







Desigualdades sociais no uso de contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil

Tonantzin Ribeiro Gonçalves^I , Heloísa Marquardt Leite^I , Fernanda Souza de Bairros^{II} ,
Maria Teresa Anselmo Olinto^{III} , Nêmora Tregnago Barcellos^I , Juvenal Soares Dias da Costa^I 

^I Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Escola de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Leopoldo, RS, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, RS, Brasil

^{III} Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Departamento de Nutrição. Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever os métodos contraceptivos utilizados e fatores demográficos e socioeconômicos associados em mulheres adultas.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional com mulheres de 20 a 49 anos de São Leopoldo, RS, em 2015. Foram considerados três desfechos para analisar a associação com características demográficas e socioeconômicas: uso de anticoncepcional oral, ligadura tubária e uso de preservativo masculino. Foram obtidas razões de prevalências, brutas e estratificadas por idade, e intervalos de confiança de 95% (IC95%) por meio de regressão de Poisson, levando em conta o erro de delineamento.

RESULTADOS: Foram avaliadas 736 mulheres com idades entre 20 e 49 anos. A prevalência de uso de anticoncepcional oral, de ligadura tubária e de uso de preservativo masculino foram, respectivamente, 31,8% (IC95% 28,4–35,3), 11,1% (IC95% 9,0–13,6) e 10,9% (IC95% 8,7–13,3). Além disso, 10,5% (n = 77) das mulheres relataram fazer uso combinado de anticoncepcional oral e preservativo masculino. Na análise estratificada, as mulheres mais jovens, de menor escolaridade e classe econômica mais baixa relataram menor uso de anticoncepcional oral. Já a ligadura tubária foi mais prevalente entre as de classe econômica mais baixa, mas apenas na faixa etária de 30 a 39 anos. Não foram encontradas diferenças quanto ao preservativo masculino.

CONCLUSÕES: Os resultados indicaram que ainda persistem diferenças quanto à contracepção, o que pode se relacionar tanto a dificuldades no acesso a esses insumos como a fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades e preferências das mulheres em maior vulnerabilidade social.

DESCRITORES: Anticoncepção, métodos. Fatores Socioeconômicos Disparidades nos Níveis de Saúde Inquéritos sobre o Uso de Métodos Contraceptivos. Saúde Sexual e Reprodutiva.

Correspondência:

Tonantzin Ribeiro Gonçalves
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva – UNISINOS
Avenida Unisinos, 950
Caixa Postal 275
93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil
E-mail: tonanrib@yahoo.com.br

Recebido: 5 abr 2018

Aprovado: 4 jul 2018

Como citar: Gonçalves TR, Leite HM, Bairros FS, Olinto MTA, Barcellos NT, Costa JSD. Desigualdades sociais no uso contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. Rev Saude Publica. 2019;53:28.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, os indivíduos são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e devem ser livres para decidir se, quando e com que frequência desejam ter filhos¹. O acesso à informação e aos métodos contraceptivos deve ser garantido pelo Estado e pelo sistema de saúde para promover o exercício responsável e igualitário desses direitos. Tal concepção foi consolidada pelo Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994¹. No Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde, estabeleceu um importante e pioneiro marco ao incorporar a promoção da cidadania e do empoderamento individual às ações de planejamento reprodutivo².

A tendência global é de diminuição de necessidades insatisfeitas de planejamento familiar. O uso de métodos contraceptivos aumentou de 54,8% em 1990 para 63,3% em 2010³. Apesar dos diferentes padrões regionais, a esterilização ainda era o método mais utilizado em países em desenvolvimento em 2012, seguido do dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepcional oral (ACO) e preservativo masculino⁴. A Ásia e a América Latina experimentaram as maiores quedas na esterilização entre 2003 e 2012, de 9% e 15%, respectivamente, com o consequente aumento no uso de métodos de barreira e hormonais de média e longa duração (injetáveis e implantes)⁴. No Brasil, entre 1990 e 2010, o percentual de necessidades insatisfeitas de planejamento familiar baixou de 11,6% para 7,4%, se tornando o quarto menor índice da América do Sul³.

Os principais métodos utilizados entre brasileiras em idade reprodutiva têm sido os ACO e a ligadura tubária (LT), seguidas do preservativo masculino. Dados recentes da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos apontam as prevalências de uso de ACO (28,2%) e anticoncepcional injetável (4,5%) em mulheres de 15 a 49 anos, não gestantes, residentes em área urbana⁵. A região Sul do país mostrou maior prevalência de uso de ACO (37,5%), sendo que a maior parte das mulheres pagou pelo medicamento, em contraposição às usuárias de anticoncepcional injetável, cujo acesso predominante era público⁵. Corroborando esses achados, estudos populacionais realizados em municípios do Rio Grande do Sul mostraram prevalências altas de uso de ACO, entre 48,8%⁶ e 55,4%⁷. As prevalências de LT relatadas em estudos brasileiros se situaram entre 18,7%⁶ e 22%^{7,8}, enquanto o uso de preservativo para contracepção permaneceu mais baixo, entre 10% e 17%⁶⁻⁸.

