a 3	1,79	1,08-2,96	3,34	0,97-11,43	1,42	0,74-2,73
4 ou mais	2,05	1,15-3,65	4,10	1,04-16,21	1,05	0,51-2,13
Número de filhos vivos						
0					1,00	
1					0,95	0,42-2,11
2 ou mais					1,23	0,55-2,76
Uso anterior de anticoncepção de emergência						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	0,98	0,67-1,44	1,85	0,83-4,15	0,72	0,45-1,16

Descontinuidade no uso do hormonal injetável						
Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz	
	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%	HRa	IC 95%
Abortamento						
Não	1,00		1,00		1,00	
Sim	1,26	0,84-1,90	0,42	0,17-1,08	2,23	1,35-3,70
Intenção reprodutiva						
Quer ter filhos	1,00				1,00	
Não quer ter (mais) filhos	0,81	0,53-1,26			0,79	0,47-1,34
Não sabe	0,48	0,14-1,67			0,71	0,16-3,15
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde						
Não	1,00				1,00	
Sim	4,54	3,13-6,59	4,95	2,32-10,56	6,01	4,06-11,78

*Raça/cor negra incluem: parda e preta; outras raças/cores de pele incluem: amarela e indígena

7 DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Esta tese compõe-se de um estudo que examinou as descontinuidades contraceptivas e os aspectos associados à descontinuidade no uso da pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável entre mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de 57 UBS de um município da região sudeste e outro da região nordeste do país. Trata-se do primeiro estudo dessa natureza no país em mais de 20 anos, uma vez que os resultados mais recentes foram provenientes da PNDS de 1996 e, justamente após essa época, houve ampliação da atenção básica e a normatização da lei do planejamento familiar de 1996. Isso possibilitou observar as mudanças ocorridas nos padrões das descontinuidades contraceptivas durante essas duas décadas.

Entender os aspectos que influenciam as descontinuidades contraceptivas pode favorecer estratégias para reduzir a ocorrência de gravidez não planejada e o abortamento inseguro, que trazem consequências negativas para a saúde da mulher. Nesse sentido, este estudo é inovador, pois traça um panorama dos aspectos associados à descontinuidade do uso dos métodos contraceptivos pílula oral, preservativo masculino e hormonal injetável separadamente para os tipos de descontinuidade, o que não foi muito explorado em outros estudos (Bradley, Schwandt, Khan, 2009; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014). Além disso, descreve os padrões das descontinuidades contraceptivas levando em conta mulheres não apenas casadas, mas também solteiras, diferentemente de outros estudos que consideraram somente aquelas (Bradley, Schwandt, Khan, 2009; Ali, Cleland, 2010a).

A população deste estudo constitui-se, na maior parte, de mulheres com idade entre 25 e 34 anos, unidas e quase a totalidade era usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Comparadas à população brasileira em geral, as mulheres deste estudo eram mais escolarizadas, possuíam um *status* socioeconômico mais elevado e eram, em menor porcentagem, da raça/cor de pele branca (Brasil, 2008; IBGE, 2016a; ABEP, 2015). As características diferenciadas da população de São Paulo, em relação a outras capitais do país, como, por exemplo, alto IDH e uma rede de atenção básica à saúde consolidada e bem estruturada, fazem com que até mesmo indivíduos de maior renda busquem atendimento no SUS e podem ter contribuído para essas diferenças (CEBES, 2014). Isso explica o fato de que, ainda que todas as mulheres entrevistadas fossem usuárias de UBS, 16,9% delas pertenciam às classes econômicas A e B, e essa porcentagem foi maior em São Paulo do que em Aracaju e outras 13,4% tinham convênio de saúde.

Quanto ao perfil reprodutivo, as mulheres entrevistadas relataram a idade da primeira relação sexual e idade na primeira gravidez semelhante à média da população brasileira feminina, que foi de 17 e 21 anos respectivamente (Brasil, 2008). O número de filhos

relatado foi menor que a média nacional (1,7 vs. 2,1) (IBGE, 2016a), o que é justificável pelo fato de a maioria ainda estar em idade reprodutiva e assim poderá vir a ter (mais) filhos. Neste estudo, a proporção de mulheres que vivenciaram um abortamento foi maior que a média nacional (24,4%), já que 13,0% das mulheres brasileiras relataram ter realizado abortamento alguma vez na vida (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017). O uso de MAC, também foi maior do que o observado na última PNDS (Brasil, 2008), em relação à pílula oral (37,4% vs. 22,1%), hormonal injetável (24,2% vs. 3,5%) e preservativo masculino (23,7% vs. 12,9%). Na PNDS, a esterilização feminina foi o segundo MAC mais utilizado (21,8%), mas, a baixa proporção de mulheres com contracepção do tipo irreversível pode se justificar em decorrência do fato de a realização de laqueadura/vasectomia há mais de cinco anos ter sido um critério de exclusão para participação no estudo.

Outra questão a ser ressaltada como aspecto positivo deste estudo, é que foi utilizado o calendário contraceptivo como instrumento de coleta de dados, que é um método confiável que registra o uso do MAC nos cinco anos anteriores à coleta de dados. É empregado por mais de 80 países no mundo, distribuídos em todos os continentes, sendo os resultados provenientes deste estudo comparáveis em nível internacional. O calendário contraceptivo permite a análise de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação nas áreas de população e saúde nos países em desenvolvimento. As vantagens do calendário contraceptivo é que permite a obtenção de relatórios completos de dados retrospectivos da trajetória contraceptiva; permite um estudo detalhado dos padrões de uso de anticoncepcionais e obtém informações que são mais internamente consistentes do que outros tipos de instrumentos de coleta de dados retrospectivos (Moreno, Goldman, 1991; Strickler et al., 1997).

Nossos resultados mostraram algo que já era esperado: altas taxas de descontinuidade no uso dos MAC entre as mulheres brasileiras residentes nessas duas capitais, pois entre todas as mulheres, um quarto dos MAC foi descontinuado nos seis primeiros meses de uso e quase metade, aos 12 meses.

A comparação dos achados desta pesquisa com outros estudos brasileiros é limitada, uma vez que os últimos estudos publicados sobre descontinuidades contraceptivas no Brasil que utilizaram o calendário contraceptivo analisaram os dados da PNDS 1996 (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Leite, Gupta, 2007; Ali, Cleland, 2010a). No estudo de Leite e Gupta (2007), a probabilidade de descontinuar o uso dos métodos reversíveis foi 40,6% no primeiro ano de uso e, no estudo de Blanc, Curtis e Croft (2002), a probabilidade foi 47,9%. Estudos mais recentes também avaliaram as descontinuidades contraceptivas entre mulheres brasileiras, mas não usaram o calendário contraceptivo e, por isso, os achados (Bahamondes et al., 2011; Ferreira et al., 2014) não são comparáveis.

Observa-se que as taxas de descontinuidade de todos os MAC reversíveis permaneceram praticamente inalteradas nas duas últimas décadas, o que indica que poucas mudanças no *mix* contraceptivo vêm ocorrendo. Isso porque, nesse período, o Brasil passou por transformações no âmbito da atenção básica, como, por exemplo, a criação da Lei de Planejamento Familiar em 1996 e a ampliação da rede básica de saúde, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006 (Brasil, 1999; Brasil, 1996; Brasil, 2006), o que provocou um crescimento dramático na promoção da saúde e atividades preventivas, incluindo planejamento reprodutivo (Gragnolati, Lindelow, Couttolenc, 2013).

Destarte, existe uma alternância no uso de apenas três métodos contraceptivos reversíveis no contexto brasileiro, que são a pílula oral, hormonal injetável e preservativo (Brasil, 2008). Estes, por serem os MAC que requerem uma atuação maior da mulher para o uso e não exigirem um profissional de saúde para sua interrupção, são os mais descontinuados. Apesar de ser considerado o principal aspecto que determina a ocorrência de descontinuidades contraceptivas, os MAC explicam as descontinuidades apenas em parte, pois elas refletem não somente a insatisfação das mulheres com o MAC, mas também a adequabilidade dos serviços de planejamento reprodutivo (Bradley, Schwandt, Khan, 2009). A atenção em contracepção ainda não melhorou o suficiente em termos de qualidade da assistência para provocar mudanças na continuidade do uso dos MAC. Como mostram alguns estudos que avaliaram a assistência em planejamento reprodutivo no país, ainda existem inúmeros problemas nesse campo da saúde (Osis et al., 2006; Peres, 2012; Figueiredo, Castro, Kalckmann, 2014).

A taxa de descontinuidade no uso dos MAC reversíveis encontrada neste estudo foi menor do que a de outros estudos similares realizados em países que, assim como o Brasil, possuem alta proporção de uso de MAC e de gravidez não planejada, como Estados Unidos (67,4%) e França (46,0%) (Moreau, Clelanda, Trussell, 2007; Vaughan et al., 2008). As diferenças nas taxas de descontinuidades entre esses dois países e o Brasil pode ser explicada pela satisfação quanto ao MAC utilizado, pois as brasileiras estão mais satisfeitas com o uso dos MAC reversíveis do que as mulheres desses dois países (Moreau, Clelanda, Trussell, 2007; Littlejohn, 2012; Borges et al., 2017). Resultados de análise realizada com as mulheres do presente estudo mostrou que a maior parte das mulheres estava satisfeita com o MAC utilizado (78,7%) (Borges et al., 2017).

Nos Estados Unidos, aproximadamente 37% das mulheres descontinuaram o uso do MAC reversível devido à insatisfação com o mesmo, enquanto que, em estudo brasileiro, essa taxa foi de 12% (Leite, Gupta 2007; Littlejohn, 2012). Outros estudos são de difícil comparação pelo fato de terem usado instrumentos diferentes de mensuração da descontinuidade contraceptiva. De todo modo, dados do *Contraceptive CHOICE Project*, um estudo de coorte realizado nos Estados Unidos, mostraram uma taxa de descontinuidade de

23,9% em 12 meses (Peipert et al., 2011) e, na Inglaterra, dados do Contessa, também um estudo de coorte, apontam que a taxa de descontinuidade foi 35,5% (Wellings et al., 2015).

As menores taxas de descontinuidade nesses dois últimos estudos podem ser explicadas pela diferença no *mix* contraceptivo das mulheres, que se concentrou nos MAC reversíveis de longa duração e mais eficazes, como DIU de cobre, DIU hormonal e implante. Além disso, as mulheres desses estudos tinham acesso facilitado e sem custo a uma gama de métodos mais eficazes, como o DIU e o implante, além do recebimento de aconselhamento periódico em contracepção. Além dos aspectos metodológicos empregados nesses estudos, não se pode ignorar que, nos últimos anos, esses países vêm investindo em aconselhamento contraceptivo mais eficiente e na oferta de MAC reversíveis de longa duração (Peipert et al., 2011; Wellings et al., 2015).

Além da descontinuidade total, neste estudo, foram também analisados separadamente três tipos de descontinuidades: abandono, troca por um MAC menos eficaz e troca por um MAC mais eficaz, bem como se examinou o que contribuiu para que as mulheres descontinuassem o uso dos MAC. Entender as diferenças desses tipos de descontinuidades é importante porque cada um impacta de forma peculiar a ocorrência da gravidez não planejada e, conseqüentemente, a trajetória reprodutiva. Destaca-se que o abandono e a troca para um MAC menos eficaz são eventos mais preocupantes por ocasionarem situações em que as mulheres ficam vulneráveis à gravidez não planejada, ao passo que a troca para um MAC mais eficaz pode ser considerada um evento positivo.

O abandono é considerado o componente principal da descontinuidade contraceptiva, uma vez que, ao abandonar o MAC, a mulher fica desprotegida por determinado período. A descontinuidade no uso de MAC que não é imediatamente seguida pela adoção de um novo MAC quando a mulher ainda está em risco de engravidar é uma causa comum de gravidez não planejada (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Curtis, Evens, Sambisa, 2011). Entre as mulheres deste estudo, o abandono foi o que mais contribuiu para as taxas de descontinuidade contraceptiva total. Não foi analisado o tempo em que as mulheres ficaram desprotegidas até iniciar o uso de outro MAC contraceptivo após o abandono; tampouco avaliou-se o que aconteceu nesse período em termos de tipo de MAC usado ou ocorrência de gravidez. No entanto, estudos mostram que o abandono do MAC contribui expressivamente para a taxa total de fecundidade, gravidez não desejada ou não planejada e aborto induzido (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Ali, Cleland, 2010a, 2010b; Curtis, Evens, Sambisa, 2011). Em estudo realizado em 15 países, Blanc, Curtis e Croft. (2002) mostram que metade das gravidezes não desejadas decorreu do abandono ou da falha do MAC enquanto ainda havia necessidade de uso.

Em vista dos altos níveis de descontinuação no uso de MAC, principalmente entre as mulheres com necessidade de contracepção, a mudança rápida para um outro método é um

determinante extremamente importante para evitar gravidezes não planejadas (Ali, Cleland, 2010a). Neste estudo, a taxa de descontinuidade que envolveu troca por MAC menos eficaz foi similar àquela referente à troca para MAC mais eficaz. Se por um lado a troca para MAC mais eficaz é positiva, pois reduz o risco de uma gravidez não planejada, por outro, estudos mostram que, ao trocar para MAC menos eficaz, a maioria das mulheres está em risco ou tem uma gravidez não planejada (Ali, Cleland, 2010b).

Cabe ressaltar que o fato de a mulher substituir um MAC por outro mais eficaz não impede a ocorrência de uma gravidez não planejada, pois existe o período de adaptação ao uso do MAC e familiaridade com o mesmo, que é primordial para a continuidade do seu uso. Dessa forma, crucial atenção deve ser dada também a esse tipo de troca do MAC, justamente porque a descontinuidade no uso do MAC é comum logo nos primeiros meses de uso, ou seja, mesmo adotando um MAC mais eficaz, a mulher pode vir a descontinuí-lo por falta de adaptação ou inexperiência de uso (Leite, Gupta, 2007; Moreau et al., 2007; Westhoff et al., 2007; Ali, Cleland, 2010a; Bahamondes et al., 2011). A necessidade de trocar o MAC em uso é mais comum nos países onde os métodos hormonais, como pílula oral e injetável, são comumente usados, como é o caso do Brasil e dos demais países da América Latina, do que nos países onde o uso de LARC é mais frequente (Ali, Cleland, 2010b).

O risco de descontinuação de um MAC varia largamente de acordo com o tipo de MAC em uso. Assim, o MAC com maior taxa de descontinuidade foi o preservativo masculino, seguido do injetável e da pílula oral. As taxas referentes à descontinuidade desses três MAC analisados separadamente neste estudo diminuíram quando comparadas às taxas observadas no estudo da PNDS de 1996 (Leite, Gupta, 2007).

É importante lembrar que o simples fato de interromper ou abandonar o uso de um MAC não significa que a mulher esteja em vulnerabilidade contraceptiva, pois existem mulheres sem necessidade ou com necessidade reduzida de contracepção, estando aí incluídas aquelas que desejam engravidar. No que tange às descontinuidades contraceptivas, o foco da atenção deve ser aquelas mulheres que têm necessidade de usar o MAC, pois uma descontinuidade contraceptiva por outras razões que não o desejo de engravidar pode influenciar a procura por abortamento induzido (Gipson, Koenig, Hindin, 2008), o que é um sério problema de saúde no Brasil por conta de sua ilegalidade.

Neste estudo, uma em cada três mulheres com necessidade de contracepção descontinuou o uso do MAC no primeiro ano. Altas taxas de descontinuidade entre mulheres com necessidade de contracepção também foram observadas em outros países da América Latina, variando de 37,2% na Colômbia a 43,4% na República Dominicana (Moreau et al., 2009).

Também em relação às mulheres com necessidade de contracepção, a troca para MAC mais eficaz foi a que mais contribuiu para as descontinuidades contraceptivas, seguida da troca para MAC menos eficaz e, depois, do abandono. Mesmo assim, a taxa de descontinuidade por abandono pode ser considerada alta, pois uma em cada quatro mulheres abandonou o uso do MAC, quando ainda estava em risco de engravidar. A taxa de descontinuidade entre as mulheres com necessidade de contracepção variou de acordo com o tipo de MAC utilizado, tendo sido maior para o preservativo masculino e similar para a hormonal injetável e pílula oral. Em outro estudo brasileiro, 21,6% das mulheres trocaram o MAC quando ainda tinham necessidade de usá-lo, e as taxas de trocas foram maiores para o injetável (38,8%), seguido de MAC tradicionais (29,6%) e pílula oral (16,1%) (Leite, Gupta, 2007).

Nas seções seguintes, o foco são as mulheres com necessidade de contracepção, pois elas descontinuaram o uso do MAC quando ainda queriam evitar uma gravidez. Nos quatro tipos de descontinuidades analisadas (total, abandono, troca para MAC mais eficaz e troca para MAC menos eficaz), a descontinuidade contraceptiva variou de acordo com o tipo de MAC usado. Assim, optou-se por discutir os resultados separadamente por tipo de MAC.

7.1 DESCONTINUIDADES NO USO DA PÍLULA ORAL E FATORES ASSOCIADOS

A pílula oral tem sido descrita como o método mais utilizado pelas mulheres brasileiras (Brasil, 2008; Marinho et al., 2009), assim como para as mulheres dos Estados Unidos e da Europa (Skouby, 2010; Mosher, Jones, 2010). Na verdade, excluindo a China, onde a maioria das mulheres usa o DIU, seria o MAC mais utilizado no mundo (Population Reference Bureau, 2013). O fácil acesso à pílula oral nas UBS e a facilidade para comprá-la nas farmácias comerciais sem receita médica contribuem para que ela seja um MAC muito utilizado pelas mulheres brasileiras (Corrêa et al., 2017).

Apesar da alta prevalência no uso da pílula oral e do fato de ser considerada um método contraceptivo reversível eficiente e que está amplamente disponível (Trussell, 2011, CDC, 2013), é comum a descontinuidade de seu uso. Isso pode estar relacionado aos seus efeitos colaterais e à inconveniência de usá-la (Khan, 2003; Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Moreau et al., 2009; Bradley, Schwandt, Klan, 2009; Ali; Cleland, 2010a; Peipert et al., 2011; Bahamondes et al., 2011; Ferreira et al., 2014). Sendo assim, é comum entre as usuárias deste MAC, a descontinuidade logo nos primeiros meses de uso, mesmo entre as brasileiras

(Rosenberg, Waugh, 1998; Westhoff et al., 2007; Ali, Cleland, 2010a; Bahamondes et al., 2011).

Neste estudo, 13,6% das mulheres com necessidade de contracepção descontinuaram o uso da pílula ainda no terceiro mês após o início e 21,5%, no sexto mês. Esses achados, porém, foram maiores do que taxa observada em oito países da África, Latina América e Ásia (30%) e na França (30,7%) (Bradley, Schwandt, Klan, 2009; Moreau et al., 2009; Peipert et al., 2011), mas menor do que a encontrada em outros dois estudos brasileiros (45,0%) (Leite, Gupta, 2007; Ali, Cleland, 2010a). Embora a taxa de descontinuidade de uso da pílula oral tenha sido alta, esse método apresentou, em geral, taxa mais baixa do que a do preservativo masculino, assim como foi observado em outros estudos nacionais e internacionais (Leite, Gupta, 2007; Murphy, Brixner, 2008; Vaughan et al., 2008). A título de exemplo, na França, a taxa de descontinuidade do uso da pílula oral foi 30,7%, ao passo que foi 53,0% no uso do preservativo masculino em 12 meses (Moreau et al., 2009).

Entre as usuárias de pílula oral que tinham necessidade de contracepção, a descontinuidade do tipo abandono foi a que apresentou maior taxa em 12 meses de uso. A principal razão para que isso ocorresse foram os efeitos colaterais, seguidos da inconveniência para usar esse MAC. Altas taxas de abandono da pílula oral também foram encontradas em outros estudos (Ali, Cleland, 2010a; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014). Esse mesmo resultado foi encontrado em estudo realizado em 19 países, incluindo o Brasil, em que a probabilidade de abandonar o uso da pílula oral nos primeiros 12 meses de uso foi de 48,1% e a principal razão para que isso ocorresse também foram os fatores associados à insatisfação no uso do MAC, predominantemente os efeitos colaterais e a preocupação com a saúde (Ali, Cleland, 2010a).

O abandono da pílula oral quando ainda se tem necessidade de usar MAC indica claramente que as usuárias não estavam preparadas para lidar com os efeitos colaterais advindos de seu uso. Isso pode indicar a inadequação na atenção em contracepção para lidar com os problemas relacionados ao uso de MAC hormonal. Prova disso é que, entre as mulheres brasileiras, é comum o uso da pílula, mesmo com contraindicação. Foi o que mostrou a pesquisa Vigitel de 2008: das 20.454 mulheres de 15 a 49 anos de idade que participaram do estudo, 21,0% apresentaram alguma contraindicação ao uso de anticoncepcionais orais, das quais 11,7% pertenciam ao grupo de usuárias de anticoncepcionais orais (Corrêa et al., 2017).

O abandono da pílula oral, quando ainda se tem necessidade de usar MAC, pode representar apenas um período de pausa, até que a mulher consiga outro tipo de MAC que mais se adeque a sua necessidade (Vaughan et al., 2008), que pode ser até mesmo outro tipo de pílula oral. Há ainda a possibilidade de que o novo MAC seja para “descansar o

corpo” dos efeitos hormonais, como foi relatado por algumas mulheres do presente estudo (dados não apresentados).

Uma em cada dez mulheres com necessidade de contracepção trocou a pílula oral por um MAC menos eficaz, opção feita quase majoritariamente pelo preservativo masculino. Dados de um estudo de corte transversal realizado em diversos países, incluindo o Brasil, mostraram que, entre as usuárias de pílula oral, 16% a substituíram por um MAC tradicional, considerado menos eficaz, logo no terceiro mês de uso. Nesse mesmo estudo, entre as brasileiras, a troca para um MAC menos eficaz representou 19,6% em três meses de uso (Ali, Cleland, 2010a). A restrição no acesso ao MAC mais eficaz pode explicar, em parte, este resultado, assim como observado em outro estudo (Ali, Cleland, 2010b). É provável que a mulher possa até ter desejado um MAC mais eficaz que a pílula oral, mas não teve margem para trocar e ficou sem escolha, considerando que a única opção de MAC reversível eficaz e de fácil acesso nas UBS é o hormonal injetável, uma vez que outros MAC, como anel vaginal e adesivo, métodos hormonais com mesma eficácia, não estão disponíveis naquele cenário.

As altas taxas de abandono e de troca para MAC menos eficaz encontradas entre as usuárias da pílula oral não são ideais, pois, nessa situação, a maioria das mulheres engravida ou está em risco de gravidez não planejada (Ali, Cleland, 2010a). Isso destaca a necessidade de se estruturar as ações de planejamento reprodutivo que estão disponíveis nas UBS, para que se dê mais atenção ao fato da mulher ser orientada acerca da possibilidade de MAC alternativo, caso esteja insatisfeita com a pílula (Ali, Cleland, 2010a, 2010b). Aliado a isso, é necessário facilitar a aquisição dos MAC reversíveis de longa duração, como o DIU de cobre, e dos MAC irreversíveis, como laqueadura e vasectomia, nos serviços públicos de atenção à saúde no país, como também disponibilizar outros MAC reversíveis de longa duração, como o DIU hormonal e o implante, uma vez que têm maior eficácia e menor taxa de descontinuidade (Grimes, 2009; Ferreira et al., 2014, Wildemeersch, Goldstuck, Jackers, 2017). Ressalta-se que, quando se tem possibilidade de escolha e acesso sem custo, a maioria das mulheres, inclusive as brasileiras, tendem a optar por um MAC mais eficaz (Peipert et al., 2011; Ferreira et al., 2014).

No estudo de Bahamondes et al. (2011), realizado com amostra não probabilística de mulheres atendidas em consultórios médicos particulares e de convênio, 57,3% das mulheres citaram os efeitos colaterais como razão para descontinuar o uso da pílula oral. O resultado observado no presente estudo corrobora com a literatura: a principal razão para descontinuar, abandonar ou trocar a pílula oral para MAC menos eficaz foram os efeitos colaterais, da mesma forma que ocorreu entre as usuárias do hormonal injetável, tanto as mulheres em geral quanto aquelas com necessidade de contracepção.

Houve associação entre os efeitos colaterais/preocupação com a saúde e a descontinuidade, o abandono e a troca para MAC menos eficaz também na análise múltipla. Neste estudo, não foi solicitado às mulheres que descrevessem os efeitos colaterais advindos do uso da pílula oral, mas sabe-se que, entre os mais relatados para justificar a descontinuidade no seu uso, estão aqueles relacionados às alterações no ciclo menstrual, como o sangramento uterino irregular e a cessação da menstruação, e cefaleia (Khan, 2003; Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Moreau et al., 2009; Ali, Cleland, 2010a; Bahamondes et al., 2011). As mulheres também podem associar o uso da pílula oral com aumento de peso corporal ou o risco de desenvolver câncer (Oddens et al., 1994; Bahamondes et al., 2011).

Sem dúvida, a inconveniência para usar o MAC contribui para a sua descontinuidade. Um exemplo disso é que, entre mulheres brasileiras usuárias de pílula oral, a razão pessoal mais citada para substituição desse MAC por um LARC foi o medo de se esquecer de tomar a pílula todos os dias (Ferreira et al., 2014). Resultado não muito diferente para as mulheres deste estudo, em que a inconveniência para usar o MAC foi citada como razão para que 18,0% das mulheres trocassem para MAC mais eficaz e para que 12,5% das mulheres com necessidade de contracepção abandonassem o seu uso. O uso da pílula oral requer atenção diária por parte da mulher; é preciso evitar o esquecimento da ingestão e também o dia de reinício de um novo ciclo de pílulas, o que contribui para a alta taxa de descontinuidade desse MAC (Bahamondes et al., 2011).

Entre as usuárias da pílula oral, a probabilidade de trocar para MAC mais eficaz quando ainda havia necessidade de uso foi baixa, sendo apenas 7,0% no primeiro ano. Esse resultado vai ao encontro ao de outro estudo similar, realizado em 19 países de renda média e baixa, inclusive o Brasil, em que a probabilidade de troca para um MAC mais eficaz foi bem próximo, 6,5% (Ali, Cleland, 2010a).

Apesar de estudos mostrarem que as usuárias da pílula oral não são de todo insatisfeitas (aproximadamente 29,0%), a porcentagem é bem maior se comparada com as usuárias do DIU (20%) (Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Peipert et al., 2011). Em um estudo com 19 países, incluindo o Brasil, no total, 28% das usuárias da pílula oral interromperam o uso do MAC aos 12 meses por razões que implicavam a insatisfação com o MAC (Ali Cleland, 2010a).

A idade foi o único aspecto sociodemográfico associado à descontinuidade no uso da pílula oral. As mulheres mais velhas foram menos propensas a descontinuar o método e a trocar para um menos eficaz. A idade mostrou-se associada às descontinuidades contraceptivas também em outros estudos (Westhoff et al., 2007; Bradley, Schwandt, Klan, 2009). No estudo de Bradley et al. (2009), as mulheres de 25 anos ou mais foram consistentemente menos propensas a abandonar ou a trocar o MAC, enquanto ainda havia necessidade de uso, se comparadas àquelas mais jovens (Bradley, Schwandt, Klan, 2009).

De acordo com Leite e Gupta (2007), entre as jovens brasileiras de 20 a 24 anos de idade, 20,7% trocaram o uso de algum MAC reversível e 10% abandonaram ainda no primeiro ano de uso. A alta proporção de descontinuidade entre mulheres mais jovens pode ser decorrente das mudanças específicas que essa população tem que enfrentar para regular o uso de MAC a relacionamentos de curta duração e menos estáveis, com períodos de sexo infrequente (Pirotta, Schor, 2004; Beadnell et al., 2005; Borges et al., 2010, Chofakian, 2017). Esses resultados apontam a necessidade de se dar especial atenção às mulheres jovens usuárias de pílula oral, principalmente porque o risco de uma gravidez não planejada e, por conseguinte, de abortamento induzido, pode ser maior entre elas (Berquó, Lima, 2008; Diniz, Medeiros, 2010; Diamond-Smith, Moreau, Bishai, 2014; Wellings et al., 2015; Finer, Zolna 2016; Moreau, Bohet, 2016).

Foi observada associação estatisticamente significativa entre a intenção reprodutiva e a descontinuação do uso da pílula oral, uma vez que as mulheres que não estavam certas quanto à intenção reprodutiva apresentaram maior risco de descontinuar a pílula oral e de substituí-la por um MAC menos eficaz. Esse mesmo resultado foi encontrado no estudo de Modey, Aryeetey e Adanu (2014), em que as mulheres que referiram incerteza quanto à intenção reprodutiva foram mais propensas a abandonar o uso do MAC.

Outro estudo mostrou que a intenção reprodutiva tem forte influência no uso de MAC e também na sua descontinuidade (Modey, Aryeetey, Adanu, 2014). Mulheres que não pretendem (mais) engravidar apresentam menores taxas de descontinuidade, isso porque o desejo de prevenir uma gravidez é a principal motivação para que a mulher use um MAC de forma continuada (Blanc, 2001; Moreau et al., 2013; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014).

Ali e Cleland (2010a) salientam que não é surpresa o fato de que existem diferenças entre o comportamento reprodutivo de mulheres que não querem mais filhos e o daquelas que o desejam ou que não têm certeza, pois as primeiras empenham-se em evitar uma gravidez. O nível de comprometimento que elas têm em preveni-la claramente influencia a decisão em persistir no uso contínuo de pílula oral ou de substituí-la por um MAC mais eficaz quando necessário (Ali, Cleland, 2010a; Ali, 2010b).

A associação entre maior número de filhos vivos e a descontinuidade no uso da pílula oral, assim como a experiência de um abortamento como determinante da sua troca por MAC menos eficaz entre mulheres com necessidade de contracepção, também foi observada em outro estudo (Moreau et al., 2010) e pode estar relacionada com a intenção reprodutiva. Isso se justifica porque muitas mulheres participantes deste estudo ainda pretendem ter filhos ou estão indecisas quanto a isso e são justamente essas mulheres as que têm maior probabilidade de descontinuar o uso de MAC (Moreau et al., 2010; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014). Esse achado corrobora com outros estudos que indicam que nem todas mulheres com experiência de certos eventos reprodutivos, como gravidez e

abortamento, modificam seus comportamentos de forma a influenciar a prevenção de gravidez não planejada (Moreau et al., 2010; Modey, Aryeetey, Adanu, 2014; Fortier, Foster, 2017).

7.2 DESCONTINUIDADES NO USO DO HORMONAL INJETÁVEL E FATORES ASSOCIADOS

Parece que o hormonal injetável tornou-se um MAC popular entre as mulheres brasileiras usuárias de UBS, assim como a pílula oral e o preservativo masculino. Entre as mulheres deste estudo, a prevalência no uso do MAC injetável foi alta, alcançando um quarto das mulheres no momento da entrevista, percentual similar ao preservativo masculino. Tendência essa que parece não ser similar para a população brasileira no geral, uma vez que dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (Pnaum), de 2013/2014, realizada em 20.404 domicílios urbanos brasileiros, mostraram que apenas 4,5% das mulheres entrevistadas no domicílio estavam usando o hormonal injetável (Farias et al., 2016). Apesar da alta eficácia dos hormonais injetáveis e da sua relativa durabilidade contraceptiva, que pode ser mensal ou trimestral (Trussel, 2011), esse MAC também tem sido descrito como sendo de elevada descontinuidade. Neste estudo, quatro em cada dez mulheres descontinuaram o uso do hormonal injetável no primeiro ano, tendo sido o segundo MAC mais descontinuado, representando uma taxa de descontinuidade similar à da pílula oral.

Em análises similares à apresentada neste estudo, o hormonal injetável também mostrou alta taxa de descontinuidade, no entanto, em outros estudos, esse foi o MAC mais descontinuado entre todos os MAC avaliados (Ali, Cleland, 2005; Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Leite, Gupta, 2007; Murphy, Brixner, 2008; Vaughan et al., 2008). Em outro estudo brasileiro, realizado com 12.612 mulheres de 15 a 49 anos, sua taxa de descontinuidade foi 63,7% em 12 meses de uso, bem maior do que a observada neste estudo (Leite, Gupta, 2007). Nos Estados Unidos, 58,6% das usuárias do hormonal injetável descontinuaram o método ainda no terceiro mês após iniciar o uso (Murphy, Brixner, 2008).

A alta taxa de descontinuidade no uso dos métodos anticoncepcionais injetáveis pode estar associada à inconveniência de seu uso para a mulher, como, por exemplo, a necessidade de comparecer à unidade de saúde mensal ou trimestralmente para adquirir o método e a necessidade de intervenção de um profissional de saúde para a aplicação (Hassan, El-Nahal, El-Hussinie, 1999; Baumgartner et al., 2012; Ezegwui, Ikeako, Obiora-Okafor, 2012), o que também pode ter ocorrido entre as mulheres com necessidade de

contracepção participantes do presente estudo, uma vez que 19,2% dessas mulheres relataram a inconveniência de usá-lo como razão para abandoná-lo. Mas, na verdade, da mesma forma como observado entre usuárias da pílula oral, foram os efeitos colaterais a principal razão referida pelas mulheres deste estudo que tinham necessidade de contracepção para descontinuí-lo, abandoná-lo ou trocá-lo por outro menos eficaz.

Sem dúvida, os efeitos colaterais provocados por esse MAC, principalmente os referentes a alterações no ciclo menstrual, tais como sangramentos irregulares, menstruação mais polongada, amenorreia, aumento do fluxo menstrual, são o aspecto que mais contribui para a alta taxa de descontinuidade entre as usuárias do hormonal injetável (Hassan, El-Nahal, El-Hussinie, 1999; Beksinska, Rees, Smit, 2001; Ali, Cleland, 2005; Tolley et al., 2005; Leite, Gupta, 2007; Moreau, Cleland, Trussell, 2007; Ezegwui, Ikeako, Obiora-Okafor, 2012; Murphy, Brixner, 2008; Vaughan et al., 2008).

Não é de se surpreender que os efeitos colaterais e a preocupação com a saúde fossem os fatores mais fortemente associados à descontinuidade do uso do hormonal injetável. As usuárias do hormonal injetável que referiram efeitos colaterais/preocupação com a saúde apresentaram maior risco de descontinuar, de abandonar e de substituir o hormonal injetável por um MAC menos eficaz. A maioria dos estudos que avaliou a descontinuidade desse MAC identificou os efeitos colaterais como o preditor mais importante para a descontinuidade desse MAC (Beksinska et al., 2001; Leite, Gupta, 2007; Bengtson et al., 2013).

Uma limitação do presente estudo foi não ter sido perguntado às mulheres quais efeitos colaterais elas apresentaram e quais as preocupações delas em relação à saúde ao usar o injetável. Mas estudos mostram que, além das alterações no ciclo menstrual, a percepção de ganho de peso ou o medo de sentir esse efeito colateral, a diminuição da libido, o desconforto abdominal, enxaqueca, alteração no humor e o atraso para o retorno da fertilidade também foram citados pelas usuárias do hormonal injetável e contribuem para sua descontinuidade (Tolley et al., 2005; Burke, Ambasa-Shisanya, 2011; Hyttel et al., 2012; Bengtson et al., 2013).

Dessa forma, as queixas das mulheres referentes aos efeitos colaterais devem ser levadas em consideração pelos profissionais de saúde, e alternativas para lidar com esse problema precisam ser identificadas e discutidas com as usuárias desse MAC, para que as descontinuidades em seu uso sejam menores (Hyttel et al., 2012). Isso porque os efeitos colaterais e a preocupação com a saúde relacionados ao uso do MAC podem ser discutidos e contornados durante a consulta de planejamento familiar (Blanc, Curtis, Croft, 2002; Baumgartner et al., 2007; Halpern et al., 2013).

Um estudo qualitativo realizado em Quênia revelou que o ganho de peso é uma preocupação comum entre as mulheres, tendo sido indicado como o fator negativo primário

apontado pelas participantes do estudo. Outro fator importante mencionado foi a interrupção da menstruação, devido ao medo de não perceber a existência de uma gravidez, já que menstruar mensalmente é um indicador de ausência da gravidez. Esse efeito colateral é importante porque os resultados desse estudo apontaram que algumas mulheres descontinuem o uso do MAC para que a menstruação ocorra antes de receber a nova dose do MAC, o que pode pôr a mulher em risco de uma gravidez não planejada durante esse período (Burke, Ambasa-Shisanya, 2011).

As alterações no sangramento menstrual são mais importantes para as usuárias desse MAC do que de outros MAC hormonais (Tolley et al., 2005; Bengtson et al., 2013). Tolley et al. (2005) observaram que, durante os cinco primeiros meses de uso de hormonal injetável, as usuárias apresentaram mais dias de sangramento menstrual (11-12) se comparadas com as de DIU (cinco) e, na análise múltipla, o aumento nos dias de menstruação esteve associado à descontinuidade no seu uso.

Bengtson et al. (2013) observaram que os problemas no fluxo menstrual consistiram numa razão mais comum para a descontinuidade entre as usuárias do hormonal injetável (11%) do que da pílula oral (2%). Entre as brasileiras, os efeitos colaterais e a preocupação com a saúde foram responsáveis por 27,4% das descontinuidades no primeiro ano de uso (Leite, Gupta, 2007). Como os efeitos colaterais variam muito de acordo o tipo de MAC, tempo de uso e perfil da usuária, as orientações em relação às alterações no ciclo menstrual e a outros efeitos colaterais devem se referir ao contexto de vida de cada mulher e à experiência que ela tem com os métodos contraceptivos (Tolley et al., 2005), o que pode contribuir para a continuidade no uso desse MAC.

O resultado mais surpreendente deste estudo é que o hormonal injetável foi o MAC que apresentou maior taxa de descontinuidade do tipo troca para MAC menos eficaz, uma vez que duas em cada dez mulheres com necessidade de contracepção o trocaram por um MAC menos eficaz no primeiro ano de uso, comparadas com 10,5% das usuárias de pílula oral e 1,3% das de preservativo masculino.

Essa alta proporção de troca do hormonal injetável por um MAC menos eficaz, entre as mulheres em risco de engravidar, indica que a mulher pode não estar tendo pleno acesso a um MAC mais eficaz. Isso revela a existência de barreiras institucionais para aquisição de MAC reversíveis e irreversíveis considerados mais eficazes entre mulheres brasileiras, estando aí incluídos o DIU, a laqueadura e a vasectomia (Peres, 2012; Gonzaga et al., 2017). Isso é enfatizado pelo fato de pouquíssimas mulheres (apenas quatro) do presente estudo terem trocado o hormonal injetável por um MAC mais eficaz. De fato, apenas 1,7% das mulheres usuárias de UBS estavam usando o DIU no momento da entrevista e houve apenas 20 episódios de uso do DIU que se iniciaram durante o período coberto pelo calendário contraceptivo.

Estudos mostram que, apesar de a maior parte dos municípios brasileiros disponibilizarem o DIU nos serviços de atenção básica à saúde, inúmeras barreiras dificultam sua disponibilização, como, por exemplo, a adoção de condições desnecessárias para sua inserção, como prescrição médica, realização de exames supérfluos, restrição etária às mulheres com mais de 18 anos de idade, participação em grupos educativos, exclusividade do profissional médico para a sua inserção, dentre outras, sendo todas essas condições sem base em evidências científicas (Peres, 2012; Figueiredo, Castro, Kalckmann, 2014; Gonzaga et al., 2017). Além das barreiras institucionais, os conceitos errôneos ou os mitos em relação aos riscos e aos benefícios do DIU contribuem para a baixa prevalência de seu uso entre mulheres brasileiras. Resultados sobre o conhecimento e uso do DIU que usou dados deste mesmo estudo, porém apenas com as mulheres de São Paulo, mostraram que menos da metade das mulheres referiu ter o desejo de usá-lo no futuro e as atitudes negativas das mulheres sobre o DIU estavam relacionadas ao baixo nível de conhecimento que as mesmas tinham sobre o método. As principais razões para nunca terem usado o DIU ou não quererem usá-lo no futuro foram, além da alta satisfação com o MAC em uso, a crença de que ele seja abortivo, dúvidas sobre sua eficácia, receios acerca do procedimento de inserção e medo dos efeitos colaterais (Araújo, 2017).

Toda essa conjuntura mostra a necessidade de se disseminar a oferta do DIU de cobre, bem como de outros LARC, como o implante e o DIU hormonal, no cenário reprodutivo das mulheres brasileiras. Além disso, mais esforços devem ser empreendidos para ampliar o conhecimento das mulheres sobre o DIU e diminuir os mitos e receios que elas têm em relação a ele.

Isso é particularmente importante, uma vez que os LARC são os MAC reversíveis mais eficazes, com menor probabilidade de serem descontinuados e, claro de falhas, justamente por não dependerem de uma ação regular da mulher para a sua utilização (Grimes, 2009; Ferreira et al., 2014, Wildemeersch, Goldstuck, Jackers, 2017).

Interessante notar que vários aspectos sociodemográficos que foram observados como importantes para a descontinuidade do hormonal injetável em outros estudos, como o tipo de união conjugal, a escolaridade e a idade, não foram determinantes na descontinuidades no uso do MAC neste estudo (Hassan, El-Nahal, El-Hussinie, 1999; Burke, Ambasa-Shisanya, 2014). Na verdade, nenhum aspecto sociodemográfico esteve associado a qualquer tipo de descontinuidade entre as usuárias de hormonal injetável deste estudo.

Em relação à história reprodutiva, o número de parceiros sexuais na vida foi o aspecto associado à descontinuidade no uso e ao abandono do hormonal injetável, entre as mulheres com necessidade de contracepção. Comparadas com as mulheres que tiveram apenas um parceiro sexual, aquelas que tiveram quatro ou mais parceiros apresentaram maior risco de descontinuar e de abandonar o hormonal injetável. Já as mulheres que

tiveram dois a três parceiros sexuais na vida apresentaram maior risco de descontinuar. Em análise semelhante, um estudo realizado em São Paulo com jovens universitárias revelou que um maior número de parceiros sexuais na vida esteve associado a maior probabilidade de descontinuar o uso do MAC, para as mulheres no geral e mulheres com necessidade de contracepção (Chofakian, 2017). Uma explicação para isso é o possível dinamismo e a curta duração dos relacionamentos, típico de jovens que participaram daquela pesquisa, uma vez que o MAC é objeto de negociação a cada troca de parceria (Pirota, Schor 2004; Manlove, Ryan, Franzetta, 2007; Borges et al., 2010, Chofackian, 2017).

Entre as usuárias de hormonal injetável com necessidade de contracepção, a experiência de abortamento anterior foi um aspecto associado à troca por MAC menos eficaz, assim como ocorreu para as usuárias da pílula oral. No estudo de Modey, Aryeetey e Adanu (2014), as mulheres que passaram por abortamento tiveram mais chance de descontinuar e de trocar o MAC em uso (Modey, Aryeetey, Adanu, 2014). Isso indica que a experiência de um abortamento não necessariamente subsidia a mulher a evitar uma nova gravidez. Um exemplo disso é o estudo francês que avaliou o uso de MAC antes e após o abortamento e identificou que, após o abortamento, 8,5% das mulheres que não estavam usando MAC continuaram não usando nenhum MAC e 14% das mulheres passaram a usar um MAC menos eficaz (Moreau et al., 2010).

Da mesma forma, estudo brasileiro realizado em São Paulo mostrou que quase 20% das mulheres referiram não estar usando nenhum método no sexto mês pós-abortamento (Borges et al., 2015). Iniciativas que melhorem o aconselhamento em planejamento reprodutivo e possibilitem a prescrição de MAC logo após a ocorrência do abortamento, ainda no hospital, podem contribuir para o uso de MAC por essas mulheres (Borges et al., 2015). No entanto, é preciso lembrar que a alta prevalência de uso de MAC não se traduz necessariamente em um planejamento reprodutivo eficiente, uma vez que o uso errôneo e a inconsistência no uso dos MAC é comum, mesmo entre as mulheres que passaram por abortamento (Brasil, 2009b).

7.3 DESCONTINUIDADES NO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO E FATORES ASSOCIADOS

Este estudo analisou as descontinuidades no uso do preservativo masculino separadamente por tipo de descontinuidade e forneceu um entendimento mais amplo e detalhado dos aspectos associados à descontinuidade, ao abandono e à troca desse MAC para um menos eficaz ou mais eficaz entre mulheres usuárias de UBS. Os resultados

mostraram também altas taxas de descontinuidade no uso do preservativo masculino, pois quase metade descontinuou o uso ainda no primeiro ano. Entre todas as mulheres, o tipo de descontinuidade com maior proporção foi a troca por MAC mais eficaz; em 24,5% dos segmentos de uso, o preservativo foi substituído por MAC mais eficaz no primeiro ano de uso, seguido do abandono e, por último, da troca por MAC menos eficaz, com apenas 2,2%.

O preservativo masculino foi o MAC mais descontinuado também entre as mulheres com necessidade de contracepção. Quase metade delas descontinuaram o uso no primeiro ano. Outros estudos nacionais e internacionais também observaram que o preservativo masculino foi o MAC mais descontinuado, não obstante a taxa de descontinuidade ter variado a depender do contexto de cada país (Leite, Gupta, 2007; Moreau et al., 2009, Bradley, Schwandt, Khan, 2009, Chofakian, 2017).

As taxas de descontinuidade no uso do preservativo masculino em 12 meses foram maiores do que as observadas na Armênia (29,7%) e no Egito (38,2%); similares às da França (53,0%), Colômbia (50,5%) e Gana (55,5%) (Modey, Aryeetey, Adanu, 2014; Moreau et al., 2009; Bradley, Schwandt, Khan, 2009); e menores do que as dos Estados Unidos (81,9%) e República Dominicana (72,9%) (Bradley, Schwandt, Khan, 2009; Vaughan et al., 2008). No estudo de Moreau et al. (2009), realizado com mulheres francesas com necessidade de contracepção, de 18 a 49 anos de idade, o preservativo masculino apresentou uma das maiores taxas de descontinuidade em seis meses (27,4%) e 12 meses de uso (38,3%) do que outros MAC, como a pílula oral.

Estudo realizado em oito países mostrou que a descontinuidade no uso do preservativo masculino no primeiro ano de uso foi maior do que qualquer outro MAC, tendo em vista que mais da metade das usuárias do método o descontinuaram no primeiro ano (Bradley, Schwandt, Khan, 2009). Estudo brasileiro realizado com estudantes universitárias observou que as usuárias de preservativo masculino também apresentaram maior taxa de descontinuidade contraceptiva do que as usuárias de pílula oral (Chofakian, 2017).

É importante notar que, apesar de o preservativo masculino ser o MAC mais descontinuado entre as mulheres deste estudo, as usuárias com necessidade de contracepção o fizeram para trocá-lo por MAC mais eficaz – diferentemente do que fizeram as usuárias da pílula e do injetável – e quase sempre a nova opção foi justamente a pílula oral ou o hormonal injetável. Pode-se considerar que esse é um resultado extremadamente positivo, pois, ao optar por um MAC mais eficaz, a mulher ou o casal está aumentando as chances de se prevenir de uma gravidez não planejada, uma vez que o preservativo masculino é justamente o MAC com maior probabilidade de falhar comparado aos demais métodos contraceptivos modernos (Trussel, 2011).