Apesar dos avanços, a implementação integral do PAISM encontrou inúmeros obstáculos e persistiram desigualdades sociais no acesso e uso de contraceptivos modernos^{9,10}. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 apontaram que o percentual de mulheres de 15 a 44 anos que não usavam nenhum método na classe mais baixa ainda era quase o dobro que o de mulheres com maior poder aquisitivo⁸. Assim, embora a taxa de fecundidade tenha diminuído drasticamente nas últimas décadas, essa redução atingiu de modo desigual diferentes estratos populacionais, com pouco impacto entre as jovens com menos de 20 anos e entre mulheres com menor escolaridade, pretas e pardas¹¹.

Portanto, considera-se importante monitorar indicadores de desigualdades sociais ao avaliar o uso de métodos contraceptivos a partir de realidades regionais específicas. Tais dados podem orientar o planejamento de ações e políticas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da equidade e da diversidade, diminuindo barreiras de acesso a diferentes métodos contraceptivos, conforme as preferências e necessidades das mulheres. Assim, o objetivo do estudo foi descrever os métodos contraceptivos utilizados por mulheres com vida sexual ativa, de 20 a 49 anos. Além disso, buscou-se analisar características demográficas e socioeconômicas associadas e comparar os resultados com dados de um estudo populacional realizado com mulheres na mesma cidade onze anos antes.

MÉTODOS

A pesquisa é parte de um estudo transversal de base populacional com uma amostra representativa de mulheres de 20 a 69 anos, residentes na zona urbana do município de São Leopoldo, RS, cuja coleta de dados ocorreu entre fevereiro e outubro de 2015. O presente estudo contemplou todas as mulheres de 20 a 49 anos e os dados foram cotejados com outra investigação com as mesmas características metodológicas, efetivada em 2003⁶.

O município de São Leopoldo se situa na região do Vale do Rio dos Sinos, Região Metropolitana de Porto Alegre, com população total de 214.087 pessoas. No censo de 2010 foram contabilizadas 71.564 mulheres entre 20 e 69 anos na área urbana do município, representando 32% da população total¹².

O tamanho amostral foi calculado com base nas prevalências de vários desfechos relacionados à saúde da mulher e a métodos contraceptivos. Optou-se pelo resultado que exigia maior tamanho amostral, ou seja, a frequência de exame citopatológico atrasado¹³. Considerou-se um poder de 80% para identificar uma razão de risco de 2,0 entre mulheres com menor e maior escolaridade (não expostas – com 15 anos ou mais de estudo) com nível de confiança de 95%. O tamanho da amostra foi aumentado em 10% para contemplar possíveis perdas e recusas e em 15% para o controle de fatores de confusão. Assim, estimou-se ser necessária uma amostra de 1.281 mulheres em um total de 1.613 domicílios.

A amostra foi sistemática. Os 371 setores censitários existentes na região urbana de São Leopoldo foram classificados em ordem decrescente a partir do setor com maior “valor de rendimento nominal mensal das pessoas de 10 ou mais anos de idade (com ou sem rendimento)”, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹². Depois, foram sorteados 45 setores censitários. Em um segundo estágio, foi sorteado um quarteirão em cada setor e, posteriormente, uma esquina para o início das entrevistas. A partir da esquina inicial, a primeira casa à esquerda de quem estava de frente era selecionada, duas casas eram puladas e selecionava-se a casa seguinte (no caso, a quarta casa), até completar 36 domicílios por setor. No caso de ausência dos moradores, o entrevistador fazia mais duas tentativas em dias e horários diferentes. Se as mulheres a serem entrevistadas não estivessem no domicílio, agendava-se nova visita.

A cada participante foi aplicado questionário padronizado e pré-testado incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e de uso de serviços de saúde. Não foram entrevistadas mulheres grávidas ou que não tivessem condições de responder à pesquisa. Os entrevistadores foram estudantes de graduação e pós-graduação treinados para a aplicação do instrumento. Foi realizado um estudo-piloto em um setor não incluído na pesquisa para completar o treinamento dos entrevistadores, testar o instrumento e a logística da pesquisa.

O controle de qualidade da coleta de dados foi realizado por telefone ou visita domiciliar com amostra aleatória de 10% das participantes. O instrumento do controle incluía variáveis que não se alteravam em um curto espaço de tempo.

A prevalência de uso de métodos contraceptivos foi investigada a partir das mesmas perguntas do estudo realizado em 2003⁶. Inicialmente, se perguntava para as mulheres se tinham tido relações sexuais no último ano e depois qual(is) método(s) anticoncepcional(is) utilizavam. As mulheres podiam referir o uso de mais de um método anticoncepcional concomitantemente ou dupla proteção (uso de preservativo masculino e outro método). Foram incluídos nas análises três métodos contraceptivos: ACO, LT e preservativo masculino. Para o primeiro método foram consideradas as mulheres que utilizavam ACO de modo isolado e combinado com preservativo masculino. Para o segundo método constaram aquelas que referiram ter realizado o procedimento de LT. Para o terceiro método foram incluídas mulheres que declararam usar o preservativo como único método ou combinando com outros métodos, como DIU, anel e ACO.

As variáveis de exposição foram idade, cor da pele referida, classe econômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)^a e escolaridade das mulheres. A variável idade foi analisada nas faixas: 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos. Quanto à cor da pele, foram consideradas as mulheres que se declararam brancas, pardas e pretas. Apenas sete mulheres se autodeclararam indígenas e oito se autodeclararam amarelas; as 15 foram excluídas. A classe econômica segundo a classificação da ABEP levou em conta a posse de determinados bens materiais, escolaridade do(a) chefe da família e número de pessoas empregadas pela família. Para a análise, a classe foi organizada em três categorias: A+B; C e D+E. A escolaridade foi obtida em número de anos completos de estudo e categorizada em cinco níveis: zero a quatro anos; cinco a sete anos; oito a 10 anos; 11 a 14 anos; 15 anos ou mais.

Foi realizada a dupla entrada dos dados com auxílio do programa Epidata 3.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos). A análise foi realizada no programa Stata 13.0 (*Stata Corp., College Station*, Estados Unidos) para descrever a prevalência de não uso e uso dos métodos contraceptivos. Inicialmente, foram calculadas as razões de prevalências (RP) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e analisadas as associações do uso de ACO, realização de LT e uso de preservativo com as variáveis demográficas e socioeconômicas. Por fim, as análises foram estratificadas por idade, analisando-se separadamente as associações com a variável cor da pele e as características socioeconômicas para cada um dos grupos: ACO, LT e preservativo masculino. Os resultados brutos e estratificados foram obtidos por meio de regressão de Poisson, levando-se em conta o erro de delineamento mediante comando *svy* no Stata.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Protocolo 653.394, de 20 de maio de 2014), sendo que todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dentre 1.281 mulheres visitadas, 1.128 foram entrevistadas e 153 (11,94%) foram classificadas como perdas e recusas. Das 1.128 mulheres incluídas no estudo, 736 tinham até 49 anos de idade, das quais 54 (7,3%) declararam não ter tido relações sexuais no ano anterior à entrevista, 83 (11,3%) não usavam métodos contraceptivos, 22 (3%) estavam estéreis e 577 (78,4%) usavam algum tipo de método contraceptivo.

Quanto aos métodos contraceptivos adotados, 234 mulheres informaram utilizar ACO isoladamente (31,8%; IC95% 28,4–35,3), 82 referiram LT (11,1%; IC95% 9,0–13,6) e 80 (10,9%; IC95% 8,7–13,3) exclusivamente preservativo masculino. Destaca-se que 10,5% (n = 77) relataram usar de modo combinado ACO e preservativo masculino. Dessa forma, dentre todas as mulheres que informaram utilizar preservativo masculino (n = 163), 77 (47,2%) também referiram o uso de ACO.

Ao se comparar o uso de métodos contraceptivos em 2003 e 2015, constatou-se uma pequena diminuição no número de mulheres que não usavam contraceptivos nas classes socioeconômicas extremas, A+B e D+E. Observou-se também um leve aumento percentual do uso de ACO (isolado e combinado com preservativo) na classe A+B, atingindo um percentual de uso de 49,5% em 2015. Quanto à LT, seu percentual apresentou leve diminuição, mais acentuada nas mulheres de classe A+B e D+E. Em 2015, o uso isolado de preservativo diminuiu em quase todas as classes; contudo, quando usado em combinação com ACO, transformou-se no segundo método mais utilizado entre a população feminina de São Leopoldo. Também se observou aumento do uso de contraceptivos injetáveis e vasectomia, principalmente nas classes C e D+E (Tabela 1).

Em relação à prevalência de uso de ACO, constatou-se diminuição com o decorrer da idade e conforme menor a classe econômica e a escolaridade. As prevalências foram 46% e 63%

^a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2016 [citado 12 dez 2018]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>

menores nas mulheres da classe D+E e com zero a quatro anos de escolaridade, comparadas com aquelas das classes A+B e com 15 anos ou mais de escolaridade, respectivamente. As prevalências de uso de ACO não diferiram significativamente entre as categorias de cor de pele (Tabela 2).