Pode ser que o preservativo masculino esteja sendo usado mais como “reforço” de outros métodos contraceptivos, ou seja, tem um caráter provisório. A mulher ou o casal,

quando têm oportunidade ou necessidade, trocam esse método, e geralmente por um mais eficaz, assim como observado em outros contextos (Goldstein, Upadhyay, Raine, 2013; Kopp et al., 2017). Estudo que analisou a dinâmica da troca entre o uso do preservativo masculino e contraceptivos hormonais em mulheres que iniciaram o uso de métodos contraceptivos hormonais, observou que o uso do preservativo masculino e dos métodos hormonais ao longo do tempo foi dinâmico, e a mulher experienciou alternâncias importantes entre os dois métodos contraceptivos (Goldstein, Upadhyay, Raine, 2013).

Dessa forma, para um grupo específico de mulheres, a alternância entre os métodos hormonais e o preservativo masculino é comum, necessária e deve ser levada em consideração durante as consultas de planejamento reprodutivo ou de aconselhamento contraceptivo (Goldstein, Upadhyay, Raine, 2013).

Um resultado importante é que, ao descontinuarem o uso do método hormonal, mais da metade das mulheres não retornaram a usar o preservativo masculino como o faziam inicialmente. Esse não é um resultado ideal, uma vez que o preservativo masculino não deve ser somente usado como MAC de apoio quando os MAC hormonais são descontinuados, mas sim como único MAC que previne Infecções de Transmissão Sexual (ITS). Além disso, é importante frisar o papel do parceiro na adoção desse MAC, uma vez que a visão positiva do parceiro em relação ao preservativo masculino está associada ao uso contínuo do MAC (Sangi- Haghpeykar, Posner, Poindexter, 2005; Goldstein, Upadhyay, Raine, 2013).

Infelizmente, neste estudo, não foi possível avaliar se a mulher que troca o preservativo masculino por MAC mais eficaz continua usando o preservativo masculino simultaneamente para prevenir ITS, uma vez que o calendário contraceptivo permite apenas a anotação do MAC mais eficaz utilizado em cada mês. Mas é possível afirmar que 15% das mulheres (dados não apresentados) que estavam usando algum método contraceptivo na época da entrevista usavam também o preservativo masculino e que mais da metade dessas mulheres vivia em união estável, o que denota que uma parcela das mulheres, mesma unida, preocupa-se em utilizar o preservativo também para prevenção de ITS, como foi evidenciado no estudo de Sangi- Haghpeykar, Posner, Poindexter (2005). Análises posteriores podem ser realizadas para tentar compreender a dinâmica do uso do preservativo masculino concomitantemente com outros MAC ou o papel do preservativo durante as trocas de MAC entre mulheres brasileiras.

Poucas mulheres com necessidade de contracepção trocaram o preservativo masculino para MAC menos eficaz, e quando o fizeram, foi para um método tradicional, majoritariamente. Já era de se esperar que houvesse poucos casos de descontinuidade do preservativo masculino com substituição por MAC menos eficaz, uma vez que, ao fazê-lo, a

mulher não teria muitas opções contraceptivas além dos tradicionais, que normalmente não são muito usados pelas mulheres brasileiras (Brasil, 2009a).

As razões para descontinuar o preservativo masculino foram diferentes das razões relatadas pelas mulheres para descontinuar a pílula oral e o hormonal injetável e incluíram opção por um método mais eficaz, inconveniência para usar, sexo infrequente/parceiro ausente ou distante/separação.

Diferentemente do que ocorre entre as usuárias dos métodos hormonais, as razões para descontinuar o uso do preservativo masculino pouco não foram os efeitos colaterais, como era de se esperar (Moreau, Cleland, Trussell, 2007). Na verdade, essa razão quase não foi citada, o que justificou a não inclusão desta variável nas análises dos fatores associados à descontinuidade do preservativo masculino. A descontinuidade no uso do preservativo masculino foi também associada ao tipo de relacionamento, o que não é tão fortemente observado entre usuárias de MAC hormonais (Bolton, McKay, Schneider, 2010; Beltzer et al., 2011). Não foi surpresa que, neste estudo, a união conjugal tenha sido o aspecto mais fortemente associado à descontinuidade total do preservativo masculino, sendo as usuárias desse método que eram casadas ou viviam no regime de união estável com seu parceiro as mais propensas a descontinuar o uso do MAC quando ainda tinham necessidade de usá-lo, assim como foi observado em outros estudos (Sangi-Haghpeykar, Posner, Poindexter, 2005; Bolton, McKay, Schneider, 2010; Beltzer et al., 2011; Davidoff-Gore, Luke, Wawire, 2011; Zembe et al., 2012; Mehra et al., 2014).

Estudos mostraram que, quando o relacionamento se torna mais estável, os casais tendem a trocar o preservativo masculino por um MAC hormonal, uma vez que se estabelece uma confiança maior entre o casal, e a preocupação com as ITS diminui (Bastos et al., 2008; Beltzer et al., 2011; D'Antona et al., 2009; Shih et al., 2011; Goldstein, Upadhyay, Raine, 2013; Mehra et al., 2014). Na França, as usuárias do preservativo masculino interromperam o uso ou trocaram de MAC assim que o relacionamento tornou-se estável (Beltzer et al., 2011). Uma explicação para isso é que a motivação para prevenir uma gravidez é menor quando existe um compromisso maior entre o casal (Manlove, Ryan, Franzetta, 2003).

Isso denota que é importante envolver o parceiro na adoção e na continuação do uso do preservativo masculino (Barden-O'Fallon et al., 2011), uma vez que o uso desse MAC de forma contínua e eficaz requer o envolvimento do parceiro. A oposição do parceiro ao uso do preservativo masculino é um forte determinante da ocorrência de descontinuidade no seu uso, justamente por conta da ideia de que esse MAC interfere no prazer e na satisfação sexual (Moreau, Cleland, Trussell, 2007). Isso é especialmente relevante, pois se trata do único MAC reversível não tradicional em que há necessidade de envolvimento do homem para sua adoção (Bradley, Schwandt, Khan, 2009). Dessa forma, torna-se fundamental o

desenvolvimento de intervenções que possam subsidiar o parceiro a adotar atitudes positivas para o uso do preservativo masculino (Sangi- Haghpeykar, Posner, Poindexter, 2005).

Parece que, entre as mulheres mais jovens, o tipo de relacionamento interfere de forma particular na descontinuidade no uso do preservativo masculino, pois os resultados deste estudo foram opostos ao resultado de um estudo realizado com jovens universitárias no Brasil, em que as usuárias de preservativo masculino que estavam em um relacionamento casual foram mais propensas à descontinuidade do método do que as que estavam em relacionamento estável, tanto no grupo das mulheres em geral, quanto naquelas mulheres com necessidade de contracepção. Para a autora do estudo, isso era de se esperar, uma vez que essas mulheres tinham relacionamentos curtos e relações sexuais mais esporádicas (Chofakian, 2017).

A idade é enfatizada na literatura como um aspecto importante na ocorrência de descontinuidades contraceptivas (Grady, Hayward, Florey, 1988; Leite, Gupta, 2007; Vaughan et al., 2008; Chofakian, 2017, Haddad et al., 2013). Neste estudo, as mulheres mais velhas (25 a 34 anos de idade) foram três vezes mais propensas a abandonar o uso do preservativo masculino do que as mulheres mais jovens (18 a 24 anos de idade). Esse achado corrobora resultados encontrados em outros estudos que avaliaram o uso do preservativo masculino (Sangi- Haghpeykar, Posner, Poindexter, 2005; Gibbs et al., 2014). No estudo de Gibbs et al. (2014), quanto maior a idade, maior a inconsistência no uso do preservativo masculino, o que pode estar interligado com o tipo de relacionamento, já que é mais provável que as mulheres mais velhas estejam em uma união estável do que as mais jovens. Entre as mulheres deste estudo, uma maior proporção de mulheres casadas encontrava-se na faixa etária de 25 a 34 anos de idade (43,7%) em comparação com as de 18 a 24 anos de idade (24,7%) (dado não apresentado), e a estabilidade no relacionamento é elemento importante para descontinuar o uso do preservativo masculino (Bastos et al., 2008; D'Antona et al., 2009; Shih et al., 2011; Goldstein, Upadhyay, Raine, 2013; Mehra et al., 2014; Beltzer et al., 2011).

Outra variável que apresentou associação com o abandono do preservativo masculino foi o grupo econômico. As usuárias de preservativo masculino, com necessidade de usar o MAC, que eram socioeconomicamente menos desfavorecidas (classe econômica D/E) foram mais propensas a abandonar o método do que as do grupo econômico A/B, o que é consistente com outros estudos de âmbito nacional e internacional (Davidoff-Gorea, Lukea, Wawire, 2011, Chofakian, 2017). Outro estudo avaliou a associação de várias dimensões do *status* socioeconômico com o uso inconsistente do preservativo masculino e observou que menor *status* econômico individual foi determinante do uso inconsistente de preservativo masculino (Davidoff-Gorea, Lukea, Wawire, 2011). Os autores ainda sugeriram

que as medidas de perfil socioeconômico tanto em nível familiar/doméstico como em nível individual são importantes correlatos do uso do preservativo e que a independência financeira desempenha um papel crucial nas negociações com o parceiro para o uso do MAC (Davidoff-Gorea, Lukea, Wawire, 2011).

Cabe ressaltar que isso pode estar somado às relações de gênero menos igualitárias, que também influenciam na negociação para usar o preservativo masculino (Gibbs et al., 2014; Mehra et al., 2014). Talvez isso explique o fato de a inconveniência para usar e a desaprovação do marido ou parceiro terem sido as principais razões para as mulheres usuárias do preservativo masculino deste estudo abandonarem seu uso. Outra explicação é que as mulheres de classe econômica menos favorecida usavam outros MAC disponíveis na UBS, como o injetável e a pílula, e não se adaptaram aos mesmos, e tenham tido mais dificuldade em comprar outros MAC em farmácias comerciais ou obter outros MAC na própria UBS. Apesar disso ser apenas uma hipótese, um estudo brasileiro observou terem sido justamente as mulheres com baixa escolaridade – uma característica considerada como *proxy* para *status* socioeconômico – as que apresentaram maior prevalência de contraindicação ao uso de pílula oral, embora fossem usuárias do MAC. O menor acesso à diversidade de métodos por essas mulheres pode ter contribuído para que essa desigualdade tenha ocorrido e reflete a dificuldade do SUS de propiciar democratização do acesso à ampla variedade de métodos contraceptivos que se apliquem às necessidades e condições clínicas das mulheres (Corrêa et al., 2017), bem como da insuficiência das ações de planejamento reprodutivo na atenção primária à saúde para grupos sociais desfavorecidos (Leite, Gupta, 2007; Corrêa et al., 2017).

A paridade foi um aspecto associado à troca do preservativo masculino para MAC menos eficaz entre as mulheres com necessidade de contracepção, apesar de o número pequeno de mulheres que trocaram para MAC menos eficaz ter limitado o poder de detectar diferenças nessas análises.

As mulheres que tiveram dois ou mais filhos tiveram um risco expressivamente menor de trocar o preservativo por MAC menos eficaz se comparadas com aquelas que não tiveram filhos. Esses achados foram diferentes de estudos anteriores que indicaram que a alta paridade é um aspecto associado à descontinuidade no uso de MAC (Ali, Cleland, 1995; Curtis, Blanc, 1997; Grady, Billy, Klepinger, 2002, Chofakian, 2017), pois aquelas mulheres que não possuem filhos têm menos risco de descontinuar. No estudo de Vaughan et al. (2008), as usuárias de preservativo que eram nulíparas foram 27,0% menos propensas a descontinuar o uso do MAC do que as que tinham pelo menos um filho.

Inesperadamente, na análise múltipla de Cox, nenhum aspecto sociodemográfico ou reprodutivo foi associado à troca do preservativo masculino por MAC mais eficaz. A comparação destes resultados com outros é limitada, uma vez que os estudos que avaliam

a troca dos MAC são limitados, e ainda os realizados não focaram cada MAC separadamente.

No entanto, estudos mostram que alguns aspectos sociodemográficos e reprodutivos podem influenciar a troca do MAC para um mais eficaz, como, por exemplo, no estudo de Moreau et al. (2009), em que a idade e a paridade estiveram associadas à troca do uso do MAC por um mais eficaz, embora a análise não tenha sido realizada para o preservativo masculino separadamente. Talvez, muito além dos fatores sociodemográficos e reprodutivos, o que pode ter contribuído, de fato, para que a mulher trocasse do preservativo masculino para um mais eficaz foi o desejo de usar um MAC para se proteger de uma gravidez não planejada. Isso se justifica pelo fato de a maioria das usuárias do preservativo terem relatado essa razão para trocá-lo por MAC mais eficaz (81,1%), o que também foi verificado em outro estudo (Ali, Cleland, 2010b). De fato, a maior porcentagem de descontinuidade do uso do preservativo masculino é para um MAC mais eficaz (Kopp et al., 2017).

Surpreendentemente, outros aspectos sociodemográficos e reprodutivos, como, por exemplo, raça/cor de pele e intenção reprodutiva, que mostraram ser importantes para a descontinuidade contraceptiva em outros contextos, não mostraram associação com nenhum tipo de descontinuidade no uso do preservativo masculino entre as mulheres do presente estudo (Blanc, 2001; Frost, Singh, Finer, 2007; Kost et al., 2008; Vaughan et al., 2008; Moreau et al., 2013; Chofakian, 2017).

7.4 DIFERENÇAS ENTRE AS MULHERES DE ARACAJU E DE SÃO PAULO

Não se observou diferença entre as mulheres usuárias de UBS dos municípios de São Paulo e Aracaju em relação ao uso de MAC e ao padrão de descontinuidades contraceptivas. Esse é um resultado inesperado, uma vez que essas mulheres mostraram um perfil socioeconômico e reprodutivo diferente. Trata-se de resultado diferente do encontrado por Leite e Gupta (2007), em que a probabilidade de falha, abandono e troca foi maior na região Nordeste do que no Sul e Sudeste do país. Os autores observaram, na época em que a pesquisa foi realizada, que parecia haver importante disparidade na disponibilidade e na qualidade nos serviços de planejamento reprodutivo entre as regiões do país. Talvez essas disparidades tenham diminuído com a ampliação da atenção básica e com a normatização da Lei do Planejamento Familiar em 1996 (Brasil, 1996). Ainda, diferente dos dados da PNDS de 1996, todas as mulheres deste estudo são usuárias de

UBS em que os MAC distribuídos são iguais para as duas regiões do país, o que pode explicar essa similaridade.

Não houve também diferenças estatisticamente significativas nas prevalências de tipo de MAC utilizado entre as mulheres das duas capitais. Isso também já foi descrito em estudo que avaliou a utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil, em que a proporção de uso desses dois MAC foi semelhante entre a região Nordeste e Sudeste do país, além disso, o uso foi semelhante em todas as categorias socioeconômicas e de escolaridade (Farias et al., 2016).

7.5 SÍNTESE DO PERFIL DAS DESCONTINUIDADES CONTRACEPTIVAS E DOS ASPECTOS ASSOCIADOS AO USO DA PÍLULA ORAL, HORMONAL INJETÁVEL E PRESERVATIVO MASCULINO ENTRE AS MULHERES COM NECESSIDADE DE CONTRACEPÇÃO

O perfil de descontinuidade contraceptiva foi diferente para cada tipo de MAC, conforme a hipótese deste estudo. Entre as mulheres com necessidade de contracepção, o preservativo masculino apresentou maior taxa de descontinuidade aos três, seis e doze meses de uso, seguido pela pílula oral e hormonal injetável, que tiveram taxas de descontinuidade semelhantes. Entre as usuárias da pílula oral, a descontinuidade do tipo abandono e troca para MAC mais eficaz contribuíram na mesma proporção para a descontinuidade total. Por sua vez, entre as usuárias do hormonal injetável, o que mais contribuiu para a taxa de descontinuidade foi a troca para MAC menos eficaz. Já as usuárias do preservativo masculino relataram mais altas taxas de descontinuidade por troca por MAC mais eficaz.

Pouquíssimas mulheres com necessidade de contracepção trocaram os MAC hormonais por MAC mais eficaz, tendo sido ainda menor entre as usuárias do hormonal injetável. Ainda, o abandono no uso do MAC foi mais comum entre usuárias do hormonal injetável, do que as de pílula oral e preservativo masculino.

Entre as usuárias da pílula oral, a descontinuidade foi mais comum do que entre as do hormonal injetável logo nos primeiros meses após iniciar o uso. A pílula oral apresentou taxa de descontinuidade superior no terceiro e no sexto mês comparada ao injetável, mas isso se inverteu aos doze meses de uso, quando o injetável passou a apresentar taxas de descontinuidade similares as da pílula oral entre as mulheres com necessidade de contracepção. Essa dinâmica corrobora com outros estudos realizados com mulheres de

outros países e também do Brasil (Rosenberg, Waugh, 1998; Westhoff et al., 2007; Ali, Cleland, 2010a; Bahamondes et al., 2011).

Os aspectos associados a descontinuar o uso de MAC variou segundo o tipo de método entre as mulheres com necessidade de contracepção. A intenção reprodutiva esteve associada à descontinuidade somente no uso da pílula oral. Mulheres incertas quanto à intenção reprodutiva apresentaram maior risco tanto de descontinuar quanto de trocar a pílula oral para MAC menos eficaz. O tipo de união conjugal, o grupo econômico e o número de filhos vivos foram os aspectos sociodemográficos e reprodutivos associados somente à descontinuidade no uso do preservativo masculino. O número de parceiros sexuais foi associado somente às descontinuidades no uso do hormonal injetável, ou seja, as mulheres com mais parceiros sexuais (dois, três, quatro ou mais) tiveram maior risco de descontinuar e abandonar o MAC.

Os MAC hormonais – pílula oral e injetável – apresentaram aspectos comuns para associados à descontinuidade: ter vivenciado um abortamento e ter referido efeitos colaterais/preocupação com a saúde, o que não foi verificado entre as usuárias do preservativo masculino. Adicionalmente, a idade foi o aspecto comum na determinação das descontinuidades no uso da pílula oral e do preservativo masculino. No entanto, entre as usuárias do hormonal injetável, as mulheres mais velhas tiveram menor risco de descontinuar e de trocar o MAC para um menos eficaz, ao passo que, entre as usuárias do preservativo, as mais velhas tiveram maior risco de abandonar.

Quadro 4 - Síntese das variáveis associadas a descontinuar o uso do método contraceptivo entre as mulheres com necessidade de contracepção

	Síntese das variáveis associadas a descontinuar o uso do método entre as mulheres com necessidade de contracepção		
Variáveis	Pílula oral	Hormonal injetável	Preservativo masculino
Características sociodemográficas			
Idade (anos)	Mulheres mais velhas (25-34 e 35-49 anos) tiveram menos riscos de descontinuar e de trocar o MAC para um menos eficaz		Mulheres mais velhas (25-34 anos) tiveram mais riscos de abandonar
Unida			Mulheres unidas tiveram mais riscos de descontinuar
Classe econômica			Mulheres com menor poder aquisitivo (classe econômica D/E) tiveram mais riscos de abandonar
Características reprodutivas			
Número de parceiros sexuais na vida		Mulheres que relataram mais parceiros sexuais na vida (dois, três, quatro ou mais) tiveram mais riscos de descontinuar e abandonar	
Número de filhos vivos			Mulheres com mais filhos (dois ou mais) tiveram menos riscos de trocar para MAC menos eficaz
Abortamento	Mulheres que vivenciaram abortamento tiveram mais riscos de trocar para MAC menos eficaz	Mulheres que vivenciaram abortamento tiveram mais riscos de troca para MAC menos eficaz	
Intenção reprodutiva	Mulheres incertas quanto à intenção reprodutiva tiveram mais riscos de descontinuar e de trocar para MAC menos eficaz		
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde	Mulheres que relataram efeitos colaterais/preocupação com a saúde tiveram mais riscos de descontinuar, abandonar e trocar para MAC menos eficaz	Mulheres que relataram efeitos colaterais/preocupação com a saúde tiveram mais riscos de descontinuar, abandonar e de trocar para MAC menos eficaz	

7.6 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO

Este estudo teve algumas limitações que devem ser levadas em consideração ao interpretar os resultados. A primeira delas refere-se à população de estudo, que são usuárias de serviços de atenção básica do SUS, o que faz dos achados não serem generalizáveis a todas mulheres brasileiras, nem àquelas usuárias de serviços privados de saúde. Entretanto, os resultados mostram os padrões de descontinuidade contraceptivas e os aspectos associados à descontinuidade no uso de MAC por usuárias de UBS, que podem ser usados como guia para melhorar as ações de planejamento reprodutivo nos serviços de atenção básica da saúde.

Ao coletar os dados no calendário contraceptivo, as mulheres são convidadas a lembrar de eventos ocorridos há até cinco anos, portanto os dados podem ser menos confiáveis do que os dados que se referem a eventos recentes. Para minimizar esse viés de memória, as informações são colhidas em ordem cronológica, de acordo com os eventos reprodutivos mais marcantes dos cinco anos anteriores à pesquisa, como nascimentos, gestações e abortamentos (Glasner, Van der Vaart, 2009; Bradley, Schwandt, Khan, 2009). Mesmo assim, estudos mostraram que nem todo uso de MAC é capturado pelo calendário contraceptivo; como resultado, pode haver a subestimação das taxas de descontinuidades contraceptivas (Bradley, Schwandt, Khan, 2009; Callahan; Becker, 2012).

Apesar dessa limitação, outros estudos que avaliaram a qualidade dos dados oriundos do calendário contraceptivo observaram não haver vieses importantes nos resultados obtidos (Goldman et al., 1983; Moreno, Goldman, 1991; Moreno, 1993). Outra limitação devido ao calendário contraceptivo é permitir a anotação de apenas uma razão para descontinuar o MAC, quando, na verdade, uma única mulher pode relatar múltiplas razões. Autores enfatizaram que essa abordagem de coleta de dados é muito simplificada e não captura a visão global do porquê a mulher e seu parceiro decidiram descontinuar o uso do MAC (Strickler et al., 1997; Curtis, Blanc, 1997; Barden-O'Fallon, Speizer, White, 2008; Bradley, Schwandt, Khan, 2009).

Não foi possível incluir nas análises os episódios de uso de MAC que tiveram seu início antes do período coberto pelo calendário contraceptivo, tendo sido as análises realizadas apenas com novos episódios de uso de MAC. Com isso, foram excluídos os episódios de mulheres que usaram o mesmo MAC de forma consistente durante todo o calendário contraceptivo, e a exclusão desses episódios pode superestimar as taxas de descontinuidade contraceptiva (Bradley, Schwandt, Khan, 2009).

Também não foi conduzida a análise de descontinuidade do tipo falha e tampouco dos aspectos associados a ela, pois além de não estar incluída nos objetivos deste estudo, exige técnicas estatísticas diferentes das que foram usadas para analisar os dados.

Adicionalmente, apenas três métodos contraceptivos (pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino) foram analisados separadamente, pois os outros MAC não foram frequentemente usados pelas mulheres deste estudo. Apesar do grande número de participantes do estudo e de episódios de uso de métodos contraceptivos incluídos na análise, quando analisados por tipo de descontinuidades, a amostra tornou-se pequena, o que impossibilitou a condução de alguns modelos múltiplos de Cox para acessar os aspectos associados à descontinuidade no uso dos MAC.

Ainda pelo mesmo motivo, algumas variáveis foram analisadas em alguns modelos e, em outros, não. Para as descontinuidades do tipo troca por MAC mais eficaz, não foi possível conduzir as análises múltiplas dos aspectos associados a descontinuar o uso do hormonal injetável nos dois grupos analisados – mulheres em geral e mulheres com necessidade de contracepção, da mesma forma em relação à troca por MAC menos eficaz para as usuárias do preservativo masculino. Essa limitação parece estar relacionada mais especificamente ao *mix* contraceptivo do que à fragilidade da coleta de dados propriamente dita.