Quanto à LT, observou-se aumento da prevalência com o decorrer da idade. Com a escolaridade foi encontrada associação linear inversa, ou seja, as prevalências aumentaram conforme menor a escolaridade referida. Nas mulheres com zero a quatro anos de escolaridade, a prevalência de ligadura tubária foi oito vezes maior quando comparadas com as que referiram 15 anos ou mais de estudo. Contudo, as prevalências de LT não diferiram significativamente entre as categorias de cor de pele e de classe econômica (Tabela 2).

Em relação ao uso de preservativo masculino isolado e combinado, observou-se que as mulheres de 40 a 49 anos referiram menor uso do que as de 20 a 29 anos. Quanto à escolaridade, as mulheres com até sete anos de estudo também utilizaram menos preservativos masculinos. Não foi verificada associação significativa para o uso de preservativo masculino com cor de pele e classe econômica (Tabela 2).

Na análise estratificada, para o uso de ACO, verificaram-se diferenças significativas nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos (Tabela 3). Nessas faixas etárias, as mulheres da classe D+E e com menor escolaridade utilizavam menos ACO.

Tabela 1. Métodos contraceptivos utilizados por mulheres de 20 a 49 anos de São Leopoldo, RS, conforme classe econômica, em 2003 (n = 672) e em 2015 (n = 736).

Métodos contraceptivos	Classe econômica			Total
	A+B	C	D+E	
2003				
Não usa	33 (14,9)	33 (12,0)	32 (18,1)	98 (14,6)
Anticoncepcional oral	77 (34,7)	126 (45,7)	78 (44,1)	281 (41,8)
Anticoncepcional oral e preservativo	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,1)
Ligadura tubária	38 (20,1)	38 (13,8)	32 (22,1)	108 (16,1)
Preservativo masculino	35 (15,8)	42 (15,2)	23 (13,0)	100 (14,9)
Injetável	5 (2,3)	10 (3,6)	4 (2,3)	19 (2,8)
Vasectomia	7 (3,2)	4 (1,4)	1 (0,6)	12 (1,8)
DIU	18 (8,1)	17 (6,2)	7 (4,0)	42 (6,3)
Outros métodos naturais ^a	5 (2,3)	2 (0,7)	0 (0,0)	7 (1,0)
Preservativo masculino e outros ^b	0	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,1)
Outros métodos de barreira ^c	2 (0,9)	1 (0,4)	0	3 (0,4)
2015				
Não usa	26 (9,7)	45 (11,8)	12 (14,5)	83 (11,3)
Estéril	5 (1,9)	14 (3,7)	3 (3,6)	22 (3,0)
Sem relações sexuais no último ano	14 (5,2)	32 (8,4)	8 (9,6)	54 (7,3)
Anticoncepcional oral	96 (36,0)	121 (31,6)	16 (19,3)	234 (31,8)
Anticoncepcional oral e preservativo	36 (13,5)	33 (8,6)	6 (7,2)	77 (10,5)
Ligadura tubária	26 (9,7)	45 (11,8)	11 (13,3)	82 (11,1)
Preservativo masculino	30 (11,2)	39 (10,2)	11 (13,3)	80 (10,9)
Injetável	5 (1,9)	18 (4,7)	11 (13,3)	34 (4,6)
Vasectomia	12 (4,5)	16 (4,2)	2 (2,4)	30 (4,1)
DIU	12 (4,5)	10 (2,6)	1 (1,2)	23 (3,1)
Outros métodos naturais ^a	2 (0,8)	6 (1,6)	0 (0,0)	8 (1,1)
Preservativo masculino e outros ^b	1 (0,4)	4 (1,0)	1 (1,2)	6 (0,8)
Outros métodos de barreira ^c	2 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,2)	3 (0,4)

^a Coito interrompido, monitoramento do muco cervical e tabelinha.

^b Outros métodos de barreira e/ou pílula do dia seguinte.

^c Anel intravaginal e diafragma.

Tabela 2. Prevalência, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) de uso de anticoncepcionais orais, ligadura tubária e uso de preservativo masculino segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em mulheres adultas de São Leopoldo, RS, 2015. (n = 736)

Variável	n (%)	Prevalência (%)	RP	IC95%	p
Anticoncepcionais orais					
Faixa etária (anos)					< 0,001*
20–29	216 (29,4)	129 (59,7)	1		
30–39	244 (33,2)	115 (47,1)	0,79	0,65–0,96	
40–49	276 (37,5)	67 (24,3)	0,41	0,31–0,53	
Cor de pele					0,965
Branca	536 (74,8)	228 (42,5)	1		
Parda	120 (16,7)	50 (41,7)	0,98	0,75–1,28	
Preta	61 (8,5)	25 (41,0)	0,96	0,70–1,33	
Classe econômica					0,003*
A ou B	267 (36,4)	132 (49,4)	1		
C	383 (52,3)	154 (40,2)	0,81	0,70–0,94	
D ou E	83 (11,3)	22 (26,5)	0,54	0,39–0,75	
Escolaridade (anos)					< 0,001*
15 ou mais	74 (10,1)	44 (59,5)	1		
11 a 14	287 (39,0)	143 (49,8)	0,84	0,65–1,09	
8 a 10	142 (19,3)	60 (42,3)	0,71	0,54–0,94	
5 a 7	151 (20,5)	46 (30,5)	0,51	0,37–0,70	
0 a 4	82 (11,1)	18 (22,0)	0,37	0,24–0,57	
Ligadura tubária					
Faixa etária (anos)					< 0,001*
20–29	216 (29,4)	5 (2,3)	1		
30–39	244 (33,2)	22 (9,0)	3,90	1,45–10,5	
40–49	276 (37,5)	55 (19,9)	8,61	3,76–19,7	
Cor de pele					0,541
Branca	536 (74,8)	58 (10,8)	1		
Parda	120 (16,7)	16 (13,3)	1,23	0,77–1,97	
Preta	61 (8,5)	5 (8,2)	0,76	0,30–1,93	
Classe econômica					0,532
A ou B	267 (36,4)	26 (9,7)	1		
C	383 (52,3)	45 (11,8)	1,21	0,76–1,92	
D ou E	83 (11,3)	11 (13,3)	1,36	0,73–2,52	
Escolaridade (anos)					< 0,001*
15 ou mais	74 (10,1)	2 (2,7)	1		
11 a 14	287 (39,0)	20 (7,0)	2,57	0,57–11,7	
8 a 10	142 (19,3)	21 (14,8)	5,47	1,23–24,3	
5 a 7	151 (20,5)	21 (13,9)	5,15	1,14–23,2	
0 a 4	82 (11,1)	18 (22,0)	8,12	1,83–36,1	
Preservativo masculino					
Faixa etária (anos)					< 0,001*
20–29	216 (29,4)	66 (30,6)	1		
30–39	244 (33,2)	59 (24,2)	0,79	0,61–1,02	
40–49	276 (37,5)	38 (13,8)	0,45	0,31–0,66	
Cor de pele					0,174
Branca	536 (74,8)	119 (22,2)	1		
Parda	120 (16,7)	30 (25,0)	1,13	0,84–1,51	
Preta	61 (8,5)	8 (13,1)	0,59	0,30–1,18	
Classe econômica					0,442
A ou B	267 (36,4)	67 (25,1)	1		
C	383 (52,3)	76 (19,8)	0,79	0,55–1,14	
D ou E	83 (11,3)	18 (21,7)	0,86	0,54–1,37	
Escolaridade (anos)					< 0,001*
15 ou mais	74 (10,1)	22 (29,7)	1		
11 a 14	287 (39,0)	79 (27,5)	0,93	0,62–1,38	
8 a 10	142 (19,3)	29 (20,4)	0,69	0,45–1,06	
5 a 7	151 (20,5)	21 (13,9)	0,47	0,28–0,79	
0 a 4	82 (11,1)	12 (14,6)	0,49	0,26–0,93	

* Teste de tendência linear.

Diferentemente do observado na análise bruta, a análise estratificada apontou que as mulheres de 30 a 39 anos da classe econômica D+E apresentavam probabilidade quase cinco vezes maior de terem ligadura do que as mulheres da classe A+B. A estratificação da LT por idade não foi possível para escolaridade e cor da pele, já que nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos não houveram mulheres com 15 anos ou mais de estudo e cor de pele preta submetidas ao procedimento (Tabela 4).

Tabela 3. Prevalência, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para uso de anticoncepcionais orais conforme classe econômica e escolaridade estratificados por faixas etárias em mulheres adultas de São Leopoldo, RS, 2015. (n = 736)