A consistência na coleta de dados, a heterogeneidade das UBS onde os dados foram coletados e a possibilidade de comparar os padrões das descontinuidades contraceptivas, bem como os aspectos associados à sua descontinuidade com outros estudos nacionais e internacionais são outras potencialidades deste estudo.

8 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

8 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Este estudo contribui com a literatura ao mostrar que existe altas taxas de descontinuidades no uso dos MAC, principalmente entre mulheres com necessidade de usá-lo. Também identificou os aspectos sociodemográficos, reprodutivos e inerentes ao próprio MAC que contribuem para que a descontinuidade ocorra.

Em decorrência da complexidade do tópico e dos dados analisados, esse estudo não fornece completa compreensão das descontinuidades no uso dos MAC, mas aponta várias lacunas que podem ser exploradas em futuras pesquisas, as quais podem avaliar o papel das descontinuidades no uso dos MAC em grupos específicos de mulheres, como por exemplo, as que passaram por gravidez não planejada, abortamento, ou no período pós-parto. Outras pesquisas podem ser conduzidas a respeito de como os profissionais de saúde orientam as mulheres na ocorrência de descontinuidades contraceptivas e o papel deles neste processo: o impacto do aconselhamento continuado em contracepção para a diminuição das descontinuidades contraceptivas; se mulheres brasileiras usuárias do SUS têm a possibilidade de escolha do MAC que melhor atende às suas necessidades e, se caso tenham, quais seriam os padrões de descontinuidade no uso do MAC nessas circunstâncias.

Uma vez que o tipo de união foi aspecto importante para ocorrência das descontinuidades contraceptivas, e o parceiro desempenhou papel relevante no uso dos MAC, estudos que investiguem mais detalhadamente o papel do parceiro nas questões de uso de MAC – nas descontinuidades contraceptivas e na gravidez não planejada – são necessários e podem contribuir nas intervenções para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do casal. Além disso, outros estudos que explorem o motivo pelas quais mulheres brasileiras que vivenciaram abortamento continuam em vulnerabilidade contraceptiva podem servir para a realização de intervenções na saúde reprodutiva deste grupo especificamente.

Análises posteriores usando os dados desta pesquisa podem ser conduzidas para responder as possíveis perguntas: quanto tempo, após abandonar o uso do MAC, a mulher começa a usar outro novamente? Nesse intervalo em que a mulher fica desprotegida de contracepção, há ocorrência de gravidez não planejada e abortamentos? Qual o papel das descontinuidades no uso dos MAC para a ocorrência de gravidez não planejada e abortamento? Qual a frequência com que o MAC é descontinuado, isso varia com o tipo de MAC utilizado? Quais os padrões de descontinuidade do tipo falha e quais seus aspectos associados?

Por último, sugere-se a realização de pesquisas que incluam o uso do calendário contraceptivo para avaliação das descontinuidades contraceptivas e outros aspectos relacionados a saúde reprodutiva, tendo em vista que é essencial acessar possíveis mudanças que tenham ocorrido nas descontinuidades contraceptivas em nível nacional, uma vez que os últimos dados são provenientes da PNDS de 1996.

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As altas taxas de descontinuidades contraceptivas, principalmente a de abandono ou troca para MAC menos eficaz, têm severas implicações para formadores de políticas públicas e de programas de atenção em planejamento familiar e reprodutivo no Brasil.

É necessário aumentar investimento financeiro para melhorar o acesso aos serviços de contracepção, bem como aumentar a capacidade em fornecer atenção nos serviços e ainda melhorar a qualidade oferecida, tanto em termos de oferta de MAC quanto na assistência prestadas nas questões reprodutivas pelos profissionais de saúde.

Entre as usuárias de pílula oral e hormonal injetável, poucas foram as que descontinuaram o uso do MAC para um mais eficaz, o que indica que há a necessidade não atendida por métodos contraceptivos mais eficazes, de longa duração e permanentes. Esses resultados apontam a urgência em oferecer variedade de métodos para atender às diferentes necessidades das mulheres e dos casais, garantindo a escolha voluntária de métodos.

Para isso, é preciso disseminar a inserção do DIU de cobre entre as usuárias do SUS, bem como introduzir outros LARC, como o implante e o DIU hormonal no cenário reprodutivo das mulheres brasileiras, uma vez que esses são os MAC mais eficazes e mais difícil de serem descontinuados, e por conseguinte a taxa de gestação não planejada é baixa durante o uso desses MAC. É preciso também facilitar o acesso aos MAC irreversíveis laqueadura e vasectomia, quando seja conveniente para o casal.

Profissionais de saúde precisam ser treinados para adquirir maior conhecimento em relação ao MAC, bem como dar assistência em planejamento reprodutivo com confidencialidade e respeito, dando prioridade ao aconselhamento e ao acompanhamento no uso dos MAC adequadamente e facilitando a troca dos métodos, quando a mulher ou o casal não estiverem satisfeitos ou não se adaptaram ao uso.

A assiduidade na assistência em contracepção é importante para a diminuição das descontinuidades no uso dos MAC, pois orientar apenas no momento da prescrição não é suficiente para o uso correto e contínuo. Mulheres descontinuam o MAC devido aos efeitos colaterais, à preocupação com a saúde ou a outras razões que poderiam ser evitadas, caso pudessem sanar suas dúvidas e aprender estratégias para contornar as insatisfações durante o acompanhamento nas ações de planejamento reprodutivo. Todas as orientações devem ser conectadas com o contexto individual de cada mulher e com a experiência que ela tem com contracepção, posto que os efeitos colaterais variam muito de acordo com o MAC, com a duração de uso e com cada mulher.

É necessário que se estabeleça meios de envolver o parceiro nas ações de planejamento reprodutivo e nas demais questões da saúde reprodutiva e sexual e que discuta com ele a importância do uso consistente dos MAC para a prevenção de gravidez não planejada. Adicionalmente, é primordial o desenvolvimento de intervenções que possam influenciar o parceiro a adotar atitudes positivas para o uso do preservativo masculino para a prevenção de ITS e, simultaneamente, para prevenção de gravidez não planejada.

Os profissionais de saúde precisam incorporar a prática de questionar a intenção reprodutiva da mulher ou do casal, uma vez que isso pode influenciar na descontinuidade no uso dos MAC, principalmente entre as mulheres que estão ambíguas ou incertas quanto ao planejamento da gravidez. Uma sugestão é o uso de instrumentos adequados para acessar à intenção reprodutiva, posto que perguntar diretamente à mulher pode mascarar a resposta daquelas que estão incertas ou ambíguas. Um dos instrumentos que pode ser usado para classificação do planejamento da gravidez é o *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP) versão Brasil (Borges et al., 2016).

10 CONCLUSÕES

10 CONCLUSÕES

Os resultados mostraram altas taxas de descontinuidade no uso dos MAC reversíveis entre as mulheres usuárias de UBS de São Paulo/SP e Aracaju/SE. Maior proporção de episódios de uso de MAC descontinuados foi entre as mulheres que ainda estavam com necessidade contraceptiva. Dois em cada três episódios de uso de MAC foram descontinuados em doze meses após o início do uso. Dentre as mulheres em geral, o abandono foi o tipo de descontinuidade mais frequente, seguido de troca para MAC menos eficaz e troca para o mais eficaz, os quais apresentaram a mesma proporção de descontinuidade. Entre as mulheres com necessidade de contracepção, a troca para MAC mais eficaz foi o tipo de descontinuidade mais frequente, embora a proporção de descontinuidade por abandono, troca para método menos eficaz e troca para MAC mais eficaz tenham sido muito semelhantes.

A probabilidade de descontinuar o uso dos MAC foi estimada por meio das taxas acumuladas de descontinuidades por cem episódios de uso de cada método contraceptivo em doze meses. No cálculo das taxas de descontinuidade, entre as mulheres no geral, a de todos os MAC reversíveis foi 41,9% aos doze meses e para as mulheres com necessidade de contracepção foi 35,5% no mesmo período.

A probabilidade de descontinuar o uso do MAC varia largamente segundo o MAC: o preservativo masculino apresentou proporção elevada de descontinuidade em três, seis e doze meses após o início do uso, seguido do hormonal injetável e pílula oral, que apresentaram taxas de descontinuidade semelhantes, da mesma forma que as observadas nas mulheres em geral. Entre as usuárias de pílula oral que tinham necessidade de contracepção, a descontinuidade do tipo abandono foi a que apresentou a taxa mais elevada em doze meses de uso, seguido da troca para um MAC menos eficaz, que foi quase majoritariamente para o preservativo masculino, ao passo que, entre as usuárias do hormonal injetável, a troca para MAC menos eficaz foi o destaque e, entre as usuárias do preservativo masculino, a taxa mais alta de descontinuidade foi do tipo troca para MAC mais eficaz, quase sempre para a pílula oral ou para o hormonal injetável. A troca para MAC mais eficaz contribuiu muito pouco para as descontinuidades dos MAC hormonais.

No grupo das mulheres com necessidade de contracepção, entre as usuárias da pílula oral e do hormonal injetável, a principal razão para descontinuar, abandonar ou trocar para um método menos eficaz foram os efeitos colaterais, da mesma forma que ocorreu no grupo das mulheres em geral. Entre as usuárias do preservativo masculino, a principal razão foi a necessidade de um MAC mais eficaz, seguida pela troca para MAC menos eficaz e, finalmente, o abandono devido à inconveniência para usá-lo. Igualmente, no grupo das mulheres em geral, o desejo de trocar para um MAC mais eficaz foi a principal razão para as usuárias dos três MAC trocá-lo para um mais eficaz.

Na análise múltipla de Cox, os aspectos associados para descontinuar o uso dos MAC variaram segundo ao tipo de método entre as mulheres com necessidade de contracepção. Os aspectos associados a descontinuar a pílula oral foram a idade, o abortamento, a intenção reprodutiva e os efeitos colaterais/preocupação com a saúde. Nesse grupo, as mulheres mais velhas (25-34 e 35-49 anos) tiveram menor risco de descontinuar e de trocar o MAC para um menos eficaz; aquelas que vivenciaram abortamento tiveram maior risco de trocar para MAC menos eficaz; as que estavam incertas quanto à intenção reprodutiva apresentaram maior risco de descontinuar e de trocar o uso da pílula oral para um MAC menos eficaz; e as que relataram efeitos colaterais/preocupação com a saúde tiveram maior risco de descontinuar, abandonar e trocar para MAC menos eficaz.

Os aspectos associados a descontinuar o hormonal injetável foram o número de parceiro sexuais, abortamento e os efeitos colaterais/preocupação com a saúde. Mulheres que relataram mais parceiros sexuais (dois, três, quatro ou mais) tiveram mais riscos de descontinuar e abandonar; as que vivenciaram abortamento tiveram mais riscos de troca para MAC menos eficaz e as que relataram efeitos colaterais/preocupação com a saúde tiveram mais riscos de descontinuar, abandonar e de trocar para MAC menos eficaz.

Os aspectos associados a descontinuar o preservativo masculino foram a idade, união, classe econômica e número de filhos vivos. Mulheres mais velhas (25-34 anos) assim como as de menor poder aquisitivo (classe econômica D/E) tiveram mais risco de abandonar; as unidas tiveram mais riscos de descontinuar; e as com mais filhos (dois ou mais) tiveram menos riscos de trocar para MAC menos eficaz.

Os MAC apresentaram algumas particularidades e semelhanças quanto aos aspectos associados às descontinuidades entre as mulheres com necessidade de contracepção. Em relação às particularidades, destaca-se que a intenção reprodutiva esteve associada à descontinuidade somente da pílula oral. O tipo de união conjugal, a classe econômica e o número de filhos vivos foram aspectos sociodemográficos e reprodutivos associados somente à descontinuidade no uso do preservativo masculino. O número de parceiros sexuais esteve associado somente às descontinuidades do hormonal injetável.

Em relação aos aspectos comuns, destaca-se ter vivenciado um abortamento e ter referido efeitos colaterais/preocupação com a saúde, que foram aspectos associados à descontinuidade da pílula oral e o hormonal injetável; a idade foi o aspecto comum nas descontinuidades da pílula oral e do preservativo masculino. As mulheres mais velhas estavam mais protegidas de descontinuar e de trocar o hormonal injetável para MAC menos eficaz, na medida em que esse grupo teve maior risco de abandonar o uso do preservativo masculino.

Na análise múltipla de Cox, nenhum aspecto sociodemográfico e reprodutivo esteve associado à descontinuidade do tipo troca para MAC mais eficaz em nenhum dos três contraceptivos analisados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Ali M, Cleland J. Contraceptive discontinuation in six developing countries: a cause- specific analysis. *Int Fam Plan Perspect*. 1995;21(3):92-97.
- Ali MM, Cleland J. Contraceptive Switching after Method-related Discontinuation: Levels and Differentials. *Stud Fam Plann*. 2010b; 41(2):129-133.
- Ali MM, Cleland J. Oral contraceptive discontinuation and its aftermath in 19 developing countries. *Contraception*. 2010a;81(1):22-9.
- Ali MM, Cleland J. Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis. *Soc Sci Med*. 2005;60(6):1175-85.
- Araújo KS. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015. 2015 [citado 2015 out. 7]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. Brasília: PNUD, Ipea, FJP; 2014. 120 p.
- Bahamondes L, Pinho F, Melo NR, Oliveira E, Bahamondes MV. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(4):303-9.
- Barden-O'Fallon J, Speizer IS, Cálix J, Rodriguez F. An analysis of contraceptive discontinuation among female, reversible method users in urban Honduras. *Stud Fam Plann*. 2011;42(1):11-20.
- Barden-O'Fallon JL, Speizer IS, White JS. Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 23(6):410-7.
- Barden-O'Fallon J, Speizer I. What differentiates method stoppers from switchers? Contraceptive discontinuation and switching among Honduran women. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011;37(1):16-23. DOI: 10.1363/3701611.
- Bastos MR, Borges ALV, Hoga LAK, Fernandes MP, Contin MV. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(3):447-56.
- Baumgartner JN, Morroni C, Mlobeli RD, Otterness C, Buga G, Chen M. Impact of a provider job aid intervention on injectable contraceptive continuation in South Africa. *Stud Fam Plann*. 2012;43(4):305-14.
- Baumgartner JN, Morroni C, Mlobeli RD, Otterness C, Myer L, Janowitz B, et al. Timeliness of Contraceptive Reinjections in South Africa And Its Relation to Unintentional Discontinuation. *Int Fam Plan Perspect*. 2007, 33(2):66–74.

Beadnell B, Morrison DM, Wilsdon A, Wells EA, Murowchick E, Hoppe M, et al. Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. *J Sex Res.* 2005, 42(3):192-202.

Beksinska ME, Rees HV, Smit J. Temporary discontinuation: A compliance issue in injectable users. *Contraception.* 2001;64(5):309-13.

Beltzer N, Moreau C, Bajos N; groupe CSF. Prevention of unintended pregnancies: toward a dual protection at sexual debut? *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2011;59(1):15-21. DOI: 10.1016/j.respe.2010.10.006.

Bengtson A, Kwok C, Salata RA, Byamugisha J, Chipato T, Rwambuya S, et.al. Hormonal Contraceptive Use and Discontinuation among HIV- infected Women in Uganda and Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;63(4):506-13.

Berquó E, Lima LP. Intenções reprodutivas e planejamento da fecundidade. In: Berquó E, Garcia S, Lago T, organizadores. *Relatório Final da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006.* Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 203-04.

Blanc AK, Curtis SL, Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Stud Fam Plann.* 2002;33(2):127-40.

Blanc AK, Tsui AO, Croft TN, Trevitt JL. Patterns and trends in adolescent's contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2009;35(2):63-71.

Blanc AK. The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence. *Stud Fam Plann.* 2001;32(3):189-213.

Bolton M, McKay A, Schneider M. Relational Influences on condom use discontinuation: a qualitative study of young adult woman in dating relationships. *Can J Hum Sex.* 2010; 19(13):91-104.

Bongaarts J. The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Stud Fam Plann.* 1982;13(6-7):179-89.

Borges AL, Barrett G, Santos OA, Nascimento NC, Cavallieri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2016; 16:244. DOI: 10.1186/s12884-016-1037-2.

Borges ALV, Fujimori E, Hoga LAK, Contin M. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: uso da anticoncepção de emergência. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(4):816-26. DOI:10.1590/S0102-311X2010000400023.

Borges ALV, OlaOlorun F, Fujimori E, Hoga LAK, Tsui AO. Contraceptive use following spontaneous and induced abortion and its association with family planning services in primary health care: results from a Brazilian longitudinal study. *Reproductive Health.* 2015;12:94. DOI 10.1186/s12978-015-0087-7.

Borges ALV, Santos AO, Araújo KS, Gonçalves RFS, Santa Rosa PLF, Nascimento NC. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2017;17(4):757-764.

Borges ALV, Santos OA, Fujimori F. Concordance between intention to use and current use of contraceptives among six-month postpartum women in Brazil: The role of unplanned pregnancy. *Midwifery.* 2018; 56:94–101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.015>.

- Bradley SEK, Schwandt HM, Khan S. Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation. DHS Analytical Studies N. 20. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro; 2009. Available from: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS20/AS20.pdf>.
- Brasil. Lei n.º 9263. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 300 p. [citado 2015 abril 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. PNDS1996: Pesquisa Nacional De Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Série Pactos pela Saúde 2006, v.4. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS-48, de 11 de fevereiro de 1999. Regulamenta a Lei Federal 9263. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 72 p.
- Burke HM, Ambasa-Shisanya C. Evaluation of a communication campaign to improve continuation among first-time injectable contraceptive users in Nyando District, Kenya. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2014;40(2):56-67.
- Burke HM, Ambasa-Shisanya C. Qualitative study of reasons for discontinuation of injectable contraceptives among users and salient reference groups in Kenya. *Afr Jd Reprod Health*. 2011;15(2):67-78.
- Caetano AJ. Acesso à contracepção segura. In: Brasil, Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Rumos para Cairo + 20. Brasília; 2010. p. 63-84.
- Callahan BRL, Becker S. The reliability of calendar data for reporting contraceptive use: evidence from rural Bangladesh. *Stud Fam Plann*. 2012;43(3): 213-22.
- Cea-Soriano L, García Rodríguez LA, Machlitt A, Wallander MA. Use of prescription contraceptive methods in the UK general population: a primary care study. *BJOG [Internet]*. 2014;121(1):53-60.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2013: adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd edition. *MMWR Recomm Rep*. 2013;62(5):1-60. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr62e0614.pdf>.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Saúde em Debate. Revista do centro brasileiro de estudos de saúde. 2014; edição especial.

Chofakian CBN. Contraceptive discontinuation and its relation to emergency contraception use among undergraduate women [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Cleland J, Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. *Obstet Gynecol*. 2004;104(2):314-20.

Coordenadoria de Epidemiologia e Informação [Internet]. Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde - Julho de 2015. 2015a. [citado 2015 set. 16]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRS.pdf>.

Coordenadoria de Epidemiologia e Informação [Internet]. Saúde Família- Famílias e domicílios cadastrados. Famílias cadastradas segundo estabelecimento de saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde período: Set/2015. 2015b. [citado 2015 set. 16]. Disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/SIAB/siab>.

Corrêa DAS, Felisbino-Mendes MS, Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G. Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1.

Creanga AA, Acharya R, Ahmed S, Tsui AO. Contraceptive discontinuation and failure and subsequent abortion in Romania: 1994-99. *Stud Fam Plann*. 2007;38(1):23-34.

Curtis S, Evens E, Sambisa W. Contraceptive discontinuation and unintended pregnancy: an imperfect relationship. *Int Persp Sex Rep Health*. 2011; 37(2):58-66.

Curtis SL, Blanc AK. Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: An analysis of DHS contraceptive histories. DHS Analytical Reports No. 6. Calverton, MD: Macro International Inc.; 1997.

D'Antona AO, Chelekis JA, D'Antona MF, Siqueira AD. Contraceptive discontinuation and non-use in Santarém, Brazilian Amazon. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2021- 32.

Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2013;381(9879):1756-62.

Davidoff-Gore A, Luke N, Wawire S. Dimensions of poverty and inconsistent condom use among youth in urban Kenya. *AIDS Care*. 2011;23(10):1282-90. DOI:10.1080/09540121.2011.555744

Diamond-Smith NG, Moreau C, Bishai DM. Reducing unintended pregnancies: a microsimulation of contraceptive switching, discontinuation, and failure patterns in France. *Stud Fam Plann*. 2014;45(4):429-41. DOI: 10.1111/j.1728- 4465.2014.00006.x.

Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet*. 2010;15(1):959-66.

Diniz D, Medeiros, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(2):653-660,. DOI: 10.1590/1413-81232017222.23812016 653.

- Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016;50(2):14s.
- Ferreira JM, Nunes FR, Modesto WS, Gonçalves MP, Bahamondes L. Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long-acting reversible contraceptives. *Contraception*. 2014;89(1):17–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.09.012>.
- Figueiredo R, Castro JM, Kalckmann S. Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado? *Boletim do Instituto de Saúde*. 2014;15(2): 81-93. ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529.
- Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008- 2011. *N Engl J Med*. 2016;374(9):843-52. DOI: 10.1056/NEJMsa1506575.
- Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(2):90-6.
- Fitrianto A, Jiin RLT. Several Types of Residuals in Cox Regression. Model: An Empirical Study. *Int Journal of Math. Analysis*. 2013;7(53): 2645-54.
- Fortier E, Foster AM. “It was kind of like if it happens it happens. It wasn’t planned, It wasn’t intentional”: Young mothers’ experiences with subsequent pregnancy in Ottawa, Canada. *Facets*. 2017;2:859–871. DOI: 10.1139/facets-2017-0077
- Frost JJ, Singh S, Finer LB. U.S. women's one-year contraceptive use patterns, 2004. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39(1):48-55.
- Gibbs L, Manning WD, Longmore M, Giordano PC. Qualities of romantic relationships and consistent condom use among dating young adults. In: Bourgois L, Cauchois S, editors. *Contraceptives: Predictors of use, role of cultural attitudes & practices and levels of effectiveness*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2014. p.157-182.
- Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature. *Stud Fam Plann*. 2008; 39 (1):18-38.
- Glasner T; Van der Vaart W. Applications of calendar instruments in social surveys: A review. *Quality and Quantity*. 2009; 43(3):333-49.
- Goldman N, Pebeley AR, Westoff CF, Lois EP. Contraceptive failure rates in Latin America. *International Family Planning Perspectives*. 1983;9(2):50-7.
- Goldstein RL, Upadhyay UD, Raine TR. With pills, patches, rings, and shots: who still uses condoms? A longitudinal cohort study. *J Adolesc Health*. 2013;52(1):77-82. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.08.001.
- Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Santa Rosa PLF, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>.
- Grady WR, Billy JO, Klepinger DH. Contraceptive method switching in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34(3):135-45.
- Grady WR, Hayward MD, Florey FA. Contraceptive Discontinuation among Married Women in the United States. *Stud Fam Plann*. 1988;19(4):227-35.

Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. 20 anos de construção do Sistema de Saúde no Brasil - Uma análise do Sistema Único de Saúde. The World Bank. 2013. 112 p.

Grimes DA. Forgettable contraception. *Contraception* 2009;80:497–9.

Haddad L, Wall KM, Vwalika B, Khu NH, Brill L, William Kilembe W, et al. Contraceptive discontinuation and switching among couples receiving integrated HIV and family planning services in Lusaka, Zambia. *AIDS*. 2013;27(01):S93-103.

Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;26(10): CD004317. DOI: 10.1002/14651858.CD004317.pub4.

Hassan EO, El-Nahal N, El-Hussinie M. Once-a-month injectable contraceptives, Cycloferm and Mesigyna, in Egypt. Efficacy, causes of discontinuation, and side effects. *Contraception*. 1999;60(2):87-92.

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

Hu Ezegwui, Ikeako LC, Obiora-Okafor NC. The use of depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) injectable contraceptive in Enugu, Nigeria. *Niger J Med*. 2012;21(3):266-71.

Hyttel M, Rasanathan JJ, Tellier M, Taremwad W. Use of injectable hormonal contraceptives: diverging perspectives of women and men, service providers and policymakers in Uganda. *Reproductive Health Matters* 2012;20(40):148-57. DOI: 10.1016/S0968-8080(12)40654-1.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Censo demográfico 2010. Características gerais da população: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro; 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Estimativas populacionais dos municípios, 2016b. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias.html?view=noticia&id=1&idnoticia=3244&busca=1&t=ibge-divulga-estimativas-populacionais-municipios-2016>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016a.

Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34(6):294-303.

Kaufman L, Rousseeuw PJ. *Finding Groups in Data: An Introduction to Cluster Analysis*. Hoboken, New Jersey, USA: Wiley Interscience; 2009.

Khan MA. Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh. *Health Policy Plan*. 2003;18(1):101-8.

Kopp DM, Rosenberg NE, Stuart GS, Miller WC, Hosseinipour MC, Bonongwe P, et al. Patterns of Contraceptive Adoption, Continuation, and Switching after Delivery among Malawian Women. *PLoS ONE*, 2017;12(1): e0170284. DOI:10.1371/journal.pone.0170284.

Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008;77(1):10-21.

Leite IC, Gupta N. Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil. *Reprod Health*. 2007;4(6):1-10.

Littlejohn KE. Hormonal Contraceptive Use and Discontinuation Because of Dissatisfaction: Differences by Race and Education. *Demography*. 2012;49:1433-52 DOI: 10.1007/s13524-012-0127-7.

Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Contraceptive use patterns across teens' sexual relationships: the role of relationships, partners, and sexual histories. *Demography*. 2007;44(3):603-21.

Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Patterns of contraceptive use within teenagers' first sexual relationships. *Perspect Sex Reprod Health*. 2003;35(6):246-55.

Mehra D, Östergren PO, Ekman B, Agardh A. Inconsistent condom use among Ugandan university students from a gender perspective: a cross-sectional study. *Glob Health Action*. 2014;10;7(1):229-42. DOI:10.3402/gha.v7.22942.

Modey EJ, Aryeetey R, Adanu R. Contraceptive Discontinuation and Switching Among Ghanaian Women: Evidence from the Ghana Demographic and Health Survey, 2008. *Afr J Reprod Health*. 2014;18(1):84-92.

Moreau C, Bohet A. Frequency and correlates of unintended pregnancy risk perceptions. *Contraception*. 2016;94(2):152-9. DOI: 10.1016/j.contraception.2016. 02.029.

Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: Results from a French population-based cohort. *Hum Reprod*. 2009;24(6):1387-92.

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

Moreau C, Cleland K, Trussell J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. *Contraception*. 2007;76(4):267-72.

Moreau C, Hall K, Trussell J, Barber J. Effect of prospectively measured pregnancy intentions on the consistency of contraceptive use among young women in Michigan. *Hum Reprod*. 2013;28(3):642-50. DOI: 10.1093/humrep/des421.

Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajosa N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010; 82(4): 337–344. DOI:10.1016/j.contraception.2010.03.011.

Moreno L, Goldman N. Contraceptive failure rates in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. *International Family Planning Perspectives*. 1991;17(2): 44-9.

Moreno L. Differences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries. *International Family Planning Perspectives*. 1993;19(2): 54-60.

Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. *Vital Health Stat*. 2010;29:1–44.

Murphy PA, Brixner D. Hormonal contraceptive discontinuation patterns according to formulation: investigation of associations in an administrative claims database. *Contraception*. 2008;77(4):257-63.

Observatório Cidadão Rede Nossa São Paulo [Internet]. Indicadores de Saúde, 2013. [Citado 2015 nov. 10]. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/indicadores.php?tema=10>.

Oddens BJ, Visser AP, Vemer HM, Everaerd WT, Lehert P. Contraceptive use and attitudes in Great Britain. *Contraception* 1994;49(1):73–86.

Organização Mundial da Saúde (OMS) [Internet]. Family planning. Media Center; 2011. [Citado 2015 Jul. 16]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en>.

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

Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1747-60.

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

Peres VBF. Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Pirotta KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(4):495-502.

Population Reference Bureau. 2013 World Population Data Sheet. Washington; 2013 [Cited 2015 Jul. 16]. Available from: http://www.prb.org/pdf13/2013-population-data-sheet_eng.pdf.

Prefeitura de Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. 2014.

Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2011;117(2 Pt 1):363-71.

Rocca CH, Puri M, Harper CC, Blum M, Dulal B, Henderson JT. Postabortion contraception a decade after abortion legalization in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;126(2):170-4.

Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(3):577–82.

Sangi-Haghpeykar H, Posner SF, Poindexter III AN. Consistency of condom use among low-income hormonal contraceptive users. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005;37(4):184-91.

Schoenfeld D. Partial residuals for the proportional hazards regression model. *Biometrika*. 1982;69(1): 239-41.

Shih SL, Kebodeaux CA, Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Peipert JF. Baseline correlates of inconsistent and incorrect condom use among sexually active women in the contraceptive CHOICE Project Sex Transm Dis. 2011;38(11):1012-9. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e318225f8c3.

Skouby SO. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2010;15(2):S42–53.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM. Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997 [citado 2015 out. 7]. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF - Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1987. [citado 2015 jun. 16]. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR4/FR4.pdf>.

Steele F, Curtis S. Appropriate methods for analyzing the effect of method choice on contraceptive discontinuation. *Demography* 2003;40(1):1-22.

Strickler JA, Magnani RJ, McCann HG, Brown LF, Rice JC. The reliability of reporting of contraceptive behavior in DHS calendar data: evidence from Morocco. *Studies Fam Plann* 1997;28(1):44-53.

Tolley E, Loza S, Kafafi L, Cummings S. The impact of menstrual side effects on contraceptive discontinuation: findings from a longitudinal study in Cairo, Egypt. *Int Fam Plan Perspect*. 2005;31(1):15-23.

Trussell J, Vaughan B. Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999;(31):64-72.

Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.01.021.

United States Census Bureau [Internet]. International Programs. Census and Survey Processing System (CSPRO). 2015 [Cited 2015 jun 16]. Available from: <http://www.census.gov/population/international/software/cspro/>.

Vaughan B, Trussell J, Kost K, Singh S, Jones R. Discontinuation and resumption of contraceptive use: Results from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008;78(4):271-83.

Wellings K, Brima N, Sadler K, Copas AJ, McDaid L, Mercer CH, et al. Stopping and switching contraceptive methods: findings from Contessa, a prospective longitudinal study of women of reproductive age in England. *Contraception*. 2015;91(1):57-66. DOI: 10.1016/j.contraception.2014. 09.008.

Werth SR, Secura GM, Broughton HO, Jones ME, Dickey V, Peipert JF. Contraceptive continuation in Hispanic women. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(3):312.e1-8.

Westhoff CL, Heartwell S, Edwards S, Zieman M, Stuart G, Cwiak C, et al. Oral contraceptive discontinuation: do side effects matter? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(4):412.e1-412.e7.

Wildemeersch D, Goldstuck ND, Jackers G. Results of a 5-year contraceptive trial in parous and nulliparous women with a new LNG-IUS. *Gynecol Endocrinol*, 2017; 33(3): 223–22.

Zembe YZ, Townsend L, Thorson A, Ekström AM. Predictors of inconsistent condom use among a hard to reach population of young women with multiple sexual partners in peri-urban South Africa. *PLoS One*. 2012;7(12):e51998. DOI: 10.1371/ journal.pone.0051998.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – CALENDÁRIO CONTRACEPTIVO

Nome da participante:
 Número do questionário:
 Nome da entrevistadora:
 UBS:
 Data da entrevista:

Informações para serem preenchidas em cada coluna:

Coluna 1: Nascimentos, gestações e uso de métodos contraceptivos

- B Births (Nascimento)
- P Pregnancy (Gestação)
- T Termination (Abortamento)

- 0 Nenhum método
- 1 Esterilização feminina
- 2 Esterilização masculina
- 3 DIU
- 4 Injetável
- 5 Implante
- 6 Pílula oral
- 7 Camisinha masculina
- 8 Camisinha feminina
- 9 Diafragma
- J Anticoncepção de emergência
- K LAM
- L Tabelinha
- M Coito interrompido
- X Outro: _____ (especifique)

Coluna 2: Razões de descontinuidade do método contraceptivo

- 0 Sexo infrequente/parceiro ausente ou distante
- 1 Ficou grávida enquanto usava
- 2 Queria engravidar
- 3 Desaprovação do marido/parceiro
- 4 Queria um método mais eficaz
- 5 Preocupação com a saúde
- 6 Efeitos colaterais
- 7 Sem acesso/dificuldade na obtenção
- 8 Muito caro
- 9 Inconveniente para usar
- F Fatalista
- A Dificuldade para engravidar/menopausa
- D Separação
- X Outro: _____ (especifique)
- Z Não sabe

Coluna 3: Na ocorrência de uma gravidez [estimulada]

- 0 Queria engravidar naquele momento
- 1 Queria esperar mais
- 2 Não queria (mais) ter filhos
- X Outro: _____ (especifique)

Coluna 4: Estado conjugal/relacionamento

- 0 Solteira/não unida
- 1 Casada/vivendo com o parceiro/unida

			1	2	3	4			
2 0 1 5	12 Dez	01					01	12 Dez	
	11 Nov	02					02	11 Nov	
	10 Out	03					03	10 Out	
	09 Set	04					04	09 Set	
	08 Ago	05					05	08 Ago	2
	07 Jul	06					06	07 Jul	0
	06 Jun	07					07	06 Jun	1
	05 Mai	08					08	05 Mai	5
	04 Abr	09					09	04 Abr	
	03 Mar	10					10	03 Mar	
	02 Fev	11					11	02 Fev	
	01 Jan	12					12	01 Jan	
2 0 1 4	12 Dez	13					13	12 Dez	
	11 Nov	14					14	11 Nov	
	10 Out	15					15	10 Out	
	09 Set	16					16	09 Set	
	08 Ago	17					17	08 Ago	2
	07 Jul	18					18	07 Jul	0
	06 Jun	19					19	06 Jun	1
	05 Mai	20					20	05 Mai	4
	04 Abr	21					21	04 Abr	
	03 Mar	22					22	03 Mar	
	02 Fev	23					23	02 Fev	
	01 Jan	24					24	01 Jan	
2 0 1 3	12 Dez	25					25	12 Dez	
	11 Nov	26					26	11 Nov	
	10 Out	27					27	10 Out	
	09 Set	28					28	09 Set	
	08 Ago	29					29	08 Ago	2
	07 Jul	30					30	07 Jul	0
	06 Jun	31					31	06 Jun	1
	05 Mai	32					32	05 Mai	3
	04 Abr	33					33	04 Abr	
	03 Mar	34					34	03 Mar	
	02 Fev	35					35	02 Fev	
	01 Jan	36					36	01 Jan	
2 0 1 2	12 Dez	37					37	12 Dez	
	11 Nov	38					38	11 Nov	
	10 Out	39					39	10 Out	
	09 Set	40					40	09 Set	
	08 Ago	41					41	08 Ago	2
	07 Jul	42					42	07 Jul	0
	06 Jun	43					43	06 Jun	1
	05 Mai	44					44	05 Mai	2
	04 Abr	45					45	04 Abr	
	03 Mar	46					46	03 Mar	
	02 Fev	47					47	02 Fev	
	01 Jan	48					48	01 Jan	
2 0 1 1	12 Dez	49					49	12 Dez	
	11 Nov	50					50	11 Nov	
	10 Out	51					51	10 Out	
	09 Set	52					52	09 Set	
	08 Ago	53					53	08 Ago	2
	07 Jul	54					54	07 Jul	0
	06 Jun	55					55	06 Jun	1
	05 Mai	56					56	05 Mai	1
	04 Abr	57					57	04 Abr	
	03 Mar	58					58	03 Mar	
	02 Fev	59					59	02 Fev	
	01 Jan	60					60	01 Jan	

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência

Pesquisador: Ana Luiza Vilela Borges

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40558714.8.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 984.976

Data da Relatoria: 05/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa, com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, sob o título: "Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência" sob a coordenação de Ana Luíza Vilela Borges, e efetuada na Escola de Enfermagem da USP/Dep. de Enfermagem em Saúde Coleta.

Resumo fornecido pela autora: "O uso de métodos contraceptivos modernos pela maior parte das mulheres brasileiras não diminuiu, conforme esperado, a ocorrência de gestações não desejadas, abortamentos e, conseqüentemente, mortes maternas, o que revela uso com perfil irregular e descontínuo. Ao contrário da maior parte dos países em que este fenômeno tem sido observado, há pouca informação sobre os determinantes da ocorrência dessas discontinuidades no Brasil. Pelo fato das inconsistências no uso de métodos serem relativamente comuns, é necessário mensurar o quanto as mulheres interrompem seu uso a despeito de não quererem engravidar e/ou os alternam inúmeras vezes, nem sempre com opção por um método mais eficaz.

No sentido de compreender plenamente a dinâmica contraceptiva para além da prevalência e tipos de métodos utilizados, a proposta deste estudo é investigar os padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas, que englobam falhas, interrupções e alternâncias no uso de métodos, considerando também o uso da anticoncepção de emergência. Para isto, será conduzido

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do
Parecer: 984.976

um estudo quantitativo, do tipo longitudinal retrospectivo, em que uma amostra probabilística de mulheres de

18 a 49 anos de idade usuárias de Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo será entrevistada por meio do instrumento Calendário Contraceptivo, amplamente utilizado nas pesquisas no tipo Demographic Health Survey em mais de 80 países no mundo."

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivos:

- Estimar a probabilidade de ocorrência de descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos:

pílula, preservativo masculino e hormonal injetável;

- Avaliar os fatores determinantes da descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula, preservativo masculino e hormonal injetável;

- Verificar se a anticoncepção de emergência é utilizada nos casos em que ocorrem descontinuidades contraceptivas;

- Analisar o uso da anticoncepção de emergência nas situações de descontinuidades contraceptivas; e - -

Descrever o uso de métodos contraceptivos após o uso da anticoncepção de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos físicos para os pacientes envolvidos, exceto pelo desconforto que pode advir do assunto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente e tem valor científico.

A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

Cronograma adequado.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e planilha de custos adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP:

01.223-010

Continuação do Parecer: 984.976**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 13 de Março de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar**Bairro:** CENTRO**CEP:** 01.223-010**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)3397-2464**E-mail:** smscep@gmail.com

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência

Pesquisador: Ana Luiza Vilela Borges

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40558714.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.553.428

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma EMENDA para Ampliação do cenário de coleta de dados para duas outras capitais: Cuiabá/MT e Aracaju/SE. Ressalta-se que se trata de replicação dos procedimentos metodológicos adotados no cenário São Paulo, cujo projeto de pesquisa já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e a coleta de dados foi finalizada em dezembro de 2015. Isso significa que os procedimentos amostrais e os instrumentos para coleta de dados serão exatamente os mesmos já utilizados no estudo conduzido na cidade de São Paulo.

Justificativa para a mudança pretendida: Após coleta de dados conduzida no município de São Paulo conforme cronograma inicial, a equipe de pesquisa considerou a realização da coleta de dados também em duas outras capitais brasileiras: Cuiabá/MT e Aracaju/SE.

A ampliação dos cenários de estudo trará contribuições significativas para a compreensão da dinâmica contraceptiva em outras regiões brasileiras com grandes diversidades culturais, de organização dos serviços de saúde e de composição social, o que poderá subsidiar a comparação dos achados entre si. A escolha dessas duas capitais justifica-se por ser cidade natal de dois membros do grupo de pesquisa que já trabalham no projeto cenário São Paulo. Impactos que esta mudança produzirá nos objetivos inicialmente propostos: Os objetivos propostos são os mesmos, não havendo qualquer impacto sobre eles.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** São Paulo
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.428

O cronograma do estudo também será estendido. O projeto de pesquisa é reapresentado com mudanças nos cenários de coleta de dados e ampliação do número amostral.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a probabilidade de ocorrência de descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula, preservativo masculino e hormonal injetável. Avaliar os fatores determinantes da descontinuidade no uso dos seguintes métodos contraceptivos: pílula, preservativo masculino e hormonal injetável. Verificar se a anticoncepção de emergência é utilizada nos casos em que ocorrem descontinuidades contraceptivas. Analisar o uso da anticoncepção de emergência nas situações de descontinuidades contraceptivas. Descrever o uso de métodos contraceptivos após o uso da anticoncepção de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos e incluem desconforto para responder perguntas de foro íntimo, como atividade sexual e uso de métodos contraceptivos.

Benefícios:

Benefícios diretos incluem o esclarecimento de dúvidas sobre os métodos contraceptivos. Benefícios indiretos dizem respeito à expectativa que os resultados contribuam para a compreensão da dinâmica reprodutiva atual das mulheres brasileiras, com enfoque na anticoncepção de emergência, tendo em vista que o uso de métodos contraceptivos modernos é alto, mas a ocorrência de gestações não desejadas, abortamentos e, conseqüentemente, mortes maternas, ainda persiste. Os resultados contribuirão para respaldar ações que previnam as descontinuidades contraceptivas por meio do conhecimento de seus determinantes; para que a contracepção seja priorizada nas políticas públicas de saúde, pois poderão mostrar que apenas o acesso aos métodos contraceptivos não é suficiente para que indivíduos e casais consigam planejar sua vida reprodutiva se não houver aconselhamento adequado nem a ampliação do acesso aos métodos modernos de longa duração, no sentido de se efetivar os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A justificativa da emenda é pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: adequados.

Recomendações: não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: não há.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** São Paulo
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.553.428

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_708712_E1.pdf	01/05/2016 09:44:21		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa_emenda_CEP.docx	01/05/2016 09:40:39	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	projetoAnaLuizaVilelaBorges.pdf	01/05/2016 09:40:20	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
Cronograma	Cronograma_SP_Aju_Cui.xlsx	01/05/2016 09:35:50	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AnaLuizaVilelaBorgesFINAL.docx	01/05/2016 09:35:03	Ana Luiza Vilela Borges	Aceito
Folha de Rosto	CEP_EE.PDF	19/12/2014 18:01:19		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2016

Assinado por:

**Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** São Paulo
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 3 – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA****Minuta Carta de Anuência Institucional**

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência", sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Luiza Vilela Borges, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a ser executado em Unidades Básicas de Saúde.

Declaro ter ciência de que durante a pesquisa poderá ser necessário a disponibilização de bancos de dados, com resguardo do sigilo e confidencialidade dos dados que serão acessados. Será empregado inicialmente "um estudo quantitativo, do tipo longitudinal retrospectivo, em que uma amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, será entrevistada por meio do instrumento Calendário Contraceptivo, amplamente utilizado nas pesquisas no tipo Demographic Health Survey em mais de 80 países no mundo".

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

São Paulo, 21 de novembro de 2014.

REJANE CALIXTO GONÇALVES
Coordenadora da Atenção Básica
Secretaria Municipal da Saúde

Rcg/efs

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

À pesquisadora
Ana Luiza Vilela Borges

Aprovamos e autorizamos o projeto de pesquisa “ Padrões e determinantes de descontinuidade contraceptiva e o papel da anticoncepção de emergência” nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Atenciosamente,

Adalberto K. Aguiari
Coordenador

Saúde da Mulher

adalbertoaguari@prefeitura.sp.gov.br

11 33972232

Rua General Jardim, 36 - 4º andar

Vila Buarque - 01223-010 - São Paulo - SP

São Paulo, 19 de novembro de 2014.

ANEXO 4 - EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO VAGINAIS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOLICITANTE. MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 2014

Estabelecimento	Total
2786710 UBS Adelaide Lopes	584
2786729 UBS AE Carvalho	740
2064855 UBS Água Funda	935
2752166 UBS Água Rasa	457
6408168 UBS Águia De Haia	653
4049896 UBS Alcina Pimentel Piza	588
5357861 UBS Aldeia Jaraguá - Kwaray Djekupe	82
3385264 UBS Almirante Delamare	1.455
2786737 UBS Alto Da Riviera	1.640
3503488 UBS Alto De Pinheiros	895
2786745 UBS Alto Do Umuarama	1.831
2030969 UBS Americanópolis	1.632
2788241 UBS Anhanguera/CEO II	1.082
2786753 UBS Antônio Pires F Villa Lobo	620
6269567 UBS Atualpa Girão Rabelo	1.466
2786761 UBS Augusto Leopoldo A Galvão	1.320
6332420 UBS Barragem	319
2786788 UBS Barro Branco	1.074
2752174 UBS Belenzinho-Marcus Wolosker	2.423
2029618 UBS Bom Retiro-Octavio A Rodovalho	1.170
6048633 UBS Boracea	860
2786818 UBS Brasilândia	818
5313902 UBS Brasília - M Boi	1.929
2752182 UBS Brás-Manoel Saldiva Neto	1.179
2752190 UBS Burgo Paulista	925
2786826 UBS Butantã	1.234
2786834 UBS Cambuci	1.504
3452689 UBS Campo Grande	1.504
2786842 UBS Campo Limpo	2.037
2774763 UBS Campo Limpo-Francisco S Sobrinho	1.413
2752204 UBS Cangaiba Carlos Gentile De Mello	693
2786850 UBS Capão Redondo	17
2068079 UBS Carandiru	1.144
4050347 UBS Carlos Gentile De Melo	2.186
2064820 UBS Carlos Olivaldo De S Lopes Muniz	1.079
2027682 UBS Casa Verde	1.178
2786869 UBS Casa Verde Alta	1.155

Estabelecimento	Total
2091712 UBS Casa Verde Baixa-Walter Elias/CEO II	590
4050177 UBS Castro Alves	1.207
2786877 UBS Caxingui-Nanci Abranches	380
3219887 UBS Cdhu-Palanque	1.220
3002926 UBS Celso Augusto Daniel	1.746
6194990 UBS Chácara Cruzeiro Do Sul	669
3992101 UBS Chácara Do Conde	2.055
6280188 UBS Chácara Do Sol	118
2786885 UBS Chácara Inglesa	1.139
4050053 UBS Chácara Santana	1.350
6090591 UBS Chácara Santo Amaro	189
3049213 UBS Chácara Sta. Maria	1.952
2765993 UBS Chácara Sto. Antônio	1.209
2027666 UBS Chora Menino	1.080
5743583 UBS Cidade Ipava	1.073
2786893 UBS Cidade Julia	1.453
2057131 UBS Cidade Kemel	1.055
2786907 UBS Cidade Líder I	853
2786915 UBS Cidade Nova São Miguel	918
2786923 UBS Cidade Patriarca	1.373
2046962 UBS Cidade Pedro Jose Nunes	1.463
2027038 UBS Cidade Satélite Santa Barbara	374
2774771 UBS Cidade Tiradentes I	2.133
2030934 UBS Cidade Vargas	794
3738582 UBS City Jaraguá	1.714
6018939 UBS Colônia	258
2788012 UBS Conjunto Do IPESP	1.895
2786958 UBS Costa Melo	1.079
4049977 UBS Cruz Das Almas	1.162
2786966 UBS Cupecê Waldomiro Pregnotatto	1.902
2786974 UBS Dom Angélico	866
2786982 UBS Dom Joao Nery	1.652
2787008 UBS Domingos Mantelli	1.156
2027690 UBS Dona Mariquinha Sciascia	1.731
2042983 UBS Eduardo Romano Reschilian	2.322
2787024 UBS Elísio Teixeira Leite	3.160
2752220 UBS Eng. Goulart Jose Pires	1.306