Variável	n (%)	Prevalência %	RP	IC95%	p
20–29 anos					
Cor de pele					0,701
Branca	155 (74,2)	61,3	1		
Parda	39 (18,7)	53,9	0,88	0,63–1,22	
Preta	15 (7,2)	53,3	0,87	0,52–1,45	
Classe econômica					0,010*
A ou B	71 (33,0)	69,0	1		
C	116 (53,9)	58,6	0,85	0,68–1,06	
D ou E	28 (13,0)	39,3	0,57	0,35–0,92	
Escolaridade (anos)					0,004*
15 ou mais	16 (7,4)	87,5	1		
11 a 14	112 (51,9)	62,5	0,71	0,55–0,92	
8 a 10	53 (24,5)	58,5	0,67	0,51–0,87	
5 a 7	30 (13,9)	43,3	0,50	0,30–0,81	
0 a 4	5 (2,3)	20,0	0,23	0,04–1,43	
30–39 anos					
Cor de pele					0,504
Branca	185 (77,1)	46,5	1		
Parda	28 (11,7)	57,1	1,23	0,82–1,85	
Preta	27 (11,2)	40,7	0,88	0,52–1,48	
Classe econômica					0,002*
A ou B	89 (36,5)	58,4	1		
C	127 (52,1)	44,9	0,77	0,57–1,03	
D ou E	28 (11,5)	21,4	0,37	0,16–0,84	
Escolaridade (anos)					0,008*
15 ou mais	40 (16,4)	60,0	1		
11 a 14	93 (38,1)	52,7	0,88	0,59–1,31	
8 a 10	48 (19,7)	41,7	0,69	0,43–0,93	
5 a 7	40 (16,4)	37,5	0,63	0,42–0,99	
0 a 4	23 (9,4)	30,4	0,51	0,32–1,07	
40–49 anos					
Cor de pele					0,662
Branca	196 (73,1)	23,9	1		
Parda	53 (19,8)	24,5	1,02	0,57–1,85	
Preta	19 (7,1)	31,6	1,32	0,72–2,43	
Classe econômica					0,301
A ou B	107 (39,1)	28,9	1		
C	140 (51,1)	20,7	0,71	0,46–1,10	
D ou E	27 (9,9)	18,5	0,64	0,21–1,97	
Escolaridade (anos)					0,441
15 ou mais	18 (6,5)	33,3	1		
11 a 14	82 (29,7)	29,3	0,88	0,37–2,07	
8 a 10	41 (14,9)	21,9	0,66	0,29–1,50	
5 a 7	81 (29,4)	22,2	0,67	0,33–1,34	
0 a 4	54 (19,6)	18,5	0,56	0,21–1,49	

* Teste de tendência linear.

Tabela 4. Prevalência, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para ligadura tubária conforme classe econômica estratificados por faixas etárias em mulheres adultas de São Leopoldo, RS, 2015. (n = 736)

Variável	n (%)	Prevalência %	RP	IC95%	p
20–29 anos					
Classe econômica					0,788
A ou B	71 (33,0)	1,4	1		
C	116 (53,9)	2,6	1,84	0,19–17,3	
D ou E	28 (13,0)	3,6	2,54	0,15–41,7	
30–39 anos					
Classe econômica					0,017*
A ou B	89 (36,5)	4,5	1		
C	127 (52,1)	9,5	2,10	0,65–6,79	
D ou E	28 (11,5)	21,4	4,77	1,31–17,3	
40–49 anos					
Classe econômica					0,828
A ou B	107 (39,1)	19,6	1		
C	140 (51,1)	21,4	1,09	0,63–1,89	
D ou E	27 (9,9)	14,8	0,75	0,25–2,32	

* Teste de tendência linear.

Tabela 5. Prevalência, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para uso de preservativos masculinos conforme classe econômica estratificados por faixas etárias em mulheres adultas de São Leopoldo, RS, 2015. (n = 736)

Variável	n (%)	Prevalência %	RP	IC95%	p
20–29 anos					
Classe econômica					0,132
A ou B	71 (33,0)	39,4	1		
C	116 (53,9)	25,9	0,66	0,42–1,02	
D ou E	28 (13,0)	25,0	0,63	0,29–1,37	
30–39 anos					
Classe econômica					0,217
A ou B	89 (36,5)	30,3	1		
C	127 (52,1)	21,3	0,70	0,45–1,09	
D ou E	28 (11,5)	17,9	0,59	0,25–1,41	
40–49 anos					
Classe econômica					0,192
A ou B	107 (39,1)	11,2	1		
C	140 (51,1)	13,6	1,21	0,58–2,54	
D ou E	27 (9,9)	22,2	1,98	0,93–4,24	

Para o uso de preservativos masculinos, não se verificou associação significativa com a classe econômica na análise estratificada por idade. Essa análise não foi possível para escolaridade e cor da pele, pois nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos nenhuma mulher com zero a quatro anos de estudo referiu usar preservativo masculino, assim como na faixa de 40 a 49 anos e cor de pele preta (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou descrever os métodos contraceptivos utilizados por mulheres de 20 a 49 anos com vida sexual ativa em São Leopoldo, RS, em 2015, identificando aspectos demográficos e socioeconômicos associados, bem como comparando tendências temporais no mesmo estrato populacional. Coadunando-se com a literatura nacional e internacional,

foi possível verificar diminuição no número de mulheres que não usavam nenhum método, aumento na prevalência de uso de ACO (isolado ou combinado) e diminuição da LT entre 2003 e 2015^{3,4,8,14}. No geral, as prevalências de ACO nas mulheres de São Leopoldo em 2015 se mantiveram bem acima das recentes médias brasileiras⁵, da região Sul do país⁵ e de países da América do Sul⁴.

Apesar da maciça utilização de ACO nessa população, comparando-se os dados de 2003 e 2015, houve uma discreta tendência à diversificação de métodos contraceptivos ao longo do tempo, com o aumento do uso de vasectomia e anticoncepcional injetável, bem como elevação da chamada dupla proteção com o uso de preservativo. Tais dados podem refletir a ampliação do acesso e oferta de diferentes métodos, além de uma maior preocupação com a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Ao mesmo tempo, o percentual de mulheres que realizaram LT diminuiu entre 2003 e 2015, especialmente entre as classes sociais mais altas e mais baixas, o que pode se relacionar tanto a essa maior diversidade e possibilidade de escolha de métodos contraceptivos como a restrições e demandas frustradas associadas à implementação da legislação de planejamento familiar¹⁵.

Por outro lado, o uso de DIU apresentou baixa prevalência na amostra. Seu uso inclusive diminuiu entre 2003 e 2015 em todos os estratos socioeconômicos, representando menos da metade do percentual relatado em países da América do Sul⁴. Também não se encontrou relato de uso de contraceptivos reversíveis de longa duração, como os implantes subdérmicos, ainda não ofertados pelo SUS. No município de São Leopoldo, a colocação do DIU é centralizada em um único centro de referência do SUS, o qual também é responsável pela realização da LT. Especula-se que a maior facilidade no acesso ao anticoncepcional injetável (prescrito e dispensado nas unidades básicas)¹⁶ e à vasectomia (para a qual não há lista de espera) tornem o DIU uma opção menos viável para as mulheres. A necessidade de espera para colocação do DIU é similar à da LT. Sendo um método reversível, com alta taxa de eficácia, baixo custo e poucos efeitos colaterais, o acesso ao DIU na rede de saúde deve ser facilitado para que seja, de fato, uma alternativa para as mulheres ante o uso maciço de ACO, que pode ser contraindicado em algumas situações¹⁷.

Os achados do estudo revelaram que persistiram desigualdades sociais importantes quanto ao uso de métodos contraceptivos, as quais podem estar relacionadas tanto a dificuldades no acesso como a fragilidades das ações em saúde reprodutiva para atingir as necessidades e preferências das mulheres em maior vulnerabilidade^{18,19}. O uso de ACO foi significativamente menor entre mulheres mais jovens de classes sociais mais baixas e menor escolaridade, caracterizando esse grupo como mais vulnerável a gestações indesejadas, conforme encontrado entre países de baixa e média renda²⁰. Isso pode estar associado à falta de informações sobre planejamento familiar e contraceptivos devido à maior dificuldade de acessar serviços de saúde, tendo em vista que a vida sexual ativa de jovens não casadas é socialmente reprovada^{18,21}.

Ao contrário dos achados sobre o uso de ACO, a LT foi mais prevalente entre mulheres com 30 a 39 anos e de classes sociais mais baixas, corroborando o que se encontrou no mesmo estrato populacional de São Leopoldo em 2003⁶. Esses resultados contrariaram dados nacionais da PNDS de 2006⁸, que apontaram uma distribuição mais uniforme da LT entre as classes sociais mesmo após ajuste por idade, número de filhos e local de residência. Quanto ao nível de escolaridade, não foram observadas diferenças, ao contrário de estudos internacionais²². Nesse sentido, dinâmicas regionais podem ter impacto diverso no modo como as desigualdades sociais se apresentam. Todavia, deve-se considerar que não foi possível avaliar a qualidade da contracepção (ou seja, uso de contracepção antes de ter filhos e número de gestações não desejadas), que seria um indicador mais sensível ao grau de controle reprodutivo entre mulheres de classes sociais mais baixas⁸.

O uso isolado ou combinado do preservativo foi referido por menos de um quarto de todas as mulheres do estudo, mantendo-se próximo do encontrado entre mulheres sexualmente ativas de São Leopoldo em 2003²³ e de todo Brasil em 2008²⁴. Além disso, não foi possível detectar

nenhuma diferença relacionada à classe social das mulheres, a exemplo do encontrado pelo levantamento nacional norte-americano de 2011–2013 sobre crescimento familiar²². A baixa frequência de uso de preservativos na população feminina denota a persistência de um quadro de vulnerabilidade à infecção ao HIV²⁵. Portanto, seria importante reforçar estratégias de promoção do uso de preservativos que contemplassem os diferentes contextos sociais e práticas sexuais²⁶.