Estabelecimento	Total
2787032 UBS Eng. Trindade	923
2065266 UBS Ermelino Matarazzo	1.017
2787040 UBS Fazenda Da Juta I	1.327
2788020 UBS Fazenda Da Juta II	1.550
3738663 UBS Fazenda Do Carmo	1.109
2787059 UBS Ferroviários	834
2787067 UBS Gaivotas	1.885
2042991 UBS Geraldo Da S Ferreira/CEO II	1.393
2787075 UBS Gleba Do Pêssego	501
3121135 UBS Gráficos	834
4050010 UBS Guaianases II	1.416
2787083 UBS Guaianazes I	825
2787105 UBS Horizonte Azul	1.374
2068044 UBS Horto Florestal	545
2787113 UBS Humaitá	1.662
2752247 UBS Humberto Cerruti	1.101
2788438 UBS Iacape - Jd. Planalto	1.522
2787121 UBS Iguaçu	972
2787148 UBS Ilza W Hutzler	1.477
3661660 UBS Inácio Monteiro	1.490
2788578 UBS Indianópolis-Sigmund Freud	964
7302541 UBS Integral Jd. Edite	957
7270941 UBS Integral Jd. Maringá – VI. Talarico	1.191
7128940 UBS Integral Jd. Miriam Ii	2.535
2086816 UBS Integral Vera Cruz	2.991
2046261 UBS Itaim Paulista-Júlio De Gouveia	1.637
2752255 UBS Itaquera	1.095
2787156 UBS Jd. Aeroporto-Massaki Udihara	1.816
4050185 UBS Jd. Alfredo	2.188
2787172 UBS Jd. Apuana	825
2787180 UBS Jd. Apura	2.643
2787199 UBS Jd. Aracati	822
2787202 UBS Jd. Aurora	1.297
3016935 UBS Jd. Bandeirantes	655
2787210 UBS Jd. Boa Vista	1.178
2075202 UBS Jd. Brasil	2.482
4050088 UBS Jd. Brasília	1.286
2086743 UBS Jd. Caiçara	2.719
2057271 UBS Jd. Camargo Novo	1.407
2787229 UBS Jd. Campinas	1.324
2787237 UBS Jd. Campos	1.694
2787245 UBS Jd. Capela	1.703

Estabelecimento	Total
2787253 UBS Jd. Castro Alves	2.631
5079454 UBS Jd. Celeste	1.189
2787261 UBS Jd. Cidade Pirituba	1.276
2787288 UBS Jd. Coimbra	2.130
2787318 UBS Jd. Comercial	2.558
2774798 UBS Jd. Copa	1.466
2787326 UBS Jd. D Abril	625
2042967 UBS Jd. Da Saúde-Neusa Rosália Morales	1.257
2787334 UBS Jd. Das Camélias	1.185
6329527 UBS Jd. Das Palmas	889
3323331 UBS Jd. Das Pedras	1.738
2787091 UBS Jd. Dos Eucaliptos Hélio Moreira Salles	1.545
2043009 UBS Jd. Elba-Humberto Gastão Bodra	1.287
6365817 UBS Jd. Eledy	1.753
2787369 UBS Jd. Eliane	3.345
2787377 UBS Jd. Etelvina	1.174
2787385 UBS Jd. Fanganiello	1.702
5621267 UBS Jd. Flor De Maio	745
2091720 UBS Jd. Fontalis	1.532
2787393 UBS Jd. Germania	850
2042932 UBS Jd. Grimaldi	1.914
2752263 UBS Jd. Guairaca	1.305
2787407 UBS Jd. Guanabara	1.103
2787415 UBS Jd. Guarani	1.586
2787423 UBS Jd. Guarujá	2.036
4049934 UBS Jd. Helena	1.123
6039111 UBS Jd. Helga	670
2787431 UBS Jd. Helian	632
2787458 UBS Jd. Herculano	1.012
2787466 UBS Jd. Icarai-Brasilandia	1.514
2787474 UBS Jd. Icarai-Quintana	1.216
2787989 UBS Jd. Indaia	1.398
2752239 UBS Jd. Independência - Hermenegildo Morbim	1.658
2774801 UBS Jd. Ipanema	1.097
2752271 UBS Jd. Itapema	857
2787490 UBS Jd. Iva	1.497
2787504 UBS Jd. Japão	2.326
2787512 UBS Jd. Jaqueline	1.180
2787520 UBS Jd. Joamar	2.743
2787539 UBS Jd. Kagohara	1.467
2787547 UBS Jd. Keralux	402
2787555 UBS Jd. Ladeira Rosa	2.230

Estabelecimento	Total
2787563 UBS Jd. Lidia	1.749
5120780 UBS Jd. Lourdes	1.185
6195008 UBS Jd. Macedonia	1.563
5620341 UBS Jd. Magdalena	1.533
2062658 UBS Jd. Maia	2.641
5695813 UBS Jd. Maraca	1.193
2787571 UBS Jd. Marcelo	445
2027054 UBS Jd. Marília	810
2787628 UBS Jd. Mirna	1.896
2787636 UBS Jd. Mitsutani	3.322
2787644 UBS Jd. Nakamura	1.612
2027526 UBS Jd. Nelia	1.701
2787652 UBS Jd. Niterói	1.604
2042827 UBS Jd. Nordeste	665
6822991 UBS Jd. Novo Horizonte	2.134
3956946 UBS Jd. Olinda	2.308
2787660 UBS Jd. Panamericano	1.060
2027046 UBS Jd. Paraguacu-Gonçalo F Alves	706
3002543 UBS Jd. Paranapanema	2.121
2787679 UBS Jd. Paulistano	2.150
2787687 UBS Jd. Penha	1.152
2787695 UBS Jd. Peri	920
4049993 UBS Jd. Popular-Matheus Santamaria	1.321
2787709 UBS Jd. Republica	1.739
2787717 UBS Jd. Robru-Guaianazes	1.208
2787725 UBS Jd. Robru-São Miguel	1.482
2787733 UBS Jd. Romano	889
2787741 UBS Jd. Roseli	674
3651770 UBS Jd. Rosinha	1.059
2787768 UBS Jd. São Bento	2.913
2787776 UBS Jd. São Francisco	731
2787784 UBS Jd. São Jorge	1.302
2787806 UBS Jd. São Nicolau	772
2787814 UBS Jd. São Norberto	668
4049942 UBS Jd. São Pedro-Francisco Antônio Cesaroni	1.124
2047004 UBS Jd. São Savério-Aurélio Mellone	1.483
2787822 UBS Jd. Sapopemba	2.043
2787830 UBS Jd. Seckler	857
2787849 UBS Jd. Silva Telles	1.475
2787857 UBS Jd. Sinhá	1.318
4050045 UBS Jd. Soares	2.447
4049861 UBS Jd. Souza	2.155

Estabelecimento	Total
2825767 UBS Jd. Sta. Margarida	1.400
2086808 UBS Jd. Sta. Maria	1.218
2787865 UBS Jd. Sta. Terezinha	1.402
2787873 UBS Jd. Sto. André	1.614
4050118 UBS Jd. Thomas	1.622
2787881 UBS Jd. Tiete I	1.510
2752298 UBS Jd. Tiete II	1.605
2787903 UBS Jd. Três Corações	2.923
2774828 UBS Jd. Três Marias-Mauricio Zamijovsky	1.399
2787911 UBS Jd. Umuarama	1.689
6380417 UBS Jd. Valquiria	899
2787938 UBS Jd. Vera Cruz-Perdizes	1.130
2787946 UBS Jd. Vista Alegre	2.640
2787954 UBS Jd. Vitoria	585
2787962 UBS Jaçanã	1.981
2787970 UBS Jaraguá	1.145
6332439 UBS Jd. Das Fontes	363
7407629 UBS Jd. Julieta	132
6873286 UBS Jd. Lapenna	802
7097778 UBS Jd. Rincão	924
6683991 UBS Jd. Selma Cidade Ademar	1.986
6332463 UBS Jd. Silveira	162
2027011 UBS Jd. Carrãozinho	381
2787296 UBS Jd. Colonial	1.170
4050037 UBS Jd. Colorado - Jose Pires	1.126
2786931 UBS Jd. Da Conquista I	2.023
3738647 UBS Jd. Da Conquista Iii	1.305
2787342 UBS Jd. Das Laranjeiras	385
2787350 UBS Jd. Das Oliveiras	1.447
3689247 UBS Jd. Iporã	1.159
2787482 UBS Jd. IV Centenário	1.255
2788152 UBS Jd. Nove De Julho	854
7357761 UBS Jd. Novo Pantanal - Pedreira	1.398
3074544 UBS Jd. São Carlos -Cidade Ademar	1.653
2027631 UBS Joaquim Antônio Eirado/CEO II	1.784
2042959 UBS Joaquim Rossini	1.005
2787997 UBS Jordanópolis	835
2026996 UBS José Bonifácio I	1.045
4049950 UBS José Bonifácio II	714
4050142 UBS José Bonifácio III/Lucy Mayumi Udakiri	1.258
2752301 UBS Jose De Barros Magaldi	1.394

Estabelecimento	Total
2788004 UBS Jose Marcilio Malta Cardoso	2.006
2042541 UBS Jose Toledo Piza	1.001
2788462 UBS Juscelino Kubitschek	119
2788039 UBS Laranjeiras	1.175
2788047 UBS Lauzane Paulista	1.102
3614948 UBS Luar Do Sertão	2.146
2788055 UBS Luiz Ernesto Mazzoni	1.243
2788063 UBS Manuel Joaquim Pera	791
2766000 UBS Mar Paulista	1.435
2788071 UBS Maria Cecilia F Donnangelo/CEO II	1.138
6332471 UBS Marsilac	116
2043017 UBS Mascarenhas De Moraes	1.608
2788594 UBS Massagista Mario Américo	932
2788098 UBS Mata Virgem	1.687
2027380 UBS Meninópolis-Mário Napolitano	492
2788101 UBS Milton Santos	411
2788128 UBS Moinho Velho II	663
2042258 UBS Mooca I	1.358
2091739 UBS Morada Do Sol	791
3651762 UBS Morro Doce	1.870
2788209 UBS Nitro Operaria-Paulo Feldman	995
6332498 UBS Nova América	181
6879810 UBS Nova Esperança	1.149
3661741 UBS Novo Caminho	1.514
2788160 UBS Novo Jardim I	1.472
2788144 UBS Nsra. Do Brasil-Armando Darienzo	1.646
4050134 UBS Nsra. Do Carmo	1.740
2027070 UBS Padre Manoel Da Nobrega	1.475
2788179 UBS Parada XV De Novembro	938
2788187 UBS Paraisópolis	2.194
3956954 UBS Paraisópolis II	2.419
6564410 UBS Paraisópolis III	1.787
4050150 UBS Parelheiros	1.755
2788195 UBS Pari	1.048
5992842 UBS Parque Maria Helena	10
6283616 UBS Parque Paulistano	1.831
4050398 UBS Pastoral	616
2788217 UBS Paulo VI	2.106
4049926 UBS Pe Jose De Anchieta	909
4050002 UBS Pedro De Souza Campos	1.449

Estabelecimento	Total
2788225 UBS Perus	850
2786990 UBS Ponte Seca-Dom Luciano Bergamini	619
2788233 UBS Pq. Anhanguera	917
2788268 UBS Pq. Arariba/CEO II LRPD	2.740
2752328 UBS Pq. Arthur Alvim	1.069
2788276 UBS Pq. Boa Esperança	1.363
2788284 UBS Pq. Bristol	1.105
2027461 UBS Pq. Da Lapa	1.169
4050223 UBS Pq. Do Lago	1.281
2788292 UBS Pq. Doroteia	2.118
2788306 UBS Pq. Edu Chaves	1.878
2788314 UBS Pq. Engenho Li	2.255
2788322 UBS Pq. Fernanda	1.780
2815451 UBS Pq. Figueira Grande	1.841
2788330 UBS Pq. Imperial-Manoel A S Saragosa	910
3738604 UBS Pq. Maria Domitila	1.091
2788349 UBS Pq. Novo Mundo I	2.811
2788357 UBS Pq. Novo Mundo II	2.080
2788365 UBS Pq. Novo Sto. Amaro	2.026
2788373 UBS Pq. Peruche	698
2788381 UBS Pq. Regina	1.901
2788403 UBS Pq. Resid Cocaia Independente	3.022
2057891 UBS Pq. São Lucas	1.692
4049853 UBS Pq. São Rafael - Drª Ora Rosen	1.216
2788411 UBS Pq. Sta. Madalena	457
2788446 UBS Pq. Sta. Rita	1.489
2788454 UBS Pq. Sto. Antônio/CEO II	3.254
4049969 UBS Prestes Maia	783
2766019 UBS Primeiro De Outubro	1.711
2027305 UBS Profeta Jeremias	879
2788470 UBS Real Pq. Paulo Mangabeira Albernaz	1.044
2027321 UBS Recanto Campo Belo	3.792
3105504 UBS Recanto Dos Humildes	1.993
2788489 UBS Recanto Verde Do Sol	2.138
6090621 UBS Republica	1.533
2788497 UBS Reunidas II	1.167
4050061 UBS Rio Claro	2.106
2788500 UBS Rio Pequeno-Paulo De Barros Franca	752
2788519 UBS Sacoma	2.469
3469042 UBS Santo Elias	762
2788527 UBS Jd. São Francisco II/CEO II	1.965

Estabelecimento	Total
3996115 UBS São Jorge - Cidade Ademar	1.820
2788535 UBS São Mateus I	1.058
2788543 UBS São Vicente De Paula	942
5975220 UBS Sé	1.622
2788551 UBS Sergio Chaddad	1.904
2788586 UBS Silmarya Rejane Marcolino Souza	2.373
2091798 UBS Sítio Da Casa Pintada	978
2752336 UBS Sta. Cecilia Humberto Pascale	1.891
2788608 UBS Sta. Inês	1.695
2788616 UBS Sta. Lucia	2.351
2788624 UBS Sta. Luzia	884
2788632 UBS Sta. Maria	1.639
3004341 UBS Sto. Estevão-Carmosina	1.880
2074079 UBS Teotônio Vilela	1.442
2788659 UBS Thersio Ventura	1.902
2788667 UBS União Das Vilas De Taipas	2.354
2819856 UBS União De Vl. Nova II-Adão Manoel	2.702
2027291 UBS União Vl. Nova I	931
2027275 UBS Vl. Albertina-Osvaldo Marcal	1.709
2045451 UBS Vl. Alpina-Herminio Moreira	883
2788675 UBS Vl. Anastácio	402
2788683 UBS Vl. Anglo-Jose Serra Ribeiro	1.081
2788691 UBS Vl. Antonieta	726
2788705 UBS Vl. Aparecida	1.470
2788713 UBS Vl. Arapuá	68
2788721 UBS Vl. Aricanduva	1.083
2788748 UBS Vl. Arriete-Decio Pach Ped	1.153
2752212 UBS Vl. Aurora-Domingos Mazzoneto De Cilo	1.224
2788756 UBS Vl. Barbosa	1.214
2752344 UBS Vl. Bertioiga Domingos Delascio/CEO II	784
2788764 UBS Vl. Borges	1.347
2026988 UBS Vl. Califórnia-Zerival Bruscin	1.367
3762831 UBS Vl. Calu	1.505
2752352 UBS Vl. Carrão-Dr. Adhemar Monteiro Pacheco/C	550
2788780 UBS Vl. Chabilandia	1.207
2079070 UBS Vl. Cisner	1.681
2788799 UBS Vl. Constância-Vicente Octavio Guida	1.648
2789310 UBS Vl. Cosmopolita	681

Estabelecimento	Total
2788802 UBS Vl. Curuca	1.454
2788810 UBS Vl. Dalva-Guilherme Henrique P Coelho	936
4049810 UBS Vl. Das Belezas-Alberto Ambrósio	1.521
2788829 UBS Vl. Das Mercês	1.209
2788837 UBS Vl. Dionísia	3.595
2788845 UBS Vl. Ede	1.265
2788853 UBS Vl. Espanhola	1.519
2788861 UBS Vl. Esperança-Cassio Bittencourt Filho	1.638
2788888 UBS Vl. Esperança-Emilio Santiago Oliveira	904
2788896 UBS Vl. Formosa	582
2788918 UBS Vl. Formosa-Antônio Da S E Oliveira	1.310
4049799 UBS Vl. Formosa-Jose Gonzales	907
2788926 UBS Vl. Granada-Alfredo Ferreira Paulino F	1.006
2788934 UBS Vl. Guacuri	1.693
2788942 UBS Vl. Guarani	725
2788950 UBS Vl. Guilherme/CEO II	1.305
2788969 UBS Vl. Guilhermina - Dr Américo Raspa Neto	591
2787598 UBS Vl. Gumerindo-Jandira Massur	605
2026961 UBS Vl. Heloisa	1.214
2788977 UBS Vl. Império II	1.345
2788985 UBS Vl. Ipojuca-Wanda Coelho De Moraes	1.129
2788993 UBS Vl. Izolina Mazzei	902
2789000 UBS Vl. Jacui	1.197
2789019 UBS Vl. Jaguará	765
2751828 UBS Vl. Joaniza - Joao Yunes	1.608
2068109 UBS Vl. Leonor	1.672
2789027 UBS Vl. Maggi	1.549
2789035 UBS Vl. Mangalot	534
2027720 UBS Vl. Maria-Luiz Paulo Gnecco	997
2789043 UBS Vl. Matilde	1.464
2789051 UBS Vl. Medeiros	1.711
2789078 UBS Vl. Missionaria	2.594
2042975 UBS Vl. Monumento-Oswaldo Marasca Jr	936
2789086 UBS Vl. Moraes-Joao Paulo Botelho Vieira	1.087
2027674 UBS Vl. Nivi	1.564
4050207 UBS Vl. Nova Curuca	1.520
2789108 UBS Vl. Nova Galvão	2.150
2789116 UBS Vl. Nova Jaguaré	2.729

Estabelecimento	Total
2752360 UBS VI. Nova Manchester-Arlindo Gennari	410
2789124 UBS VI. Nova York	1.003
2789094 UBS VI. Nsra. Aparecida	1.212
2789132 UBS VI. Olímpia-Max Perlman	367
2752379 UBS VI. Oratório-Tito Pedro Mascelani	1.694
2789140 UBS VI. Palmeiras	1.466
2789159 UBS VI. Penteado	1.910
2789167 UBS VI. Pereira Barreto	991
2789175 UBS VI. Piauí	633
2789183 UBS VI. Pirituba	1.880
2789191 UBS VI. Praia-Vitorio Rolando Boccalatti	728
2789205 UBS VI. Prel-Antônio Bernardes De Oliveira	4.761
2075016 UBS VI. Progresso	2.976
2789213 UBS VI. Progresso-J Monte Alegre	1.162
3359131 UBS VI. Prudente	2.267
2027062 UBS VI. Ramos Qualis	1.361
4050126 UBS VI. Ramos-Luís Augusto De Campos	2.071
4050029 UBS VI. Regina	1.255
2789221 UBS VI. Renato	872
4050401 UBS VI. Reunidas I	1.688
2789248 UBS VI. Romana	1.167

Estabelecimento	Total
2063670 UBS VI. Sabrina	994
4050215 UBS VI. Santana	1.742
2789256 UBS VI. Sonia	2.629
2046997 UBS VI. Sta. Catarina	1.633
2752387 UBS VI. Sto. Estevão	1.351
2789264 UBS VI. Terezinha	1.146
2789272 UBS VI. Zatt	1.214
2789280 UBS Vargem Grande	1.627
2789299 UBS Varginha	3.668
2789302 UBS Veleiros	295
3561186 UBS Vera Poty	152
6377742 UBS VI. Caiuba	1.437
6165516 UBS VI. Campestre	1.346
7136617 UBS VI. Canaã	788
5479517 UBS VI. Carioca	736
3708411 UBS VI. Clara	1.812
6974511 UBS VI. Dionísia II	1.007
6332501 UBS VI. Marcelo	622
6998186 UBS VI. Natal	1.645
6332528 UBS VI. Roschel	309
4049985 UBS Wamberto Dias Da Costa	1.485
2815273 UBS Zumbi Dos Palmares	2.850
Total	604.867

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, 2014. (R) = UBS Reserva.

ANEXO 5 - EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO VAGINAIS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SOLICITANTE. MUNICÍPIO DE ARACAJU. 2014.

ESTABELECIMENTO	TOTAL
USF. Madre Tereza de Calcutá	20
USF. Francisco Fonseca	38
USF. Ministro Costa Cavalcante	150
USF. Antônio Alves	181
USF. Porto Dantas	185
USF. Maria do Céu	203
USF. Osvaldo Leite	217
USF. Augusto César Leite	251
USF. Fernando Sampaio	257
USF. Dr. Max de Carvalho	284
USF. Niceu Dantas	297
USF. José Augusto Barreto	325
USF. Amélia Leite	343
USF. Sta. Terezinha (Robalo)	355
USF João Cardoso N Junior (CSU)	356
USF. Manoel de Souza Pereira	358
USF. Ávila Nabuco	370
USF. Edézio Vieira de Melo	374
USF. Elizabeth Pita	376
USF- Oswaldo de Souza (CAIC)	395
US João Bezerra	404
USF. Dona Jovem	415
US José Quintiliano as Fonseca	435
US F. Humberto Mourão	517
USF. Walter Cardoso	532
USF. Cândida Alves	536
USF. Renato Mazze Lucas	553
USF. Dona Sinhazinha	558
USF. Anália Pina de Assis	615
USF Augusto Franco	617
USF. Joaldo Barbosa	662
USF. Carlos Hardmam Côrtes	687
USF. José Machado de Souza	698
USF. Eunice Barbosa	758
USF. Carlos Fernandes de Melo	813
USF. Pref.Celso Augusto Daniel	906
USF. Adel Nunes	916
USF. João Oliveira Sobral	929
USF. Onésimo Pinto	946
USF. Hugo Gurgel	971
USF. Lauro Dantas Hora	1016
USF. Geraldo Magela	1197
TOTAL	21016

Fonte: *Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. 2014. (R) = UBS Reserva.

APÊNDICES

APÊNDICES**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PLANO AMOSTRAL**

UBS: _____

Plano amostral

Número	Nome	Ação
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		

Número	Nome	Ação
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		

Dia 1

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolaou agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 2

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolau agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 3

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolau agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 4

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolau agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos- Resolução no 466 de 12/12/12- CNS)

Convidamos você a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Padrões e determinantes das descontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência”, coordenada pela Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O objetivo é avaliar as descontinuidades no uso de métodos contraceptivos entre mulheres. Na verdade, gostaríamos de conhecer a sua história contraceptiva nos últimos cinco anos, ou seja, quais os métodos contraceptivos que você usou nesse período.

Para isso, convidamos você para uma entrevista de, aproximadamente, 15 minutos. Faremos perguntas sobre suas características sociodemográficas (como idade, características pessoais e socioeconômicas) e sobre sua história reprodutiva e contracepção. Você não será obrigada a responder questões que não se sentir à vontade para responder. É só informar que passaremos para a próxima pergunta.

Para participar deste estudo, você não terá que arcar com nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso haja danos decorrentes de sua participação, assumirei a responsabilidade pelos mesmos. Os resultados da pesquisa poderão auxiliar os profissionais de saúde a melhorar a atenção em contracepção prestada às mulheres. Esses resultados serão divulgados em congressos e em revistas científicas. Como benefício, você poderá tirar todas suas dúvidas sobre métodos contraceptivos ao término da entrevista e receberá um folheto explicativo sobre o uso da contracepção de emergência.

Como não haverá a identificação nas entrevistas, ou seja, **seu nome não irá aparecer** em nenhum momento. Todas as informações colhidas serão sigilosas. Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, esteja à vontade para me perguntar ou entrar em contato com a Coordenação do Projeto. Você pode se recusar a participar da pesquisa inteira ou de qualquer parte dela ou retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos, inclusive quanto ao seu atendimento nesta Unidade Básica de Saúde. Caso aceite participar, você deverá assinar este consentimento em duas vias: uma ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com:

Coordenadora do Projeto:

Ana Luiza Vilela Borges

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05401-001 São Paulo/SP
Tel: (11) 3061- 7652
E-mail: alvilela@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05401-001 São Paulo/SP
Tel: (11) 3061-8858
E-mail: cepee@usp.br

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, R. Minervino de Souza Fontes, 65, Salgado Filho, Aracaju – Sergipe, CEP: 49020-430, tel (79) 3259-8500, e-mail: saude.ceps@aracaju.se.gov.br ou de Cuiabá Rua São Joaquim, 306, bairro Porto, Cuiabá – Mato Grosso, CEP: 78.020-000, tel (65) 3617-7366, e-mail: gab.sms.cuiaba@gmail.com.