O presente estudo também não evidenciou diferenças no uso de métodos contraceptivos com relação à cor da pele das mulheres. Já estudos populacionais norte-americanos encontraram diferenças para necessidades contraceptivas não atendidas, uso de ACO e métodos reversíveis de longa duração^{27,28}, sendo os dados sobre LT controversos^{22,27,28}. Além disso, é importante salientar que os processos que operam o racismo institucional na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades são sutis²⁹. Essa produção cotidiana de iniquidades sob o ponto de vista racial tem sido visibilizada, por exemplo, em indicadores de atenção pré-natal e ao parto no Brasil³⁰, e pode ser mais difícil identificá-las no uso de métodos contraceptivos, os quais são muitas vezes adquiridos pelas próprias mulheres⁵ como alternativa à dificuldade de acesso pelo SUS.

A natureza transversal do estudo é uma limitação para entender os processos a partir dos quais as desigualdades sociais afetavam o uso de métodos contraceptivos, sendo importante acompanhar as trajetórias reprodutivas das mulheres. No presente estudo não foi possível avaliar condições de acesso, situações de contra-indicação de métodos contraceptivos ou mesmo qualidade da contracepção, aspectos que também poderiam refletir desigualdades em saúde. Porém, com a escassez de estudos recentes com amostras representativas sobre contracepção, tais achados são importantes para monitorar tendências e iniquidades, auxiliando o planejamento de ações voltadas para a saúde da mulher nessa comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ventura M. Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Rio de Janeiro: Advocaci; 2003.
2. Osís MJMD. Pásm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publica*. 1998;14 Supl 1:S25-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>
3. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381(9878):1642-52. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62204-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62204-1)
4. 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. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60597-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60597-8)
5. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50 Suppl 2:14s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176>
6. Carreno I, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):1101-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500023>
7. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto MTA, Macedo S, Britto MAP, et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):93-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100010>
8. Perpétuo IHO, Wong LLR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: Ministério da Saúde (BR); Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.88-104. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

9. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saude Publica*. 2002;18 Supl:S103-12. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011>
10. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. 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 Saude Publica*. 2009;25 Supl 2:S269-78. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400009>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, 35).
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. IBGE Cidades: São Leopoldo - RS. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 22 mar 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-leopoldo>
13. Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz AMH, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(11):2511-20. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100006>
14. Zheng X, Tan L, Ren Q, Cui Z, Wu J, Lin T, et al. Trends in contraceptive patterns and behaviors during a period of fertility transition in China: 1988-2006. *Contraception*. 2012;86(3):204-13. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.12.006>
15. Caetano AJ. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. *Rev Bras Estud Popul*. 2014;31(2):309-31. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982014000200005>
16. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50 Suppl 2:14s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006176>
17. Corrêa DAS, Felisbino-Mendes MS, Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G. Factors associated with the contraindicated use of oral contraceptives in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006113>
18. Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plann*. 2014;45(2):151-69. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x>
19. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):788-94. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000500014>
20. Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health*. 2016;16:2. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0281-3>
21. Williamson LM, Parkes A, Wight D, Petticrew M, Hart GJ. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reprod Health*. 2009;6(1):3. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-6-3>
22. Daniels K, Daugherty J, Jones J. Current contraceptive status among women aged 15-44: United States, 2011-2013. *NCHS Data Brief*. 2014;(173):1-8.
23. Carreno I, Costa JSD. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):720-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500024>
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP. Brasília (DF); 2011 [citado 22 mar 2018]. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf
25. Pascom ARP, Szwarcwald CL. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Cad Saude Publica*. 2011;27 Suppl 1:S27-5. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300004>
26. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisiting the use of condoms in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18 Suppl 1:63-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>

27. Dehlendorf C, Park SY, Emeremni CA, Comer MD, Vincett MK, Borrero S. Racial/ethnic disparities in contraceptive use: variation by age and women's reproductive experiences. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(6):526.e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.037>
28. Shih G, Vittinghoff E, Steinauer J, Dehlendorf C. Racial and ethnic disparities in contraceptive method choice in California. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;43(3):173-80. <https://doi.org/10.1363/4317311>
29. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface (Botucatu)*; 2012;16(40):121-34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>
30. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33 Supl 1:e00078816. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – Processo 457235/2014-4 – Edital MCTI/CNPQ/UNIVERSAL 14/2014).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: JSDC, MTAO, NTB, TRG. Coordenação de trabalho de campo e coleta de dados: FSB. Realização da limpeza dos dados e análises preliminares: HLM. Realização das análises finais e interpretação dos dados, redação do manuscrito: TRG, HLM, FSB, MTAO, NTB, JSDC. Todos os autores revisaram a versão final do manuscrito e se responsabilizam pelo seu conteúdo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.