Concordo em participar da pesquisa:

**Assinatura da
entrevistada**

Se não souber assinar o nome, marque com X

☐

Local e data: _____

Assinatura da entrevistadora

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

PESQUISA SOBRE DESCONTINUIDADES CONTRACEPTIVAS – 2014

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Identificação do questionário:

Número do questionário: ____

Data: ____/____/____

Município: São Paulo

UBS: [fechada]

Entrevistadora:

Horário de início da entrevista: ____h ____min

Identificação da entrevistada (apenas primeiro nome):

Endereço:

Telefone para contato:

Celular:

Fixo:

Características sociodemográficas:

1. Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____ [preencher em dia/mês/ano]

2. Qual é a sua religião?

0 () Nenhuma

1 () Católica

2 () Evangélica

3 () Espírita

4 () Afro-brasileira (candomblé, umbanda)

5 () Outra

3. Qual foi a última série que concluiu com aprovação? ____ anos de escolaridade

4. Como você classifica sua cor? [estimulada]

1 () Branca

2 () Parda

3 () Preta

4 () Amarela

5 () Indígena

5. Você exerce alguma atividade remunerada?

0 () Não

1 () Sim

6. Está procurando emprego atualmente?

0 () Não

1 () Sim

7. Você tem plano de saúde ou convênio?

0 () Não

1 () Sim

8. Atualmente está casada ou em união com alguém? [estimulada]

0 () Não

1 () Sim [pular para questão 10]

9. Alguma vez já esteve casada ou em união com alguém?

0 () Não [pular para questão 13]

1 () Sim [pular para questão 13]

10. O seu marido/parceiro mora atualmente com você ou mora em outro lugar?

1 () Sim. mora

2 () Não. mora em outro lugar

11. Qual idade tem seu marido/parceiro? ____

12. Qual é a última série que seu marido/parceiro concluiu com aprovação? ____ anos de estudo

Características socioeconômicas:

13. Na residência em que você mora, há quantos banheiros?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

14. Na residência em que você mora, há quantas(os) empregadas(os) domésticas(os) mensalistas, quer dizer, que trabalham em sua casa de modo permanente por cinco ou mais dias por semana, incluindo babás, Motoristas, cozinheiras etc?

0 () Nenhum(a)

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

15. Na residência em que você mora, há quantos automóveis/carro para uso pessoal ou da família (não considerar táxis, vans ou caminhonetes usadas para fretes, ou qualquer veículo usado para atividade profissional)?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

16. Na residência em que você mora, há quantos microcomputadores?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

17. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar louça?

0 () Nenhuma

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

18. Na residência em que você mora, há quantas geladeiras?

0 () Nenhuma

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

19. Na residência em que você mora, há quantos freezers? (considerar aparelho independente ou 2ª porta externa da geladeira duplex)

- 0 () Nenhum
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

20. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar roupa?

- 0 () Nenhuma
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

21. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de DVD?

- 0 () Nenhum
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

22. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de micro-ondas?

- 0 () Nenhum
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

23. Na residência em que você mora, há quantas motocicletas?

- 0 () Nenhuma
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

24. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de secar roupa?

- 0 () Nenhuma
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

25. Qual é a escolaridade do chefe de sua família?

- 0 () Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto
- 1 () Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto
- 2 () Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto
- 3 () Médio Completo/Superior Incompleto
- 4 () Superior Completo

26. Você ou alguém do seu domicílio recebe algum tipo de benefício social?

- 0 () Não
- 1 () Seguro-desemprego
- 2 () Bolsa-família
- 3 () Bolsa-escola
- 4 () Pensão
- 5 () Aposentadoria
- 6 () outro

27. Na rua em que você mora, tem água encanada?

- 0 () Não
4 () Sim

28. A rua em que você mora é pavimentada?

- 0 () Não
2 () Sim

Agora, precisamos de algumas informações sobre sua atividade sexual e história reprodutiva, para melhor entender as questões de saúde reprodutiva.

29. Qual idade você tinha quando menstruou pela primeira vez? __ __

30. Você já teve alguma relação sexual?

- 0 () Não [agradecer a participação: a pesquisa termina aqui]
1 () Sim

31. Qual idade tinha quando teve a primeira relação sexual? __ __

32. Quantos parceiros sexuais você teve na vida? __ __

33. Está grávida atualmente?

- 0 () Não
1 () Sim [pular para questão 35]
2 () Não sei

34. Já engravidou alguma vez (considerar mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim)?

- 0 () Não [pular para questão 39]
1 () Sim

35. Qual idade você tinha quando engravidou pela primeira vez? __ __

36. Quantas vezes você já engravidou? __ __

37. Já teve algum abortamento?

- 0 () Não [pular para questão 38]
1 () Sim

37-1. Se sim, foi aborto espontâneo ou provocado?

- 1 () Espontâneo
2 () Provocado
3 () Espontâneo e provocado (+ de 1 abortamento)

38. Quantos filhos vivos você tem atualmente? __ __

39. Se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, qual número seria este? __ __

40. Qual é a sua intenção de ter filhos? [estimulada]

- 1 () Quer ter filhos nos próximos dois anos
2 () Quer ter filhos no futuro
3 () Não quer ter (mais) filhos
4 () Não sabe

Contracepção:

41. Atualmente, você está usando um método contraceptivo para evitar gravidez?

- 0 () Não [Pular para questão 54]

1 () Sim

42. Qual é o método contraceptivo que você está usando atualmente? [marcar o mais eficaz] Estimulada.

Marcar apenas um método mais eficaz.

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

10 () Implante

11 () Adesivo

12 () Anel vaginal

13 () Laqueadura [há mais de 5 anos? Se sim, pesquisa termina aqui]

14 () Vasectomia [há mais de 5 anos? Se sim, pesquisa termina aqui]

10 () Outro – Cite qual _____.

43. [caso tenha citado mais de um método contraceptivo, marque o método a seguir] [resposta única]

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

10 () Implante

11 () Adesivo

12 () Anel vaginal

10 () Outro – Cite qual _____.

44. Antes de começar a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você consultou um profissional de saúde?

0 () Não

1 () Sim [Pular para questão 46]

45. Depois que você começou a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você recebeu alguma informação sobre o método, por algum profissional de saúde?

0 () Não [Pular para questão 51]

1 () Sim

46. Quem foi este profissional?

1 () Médico

2 () Enfermeiro

3 () Assistente social

4 () Farmacêutico

5 () Agente comunitário de saúde

6 () Auxiliar/técnico de enfermagem

47. Você foi informada sobre como utilizar [CITE NOME DO MÉTODO] corretamente?

0 () Não

1 () Sim

48. Você foi informada sobre as vantagens de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

49. Você foi informada sobre as desvantagens de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

50. Você foi informada sobre os efeitos colaterais de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

51. Você está satisfeita com o uso de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

2 () Mais ou menos

52. Se pudesse escolher, você usaria outro método contraceptivo? Qual? [resposta única]

0 () Não quer usar outro método

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

10 () Laqueadura

11 () Vasectomia

12 () Implante

13 () Adesivo

14 () Anel vaginal

15 () Outro – Cite qual:_____.

53. Antes de começar a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você conversou com seu marido/parceiro sobre o método? Ele ajudou a decidir ou você decidiu sozinha?

0 () Sim, conversou e o marido/parceiro ajudou a decidir sobre o método

1 () Sim, conversou, mas decidiu sozinha

2 () Não conversou

3 () Não tinha parceiro na época

Agora, vamos conversar sobre o Dispositivo Intrauterino, também conhecido como DIU.

54. Você conhece ou já ouviu falar sobre o DIU?

0 () Não [Pular para questão 71]

1 () Sim

De acordo com o que você sabe sobre o DIU, responda se concorda, discorda ou não sabe sobre as afirmativas a seguir:

55. O DIU deve ser colocado apenas por médico.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

56. O DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

57. O DIU pode ser usado apenas por mulheres que já têm filhos.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

58. O homem sente o DIU durante a relação sexual.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

59. O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

60. O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

61. O DIU é colocado por meio de uma cirurgia.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

62. O DIU é abortivo.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

63. Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

64. O DIU aumenta o risco de câncer de útero.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

65. O DIU é mais eficaz [faz mais efeito] do que a injeção anticoncepcional.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

66. O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis.

- 1 () Concordo
- 2 () Discordo
- 3 () Não sei

67. Você já usou o DIU?

- 0 () Não
- 1 () Sim [pular para questão 71]

68. Por que nunca usou o DIU? [espontânea]

- 1 [] Dificuldade de acesso
- 2 [] Estou contente com o método que uso
- 3 [] Receio de provocar aborto
- 4 [] Médico desaconselhou a usar

- 5 [] Medo dos efeitos colaterais
6 [] Medo de não conseguir engravidar depois/medo de ficar infértil
7 [] Método muito invasivo
8 [] Medo do procedimento de colocação
9 [] Outros – Cite qual ou quais _____

69. Você gostaria de usar o DIU?

- 0 () Não
1 () Sim [pular para questão 71]
2 () Não sei

70. Por que você não gostaria de usar o DIU?

- 1 [] Tem dúvidas sobre sua eficácia
2 [] Acha que terá dificuldade de acesso
3 [] Está satisfeita com o método que usa
4 [] Médico desaconselhou a usar
5 [] Acha que pode provocar aborto
6 [] Tem receio dos efeitos colaterais
7 [] Tem receio de não conseguir engravidar depois (infertilidade)
8 [] Tem receio do procedimento de colocação
9 [] Outros – Cite qual ou quais _____

Agora, vamos perguntar sobre a contracepção de emergência, também chamada de pílula do dia seguinte.

71. Você já usou a contracepção de emergência?

- 0 () Não [Preencher o calendário contraceptivo]
1 () Sim

72. Quantas vezes você já usou a contracepção de emergência na vida? ____

73. No último ano, quantas vezes você usou a contracepção de emergência? ____

74. Quando você usou a contracepção de emergência pela última vez? [Se foi há mais de 5 anos, preencher o calendário contraceptivo]. (Resposta em meses).

75. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, você estava usando algum outro método contraceptivo?

- 0 () Não [pular para questão 76]
1 () Sim

75-1. Se sim, qual método? [Anotar o mais eficaz] (Resposta única)

- 1 () Pílula oral
2 () Hormonal injetável
3 () Preservativo masculino
4 () Preservativo feminino
5 () DIU
6 () Diafragma
7 () Tabela
8 () Coito interrompido
9 () Implante
10 () Adesivo
11 () Anel vaginal
12 () Outros – Cite qual ou quais _____.

76. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, você foi orientada por um profissional de saúde sobre o método?

- 0 () Não
1 () Sim

77. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, quanto tempo depois de usá-la você iniciou/retomou o uso de outro método contraceptivo? [resposta em dias] ____

78. Qual foi o método contraceptivo que você adotou depois de usar a contracepção de emergência? [Anotar o mais eficaz] (Resposta única)

- 0 () Não adotou nenhum método
- 1 () Pílula oral
- 2 () Hormonal injetável
- 3 () Preservativo masculino
- 4 () Preservativo feminino
- 5 () DIU
- 6 () Diafragma
- 7 () Tabela
- 8 () Coito interrompido
- 9 () Pílula do dia seguinte
- 10 () Laqueadura
- 11 () Vasectomia
- 12 () Implante
- 13 () Adesivo
- 14 () Anel vaginal
- 15 () Outros – Cite qual ou quais:_____.

Preencher o calendário diário sobre a contracepção de emergência.

Agora, vamos perguntar sobre os métodos contraceptivos utilizados nos últimos cinco anos:
PREENCHER O CALENDÁRIO CONTRACEPTIVO PARA TODAS AS MULHERES.

APÊNDICE D – Preenchimento do Calendário Contraceptivo

Para melhor compreensão dos componentes do calendário contraceptivo e para facilitar a aplicação desse instrumento por outros profissionais, a seguir serão descritos os detalhes do preenchimento do calendário contraceptivo:

O Calendário Contraceptivo é um instrumento para coleta de dados retrospectivos referentes ao uso de métodos contraceptivos nos cinco anos anteriores à entrevista. É chamado de calendário porque é onde são registradas as informações sobre o momento da ocorrência de eventos recentes na vida das mulheres entrevistadas. Denominamos eventos recentes aqueles que ocorreram no ano da pesquisa e nos cinco anos anteriores ao ano atual, por exemplo, no caso do estudo de São Paulo, desde janeiro de 2011.

Do que é composto o CC?

De cima para baixo, o calendário possui 72 caixas (cada caixa representa um único mês) dividido em seis sessões (cada sessão representa um ano ou 12 meses) em que são registradas as informações sobre as experiências de nascimentos, gestações e uso de métodos contraceptivos.

Da esquerda para a direita, há quatro colunas:

Coluna 1: Nascidos vivos, gestações e uso de métodos contraceptivos

Coluna 2: Razões para descontinuar o uso de métodos contraceptivos

Coluna 3: Na ocorrência de uma gravidez

Coluna 4: Estado conjugal/ relacionamento

Para preencher o calendário contraceptivo, é importante que compreender que:

1. Não há questões estruturadas ou prontas para serem feitas durante o preenchimento do calendário contraceptivo. Na verdade, o início do seu preenchimento ocorre concomitantemente ao preenchimento do questionário inicial (que contém os dados sociodemográficos, história reprodutiva e contraceptiva), por meio das respostas às questões sobre gravidez atual, gravidez anterior e uso atual de métodos contraceptivos.

2. O calendário contraceptivo fornecerá um instantâneo visual a respeito dos cinco ou seis últimos anos da vida da mulher. Isso te auxiliará a formular as perguntas necessárias para aprimorar a precisão das informações. O calendário contraceptivo é registrado em etapas. Em cada etapa, você deve e pode determinar se as respostas fornecidas são consistentes com as respostas fornecidas durante a entrevista como um todo. Deve também registrar os eventos relatados em relação a outras informações. Por exemplo, se houve 12 meses de intervalo entre o nascimento do bebê A e o início da gravidez do bebê B, você pode facilmente perceber que esses 12 meses devem ser contabilizados como uso ou não uso de método contraceptivo. Há muitas formas de se obter essa

informação e o calendário contraceptivo permite que a entrevistadora seja criativa e inovadora para obter as respostas e registrá-las com o código correto. Tenha em mente que pode haver mais de uma forma correta de “construir” o calendário contraceptivo.

3. Embora os métodos de obtenção das informações sejam flexíveis, os métodos para registro das informações obtidas são completamente padronizados. Isso significa que é preciso traduzir as informações obtidas a partir dos relatos das mulheres para os códigos pré-estabelecidos. Apenas um código pode ser registrado em cada caixa (mês).

O calendário contraceptivo passo a passo:

Coluna 1: Nascimentos, gestações e uso de métodos contraceptivos

O calendário contraceptivo fornece um registro do mês de ocorrência de todos os nascimentos (nascidos vivos), gestações e períodos de uso de métodos contraceptivos. **Todos os meses da coluna 1 (ou caixas) devem ser preenchidos com um código específico** (desde o primeiro mês do calendário até o mês atual).

A seguir, constam indicações de como registrar as informações no CC:

Informação sobre gravidez anterior e número de filhos tidos

A primeira informação a ser registrada no calendário contraceptivo diz respeito a informações sobre a gravidez atual ou gravidez anterior. Para cada nascimento (com recém-nascido vivo), é necessário marcar um **B** (Birth – nascimento) no mês em que a criança nasceu e um **P** (Pregnancy – gravidez) nos meses de duração da gravidez. O número de meses a serem registrados de **P** antes de **B** deve ser um menos o número total de meses que a mulher informou ter durado a gestação. Por exemplo: o parto da entrevistada ocorreu em setembro de 2015. Ela relatou que o bebê nasceu a termo, ou seja, a gravidez durou 9 meses. Para este nascimento, registre um B em setembro de 2015 e P nos oito meses anteriores a setembro de 2015, ou seja, nos meses de janeiro a agosto de 2015. Escreva o nome da criança do lado esquerdo da coluna 1 sempre que registrar um nascimento (**B**).

Informação sobre gravidez atual

Para mulheres que estejam grávidas no momento da entrevista, registre um **P** no mês da entrevista e em cada mês anterior em que esteve grávida. Nesta situação, o número de **P** no calendário deve ser o número completo de meses de gravidez até o mês da entrevista.

Gestações que terminaram em perdas gestacionais

Para todas as gestações que terminaram em perdas gestacionais ou nascidos mortos, registre um **T** (*Termination* – abortamento) no mês em que ocorreu a perda gestacional e um **P** em cada mês de gravidez. Por exemplo, a mulher respondeu que teve um abortamento espontâneo no quarto mês de gravidez (depois de ter três meses completos de gravidez) em junho de 2014. Registre um T em junho de 2014 e um P nos dois meses anteriores (abril e maio).

Uso de métodos contraceptivos

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, registre o código específico em cada mês em que um método contraceptivo foi usado. Se mais de um método contraceptivo foi usado num mesmo mês, registre o código do método que aparece primeiro na lista de códigos dos métodos contraceptivos, pois esse método será considerado o mais eficaz, uma vez que no calendário contraceptivo os métodos são ordenados sempre do mais eficaz para o menos eficaz. Se um método contraceptivo foi usado por um longo período (pelo menos 4 meses), registre o código no primeiro e último mês de uso e os conecte com um traço. Em última etapa, meses sem uso de método contraceptivo (e sem gravidez nem abortamento) devem ser registrados como código zero (0), indicando que nenhum método contraceptivo foi usado.

Se uma mulher refere que mudou o tipo de método contraceptivo usado para outro no meio do mês, registre o método contraceptivo que ela usou no início do mês naquele mesmo mês. Registre o novo método contraceptivo no mês seguinte. Por exemplo, uma mulher referiu ter usado pílula até o meio de maio de 2015, quando ela inseriu o DIU. Registre 4 (pílula oral) para maio de 2015 e 3 (DIU) em junho de 2015.

Se uma mulher relatou que usou um método contraceptivo no início do mês e interrompeu o uso de forma que não estava usando nenhum método no fim do mês, registre o código do método contraceptivo que ela estava usando no mês correspondente ao mês em que ela interrompeu o uso. Registre zero (0) para “nenhum método contraceptivo” no mês seguinte.

Em geral, quando uma mulher trocou ou descontinuou o uso de um método contraceptivo dentro de um mesmo mês, você registra no calendário contraceptivo o método contraceptivo que ela estava usando no início daquele mês. A exceção é o mês em que a entrevista ocorre. Assim, o primeiro mês de uso de métodos contraceptivos a ser preenchido no calendário contraceptivo será o uso atual de métodos contraceptivos, ou seja, no mês em que a entrevista ocorre. Isso significa que é preciso registrar a informação sobre o método contraceptivo que ela está usando no momento da entrevista, mesmo que seja um método diferente do que ela estava usando no início do mês.

Coluna 2: razões para descontinuar o uso de métodos contraceptivos

Para cada vez em que a mulher referir que o uso do método contraceptivo foi descontinuado (ou interrompido), registre na coluna 2 a razão para a ocorrência dessa descontinuidade. O código da razão para descontinuar o uso do método contraceptivo deve ser registrado **no último mês em que o método foi usado**. Por exemplo, se a coluna 1 indica que há descontinuidade no uso da pílula em abril de 2014, é preciso identificar e registrar a razão para a descontinuidade na coluna 2 no mesmo mês, ou seja, em abril de 2014.

Pontos a lembrar:

Apenas um código é registrado em cada mês do calendário contraceptivo.

Na coluna 1, todos os meses devem ser preenchidos com algum código.

A coluna 2 registra a razão pela qual o uso do método contraceptivo foi interrompido, de acordo com a coluna 1. O código deve ser registrado no último mês de uso.

Cada traço que liga dois códigos na coluna 1 deve conter em suas extremidades o mesmo código.

Para identificar os nascimentos, escreva o nome da criança do lado esquerdo do código B. Isso facilitará a identificação das práticas contraceptivas com maior precisão, tendo em vista que as datas de nascimento são o melhor ponto de referência para o completo preenchimento do calendário contraceptivo.

Coluna 3: Na ocorrência de uma gravidez

Em cada mês que houver registro de uma gravidez (P), é preciso perguntar à mulher se ela queria ter engravidado naquele momento, se queria ter esperado mais ou se não queria ter mais filhos. Registrar o código específico no primeiro mês em que for registrada a gravidez (P). É preciso atentar para o fato que nesta coluna, a pergunta é estruturada e estimulada. Isso significa que você deve perguntar para a mulher exatamente o que consta nas opções de códigos 0, 1 ou 2.

Coluna 4: estado conjugal/ relacionamento

Nesta coluna, o código a ser registrado diz respeito ao estado conjugal da mulher a partir do primeiro ano do calendário contraceptivo (exemplo, no estudo de São Paulo foi 2010) até o momento da entrevista. Não são registrados relacionamentos do tipo namoro ou estável em que a mulher não viva junto com o parceiro. O registro desta informação inicia-se a partir do mês em que a entrevista ocorre e segue retrospectivamente todo o período de cobertura do calendário contraceptivo, ou seja, para São Paulo, foi até janeiro de 2010.

Concluindo, quais são os passos para o preenchimento do calendário contraceptivo?

1. Registre as datas de nascimentos dos filhos que as mulheres relatam ter tido (B).
2. Registre os meses de gravidez (P) para qualquer gravidez terminada em nascimento (B) ou abortamento/ nascido morto (T).

3. Registre os meses de uso de métodos contraceptivos ou não uso.

4. Registre as razões para a descontinuidade no uso dos métodos contraceptivos.

Em geral, as mulheres sabem informar diretamente as datas de nascimentos ou término de gestações. Durante o trabalho de campo, pode ser necessário sondar a mulher e fazer inúmeras outras perguntas de forma a obter informações mais precisas e diminuir os erros de informação.

5. Registre a intencionalidade da gravidez (ou gravidezes) relatada.

6. Registre o estado conjugal da mulher, iniciando a partir do mês da entrevista.

Exemplo de preenchimento do calendário contraceptivo

Caso 1:

A respondente é entrevistada em outubro de 2015. Ela referiu dois nascimentos desde janeiro de 2010. O primeiro foi Alfredo, nascido a termo em setembro de 2011. O segundo foi Bernardo, nascido um mês antes da data provável de parto em fevereiro de 2014. As duas gravidezes foram planejadas. A mulher não relatou nenhuma outra gravidez nem usou métodos contraceptivos entre as gestações. Referiu estar casada com João, seu único parceiro desde 2008.

			1	2	3	4			
	12 Dez	01					01	12 Dez	
	11 Nov	02					02	11 Nov	
	10 Out	03	0			0	03	10 Out	
	09 Set	04	0			0	04	09 Set	
2	08 Ago	05	0			0	05	08 Ago	2
0	07 Jul	06	0			0	06	07 Jul	0
1	06 Jun	07	0			0	07	06 Jun	1
5	05 Mai	08	0			0	08	05 Mai	5
	04 Abr	09	0			0	09	04 Abr	
	03 Mar	10	0			0	10	03 Mar	
	02 Fev	11	0			0	11	02 Fev	
	01 Jan	12	0			0	12	01 Jan	
	12 Dez	13	0			0	13	12 Dez	
	11 Nov	14	0			0	14	11 Nov	
	10 Out	15	0			0	15	10 Out	
	09 Set	16	0			0	16	09 Set	
2	08 Ago	17	0			0	17	08 Ago	2
0	07 Jul	18	0			0	18	07 Jul	0
1	06 Jun	19	0			0	19	06 Jun	1
4	05 Mai	20	0			0	20	05 Mai	4
	04 Abr	21	0			0	21	04 Abr	
	03 Mar	22	0			0	22	03 Mar	
	02 Fev	23	B			0	23	02 Fev	
	01 Jan	24	P			0	24	01 Jan	
	12 Dez	25	P			0	25	12 Dez	
	11 Nov	26	P			0	26	11 Nov	
	10 Out	27	P			0	27	10 Out	
	09 Set	28	P			0	28	09 Set	
2	08 Ago	29	P			0	29	08 Ago	2
0	07 Jul	30	P		0	0	30	07 Jul	0
1	06 Jun	31	0			0	31	06 Jun	1
3	05 Mai	32	0			0	32	05 Mai	3
	04 Abr	33	0			0	33	04 Abr	
	03 Mar	34	0			0	34	03 Mar	
	02 Fev	35	0			0	35	02 Fev	
	01 Jan	36	0			0	36	01 Jan	
	12 Dez	37	0			0	37	12 Dez	
	11 Nov	38	0			0	38	11 Nov	
	10 Out	39	0			0	39	10 Out	
	09 Set	40	0			0	40	09 Set	
2	08 Ago	41	0			0	41	08 Ago	2
0	07 Jul	42	0			0	42	07 Jul	0
1	06 Jun	43	0			0	43	06 Jun	1
2	05 Mai	44	0			0	44	05 Mai	2
	04 Abr	45	0			0	45	04 Abr	
	03 Mar	46	0			0	46	03 Mar	
	02 Fev	47	0			0	47	02 Fev	
	01 Jan	48	0			0	48	01 Jan	

	12 Dez	49	0			0	49	12 Dez	
	11 Nov	50	0			0	50	11 Nov	
	10 Out	51	0			0	51	10 Out	
	09 Set	52	B			0	52	09 Set	
2	08 Ago	53	P			0	53	08 Ago	2
0	07 Jul	54	P			0	54	07 Jul	0
1	06 Jun	55	P			0	55	06 Jun	1
1	05 Mai	56	P			0	56	05 Mai	1
	04 Abr	57	P			0	57	04 Abr	
	03 Mar	58	P			0	58	03 Mar	
	02 Fev	59	P			0	59	02 Fev	
	01 Jan	60	P		0	0	60	01 Jan	

APÊNDICE E – MODELOS UNIVARIADOS DE RISCOS PROPORCIONAIS DE COX

Tabela 22 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso da pílula anticoncepcional, de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres em geral. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Município								
São Paulo	1,00		1,00		1,00		1,00	
Aracaju	1,00	0,75-1,33	1,16	0,72-1,88	1,07	0,60-1,90	0,80	0,38-1,67
Características sociodemográficas								
Idade (anos)								
18-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-34	0,74	0,57-0,98	0,64	0,41-1,01	0,56	0,31-1,02	1,47	0,73-2,93
35-49	0,58	0,39-0,85	0,49	0,26-0,91	0,80	0,36-1,74	0,73	0,26-2,03
Raça/cor de pele								
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra	1,15	0,85-1,56	1,36	0,84-2,19	0,71	0,39-1,27	1,48	0,70-3,11
Outras*	0,87	0,47- 1,61	0,94	0,29-3,02	0,52	0,11-2,39	0,44	0,06-3,29
Religião								
Nenhuma	1,00		1,00		1,00		1,00	
Católica	0,77	0,51-1,15	0,76	0,37-1,56	3,87	0,92-16,29	0,99	0,37-2,63
Evangélica	1,06	0,72-1,58	1,14	0,56-2,31	5,32	1,29-21,85	1,02	0,36-2,87
Outras**	1,06	0,50-2,27	0,80	0,23-2,80	7,64	1,44-40,61	1,80	0,45-7,18

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Casada ou em união com alguém								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,03	0,77-1,37	0,69	0,46-1,06	1,13	0,61-2,11	1,63	0,72-3,69
Classe econômica								
A/B	1,00		1,00		1,00		1,00	
C	0,83	0,59-1,16	0,93	0,51-1,68	0,51	0,25-1,02	1,00	0,43-2,33
D/E	1,01	0,67-1,50	1,19	0,58-2,46	0,81	0,37-1,77	0,87	0,31-2,46
Escolaridade (anos de estudo)								
0-8	1,00		1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,07	0,79-1,45	0,96	0,59-1,57	1,39	0,72-2,68	0,82	0,40-1,67
Trabalho remunerado								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,87	0,67-1,12	0,87	0,58-1,33	1,11	0,65-1,92	0,59	0,31-1,13
Possui convênio ou plano de saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,14	0,80-1,61	1,31	0,77-2,23	1,42	0,74-2,73	0,88	0,35-2,23
Características sexuais e reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida								
1	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,19	0,84-1,68	1,18	0,68-2,04	0,78	0,38-1,60	1,11	0,47-2,62
4 ou mais	1,03	0,71-1,49	0,85	0,48-1,51	0,95	0,48-1,87	1,41	0,61-3,29

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Número de filhos vivos								
0	1,00		1,00		1,00		1,00	
1	0,88	0,63-1,21	0,59	0,36-0,96	1,02	0,54-1,94	1,15	0,44-3,02
2 ou mais	0,81	0,59-1,12	0,52	0,30-0,90	0,72	0,34-1,50	1,89	0,76-4,73
Uso de anticoncepção de emergência alguma vez na vida								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,03	0,79-1,35	0,91	0,58-1,43	1,72	0,87-3,40	0,77	0,40-1,45
Abortamento								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,18	0,88-1,57	0,99	0,62-1,59	1,60	0,90-2,86	0,82	0,38-1,78
Intenção reprodutiva								
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,06	0,81-1,39	0,72	0,47-1,12	1,12	0,64-1,97	1,33	0,69-2,57
Não sabe	1,35	0,78-2,33	1,24	0,52-2,96	1,76	0,61-5,07	0,76	0,10-6,01
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	2,59	2,02-3,32	2,31	1,52-3,52	19,60	9,93-38,68	0,96	0,42-2,19

Tabela 23 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso da pílula anticoncepcional de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Características sociodemográficas								
Município								
São Paulo	1,00		1,00		1,00		1,00	
Aracaju	1,01	0,74-1,38	1,24	0,69-2,25	1,12	0,62-2,00	0,80	0,38-1,67
Idade (anos)								
18-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-34	0,75	0,55-1,01	0,59	0,33-1,05	0,53	0,29-0,99	1,47	0,73-2,93
35-49	0,55	0,35-0,86	0,39	0,17-0,91	0,74	0,32-1,68	0,73	0,26-2,02
Raça/cor de pele								
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra	1,12	0,81-1,55	1,24	0,70-2,21	0,77	0,42-1,44	1,48	0,70-3,11
Outras*	0,83	0,41-1,71	0,74	0,10-5,38	0,57	0,12-2,65	0,44	0,06-3,29
Religião								
Nenhuma	1,00		1,00		1,00		1,00	
Católica	0,93	0,61-1,42	1,29	0,59-2,81	3,87	0,92-16,29	0,99	0,37-2,63
Evangélica	1,10	0,72-1,68	1,20	0,52-2,76	5,32	1,29-21,83	1,02	0,36-2,87
Outras**	0,87	0,34-2,21	0,43	0,06-3,29	4,59	0,64-32,84	1,80	0,45-7,18
Casada ou em união com alguém								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,09	0,78-1,51	0,62	0,35-1,09	1,19	0,63-2,27	1,63	0,72-3,69

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Classe econômica								
A/B	1,00		1,00		1,00		1,00	
C	0,78	0,54-1,14	0,78	0,35-1,71	0,52	0,25-1,08	1,00	0,43-2,33
D/E	0,93	0,60-1,43	1,00	0,40-2,52	0,87	0,39-1,93	0,87	0,31-2,46
Escolaridade (anos de estudo)								
0-8	1,00		1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,26	0,89-1,78	1,70	0,88-3,29	1,34	0,69-2,58	0,82	0,40-1,67
Trabalho remunerado								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,81	0,61-1,07	0,76	0,43-1,34	1,05	0,60-1,83	0,59	0,31-1,13
Possui convênio ou plano de saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,00	0,67-1,48	1,00	0,46-2,18	1,32	0,67-2,64	0,88	0,35-2,23
Características sexuais e reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida								
1	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,34	0,90-1,99	1,82	0,79-4,20	0,78	0,38-1,60	1,11	0,47-2,62
4 ou mais	1,11	0,72-1,71	1,09	0,44-2,71	0,87	0,44-1,73	1,41	0,61-3,29
Número de filhos vivos								
0	1,00		1,00		1,00		1,00	
1	0,97	0,66-1,42	0,61	0,30-1,22	0,95	0,50-1,82	1,15	0,44-3,02
2 ou mais	0,94	0,65-1,36	0,57	0,28-1,16	0,72	0,34-1,50	1,89	0,76-4,73

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Uso de anticoncepção de emergência alguma vez na vida								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,01	0,76-1,36	0,86	0,47-1,54	1,65	0,83-3,27	0,77	0,40-1,45
Abortamento								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,10	0,80-1,53	0,68	0,36-1,30	1,56	0,86-2,82	0,82	0,38-1,78
Intenção reprodutiva								
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,14	0,85-1,55	0,68	0,39-1,20	1,22	0,68-2,19	1,33	0,69-2,57
Não sabe	1,31	0,68-2,53	1,00	0,24-4,13	1,91	0,66-5,58	0,76	0,10-6,01
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	3,58	2,75-4,66	5,85	3,59-9,54	23,40	11,18-48,96	0,96	0,42-2,19

Tabela 24 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do preservativo masculino de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres em geral. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Características sociodemográficas								
Município								
São Paulo	1,00		1,00		1,00		1,00	
Aracaju	0,78	0,58-1,06	0,85	0,48-1,51	1,62	0,39-6,79	0,70	0,43-1,12
Idade (anos)								
18-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-34	0,97	0,73-1,30	0,95	0,56-1,62	0,47	0,09-2,59	1,07	0,67-1,71
35-49	0,71	0,48-1,05	0,61	0,29-1,30	0,71	0,13-3,78	1,00	0,57-1,77
Raça/cor de pele								
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra	1,03	0,77-1,37	0,96	0,59-1,57	0,72	0,17-3,05	0,86	0,54-1,35
Outra*	0,70	0,32-1,53	0,30	0,04-2,32	2,76	0,29-26,39	0,82	0,30-2,23
Religião								
Nenhuma	1,00		1,00		1,00		1,00	
Católica	0,93	0,61-1,41	0,68	0,31-1,48	0,36	0,35-3,78	1,88	0,75-4,70
Evangélica	0,92	0,59-1,43	0,68	0,31-1,49	0,91	0,11-7,64	1,93	0,77-4,84
Outras**	1,23	0,71-2,14	0,81	0,29-2,28	1,07	0,08-15,38	2,11	0,59-7,48
Casada ou em união com alguém								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sim	1,25	0,92-1,72	0,69	0,41-1,16	3,06	0,38-24,58	1,68	1,03-2,75
Classe econômica								
A/B	1,00		1,00		1,00		1,00	
C	0,97	0,65-1,45	0,90	0,46-1,75	1,52	0,18-13,19	0,79	0,45-1,38
D/E	1,01	0,63-1,60	1,36	0,64-2,91	1,67	0,16-18,51	0,64	0,30-1,38
Escolaridade (anos de estudo)								
0-8	1,00		1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,08	0,78-1,49	1,52	0,80-2,87	1,05	0,22-5,11	0,86	0,54-1,38
Trabalho remunerado								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,91	0,70-1,20	1,04	0,63-1,71	0,93	0,23-3,68	0,93	0,61-1,42
Possui convênio ou plano de saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,19	0,85-1,67	1,13	0,59-2,18	-	-	1,48	0,89-2,48
Características sexuais e reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida								
1	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,30	0,94-1,79	1,15	0,57-2,34	2,38	0,27-21,34	1,46	0,89-2,40
4 ou mais	1,05	0,74-1,49	1,49	0,73-3,01	2,04	0,21-19,83	0,71	0,41-1,22
Número de filhos vivos								
0	1,00		1,00		1,00		1,00	
1	1,20	0,87-1,66	0,96	0,54-1,73	-	-	1,43	0,85-2,40

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
2 ou mais	0,93	0,65-1,34	0,52	0,27-0,99	0,43	0,10-1,74	1,41	0,81-2,45
Uso de anticoncepção de emergência alguma vez na vida								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,13	0,82-1,57	1,39	0,76-2,53	-	-	0,84	0,51-1,39
Abortamento								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,13	0,84-1,52	1,22	0,70-2,12	1,49	0,37-6,09	0,90	0,55-1,49
Intenção reprodutiva								
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,12	0,85-1,48	0,96	0,57-1,61	1,00	0,23-4,43	1,04	0,68-1,60
Não sabe	0,86	0,48-1,54	0,70	0,22-2,22	2,35	0,27-20,13	0,85	0,36-2,00
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,54	0,74-3,20	0,84	0,11-6,37	-	-	2,99	1,38-6,49

Tabela 25 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do preservativo masculino de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Características sociodemográficas								
Município								
São Paulo	1,00		1,00		1,00		1,00	
Aracaju	0,77	0,54-1,10	0,98	0,38-2,51	1,81	0,30-10,93	0,70	0,43-1,12
Idade (anos)								
18-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-34	1,07	0,77-1,48	1,53	0,63-3,71	0,47	0,04-5,27	1,07	0,67-1,71
35-49	0,72	0,46-1,11	0,31	0,06-1,51	1,43	0,21-9,89	1,00	0,57-1,77
Raça/cor de pele								
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra	1,02	0,73-1,44	0,86	0,37-1,96	0,54	0,08-3,61	0,86	0,54-1,35
Outras*	0,76	0,33-1,76	-	-	4,12	0,39-43,97	0,82	0,30-2,23
Religião								
Nenhuma	1,00		1,00		1,00		1,00	
Católica	0,94	0,58-1,52	0,51	0,16-1,61	-	-	1,88	0,75-4,70
Evangélica	0,93	0,56-1,54	0,47	0,14-1,59	0,68	0,07-6,34	1,93	0,77-4,84
Outras**	1,37	0,72-2,62	0,88	0,20-3,82	1,08	0,07-15,64	2,11	0,59-7,48
Casada ou em união com alguém								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,56	1,10-2,21	0,84	0,35-2,03	-	-	1,68	1,03-2,75
Classe econômica								
A/B	1,00		1,00		1,00		1,00	

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
C	0,95	0,60-1,51	0,72	0,22-2,31	0,92	0,09-8,94	0,79	0,45-1,38
D/E	0,92	0,53-1,59	1,46	0,43-4,94	0,84	0,05-13,42	0,64	0,30-1,38
Escolaridade (anos de estudo)								
0-8	1,00		1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	1,09	0,75-1,60	4,23	1,00-17,88	1,37	0,15-12,21	0,86	0,54-1,38
Trabalho remunerado								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,92	0,68-1,25	1,27	0,56-2,86	1,40	0,23-8,35	0,93	0,61-1,42
Possui convênio ou plano de saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,28	0,87-1,89	1,54	0,51-4,66	-	-	1,48	0,89-2,48
Características sexuais e reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida								
1	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,26	0,88-1,78	0,82	0,30-2,23	1,77	0,18-17,00	1,46	0,89-2,40
4 ou mais	0,84	0,57-1,24	0,84	0,27-2,56	0,68	0,04-10,85	0,71	0,41-1,22
Número de filhos vivos								
0	1,00		1,00		1,00		1,00	
1	1,41	0,99-1,00	1,16	0,47-2,90	-	-	1,43	0,85-2,40
2 ou mais	1,10	0,73-1,65	0,31	0,09-1,00	1,05	0,18-6,21	1,41	0,81-2,45
Uso de anticoncepção de emergência alguma vez na vida								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,05	0,72-1,52	1,27	0,50-3,24	-	-	0,84	0,51-1,39

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Abortamento								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,04	0,74-1,47	0,76	0,28-2,10	1,69	0,29-9,83	0,90	0,55-1,49
Intenção reprodutiva								
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,12	0,81-1,53	0,54	0,24-1,25	-	-	1,04	0,68-1,60
Não sabe	0,78	0,41-1,49	-	-	-	-	0,85	0,36-2,00
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde								
Não	1,00		1,00		1,00	-	1,00	
Sim	1,96	0,94-4,08	2,42	0,31-19,18	-	-	2,99	1,38-6,49

Tabela 26 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do hormonal injetável de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres em geral. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Características sociodemográficas								
Município								
São Paulo	1,00		1,00		1,00		1,00	
Aracaju	0,96	0,67-1,36	1,16	0,66-2,05	0,70	0,41-1,18	1,86	0,27-13,00
Idade (anos)								
18-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-34	0,95	0,64-1,39	0,67	0,35-1,28	1,29	0,74-2,25	-	-
35-49	1,16	0,74-1,82	0,97	0,44-2,13	1,31	0,70-2,47	-	-
Raça/cor de pele								
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra	1,00	0,67-1,49	0,96	0,50-1,84	1,07	0,61-1,87	0,91	0,10-8,40
Outras*	1,04	0,42-2,58	1,40	0,35-5,56	0,65	0,18-2,33	-	-
Religião								
Nenhuma	1,00		1,00		1,00		1,00	
Católica	1,69	0,93-3,08	0,99	0,45-2,18	7,05	1,74-28,56	0,37	0,02-5,48
Evangélica	1,47	0,81-2,68	0,74	0,34-1,62	6,63	1,61-27,24	0,86	0,09-8,83
Outras**	3,50	1,42-8,66	1,87	0,58-6,07	17,69	2,88-108,79	-	-
Casada ou em união com alguém								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sim	1,31	0,86-2,01	1,02	0,51-2,05	1,50	0,86-2,62	1,31	0,14-12,13
Classe econômica								
A/B	1,00		1,00		1,00		1,00	
C	0,88	0,51-1,53	0,60	0,25-1,42	1,12	0,56-2,23	-	-
D/E	0,94	0,51-1,75	0,73	0,30-1,77	1,12	0,46-2,71	0,05	0,03-0,09
Escolaridade (anos de estudo)								
0-8	1,00		1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	0,77	0,52-1,13	0,71	0,41-1,24	0,94	0,48-1,85	0,35	0,05-2,40
Trabalho remunerado								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,01	0,72-1,42	1,48	0,86-2,54	0,78	0,47-1,27	0,97	0,14-6,80
Possui convênio ou plano de saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,13	0,72-1,78	1,06	0,49-2,29	1,39	0,72-2,67	-	-
Características sexuais e reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida								
1	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,73	1,07-2,78	3,40	1,32-8,79	1,13	0,61-2,08	-	-
4 ou mais	1,79	1,10-2,92	4,21	1,61-11,03	0,78	0,41-1,48	-	-
Número de filhos vivos								
0	1,00		1,00		1,00		1,00	
1	0,63	0,39-1,01	0,44	0,21-0,92	0,89	0,45-1,73	0,14	0,33-0,55

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
2 ou mais	0,76	0,47-1,23	0,46	0,23-0,93	1,04	0,51-2,15	-	-
Uso de anticoncepção de emergência alguma vez na vida								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,10	0,75-1,59	1,78	1,00-3,17	0,86	0,49-1,50	0,54	0,08-3,79
Abortamento								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,32	0,90-1,93	0,64	0,34-1,19	1,99	1,15-3,46	3,17	0,45-22,33
Intenção reprodutiva								
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	0,97	0,68-1,37	0,87	0,49-1,54	1,06	0,64-1,76	0,31	0,03-3,42
Não sabe	0,41	0,15-1,15	0,21	0,03-1,54	0,46	0,11-1,96	3,26	0,26-40,7
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	3,00	2,16-4,18	1,95	1,09-3,47	5,79	3,56-9,44	1,14	0,12-11,24

Tabela 27 - Modelo de riscos proporcionais de Cox univariado para descontinuidade do uso do hormonal injetável de acordo ao tipo de descontinuidade para mulheres com necessidade de contracepção. São Paulo e Aracaju. 2015 e 2016.

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Características sociodemográficas								
Município								
São Paulo	1,00		1,00		1,00		1,00	
Aracaju	0,78	0,51-1,18	0,89	0,39-2,00	0,60	0,35-1,03	1,86	0,27-13,00
Idade (anos)								
18-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-34	1,17	0,75-1,81	0,99	0,41-2,38	1,30	0,74-2,28	-	-
35-49	1,44	0,87-2,38	1,58	0,58-4,31	1,27	0,67-2,41	-	-
Raça/cor de pele								
Branca	1,00		1,00		1,00		1,00	
Negra	1,04	0,66-1,64	1,17	0,45-3,04	1,01	0,58-1,78	0,91	0,10-8,40
Outras*	1,02	0,34-3,08	1,65	0,22-12,37	0,65	0,18-2,32	-	-
Religião								
Nenhuma	1,00		1,00		1,00		1,00	
Católica	2,28	1,05-4,98	1,36	0,42-4,35	6,86	1,69-27,82	0,37	0,02-5,48
Evangélica	1,92	0,88-4,19	0,94	0,30-2,97	6,19	1,51-25,44	0,87	0,09-8,83
Outras**	4,46	1,46-13,66	1,99	0,27-14,43	17,66	2,88-108,25	-	-
Casada ou em união com alguém								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sim	1,32	0,81-2,15	0,82	0,34-1,99	1,66	0,94-2,91	1,31	0,14-12,13
Classe econômica								
A/B	1,00		1,00		1,00		1,00	
C	0,89	0,49-1,61	0,52	0,18-1,54	1,12	0,56-2,22	-	-
D/E	0,81	0,40-1,64	0,56	0,18-1,71	0,97	0,39-2,46	0,05	0,28-0,88
Escolaridade (anos de estudo)								
0-8	1,00		1,00		1,00		1,00	
9 ou mais	0,85	0,54-1,34	0,82	0,39-1,74	1,02	0,50-2,09	0,35	0,05-2,40
Trabalho remunerado								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,01	0,69-1,49	1,89	0,91-3,92	0,75	0,45-1,24	0,97	0,14-6,80
Possui convênio ou plano de saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,19	0,73-1,96	1,13	0,44-2,90	1,44	0,75-2,79	-	-
Características sexuais e reprodutivas								
Número de parceiros sexuais na vida								
1	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 – 3	1,81	1,07-3,06	3,90	1,11-13,68	1,28	0,69-2,36	-	-
4 ou mais	1,78	1,04-3,04	4,77	1,34-17,04	0,84	0,44-1,62	-	-
Número de filhos vivos								
0	1,00		1,00		1,00		1,00	

Variáveis	Descontinuidade		Abandono		Troca para método menos eficaz		Troca para método mais eficaz	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
1	0,62	0,35-1,09	0,39	0,13-1,11	0,83	0,43-1,62	0,14	0,03-0,55
2 ou mais	0,82	0,47-1,45	0,46	0,18-1,21	1,02	0,49-2,10	-	-
Uso de anticoncepção de emergência alguma vez na vida								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,05	0,69-1,61	2,03	0,93-4,43	0,85	0,48-1,50	0,54	0,08-3,79
Abortamento								
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,47	0,96-2,25	0,57	0,25-1,29	2,12	1,22-3,68	3,17	0,45-22,32
Intenção reprodutiva								
Quer ter filhos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não quer ter (mais) filhos	1,00	0,68-1,50	0,93	0,42-2,05	1,05	0,63-1,75	0,31	0,03-3,42
Não sabe	0,38	0,11-1,25	-	-	0,47	0,11-2,03	3,26	0,26-40,71
Efeitos colaterais/preocupação com a saúde								
Não	1,00		1,00		1,00		0,00	
Sim	4,41	3,05-6,38	4,07	1,98-8,37	6,46	3,88-10,73	1,14	0,12-11,24