

Postpartum contraception in Portugal: attitudes and perceptions toward long-acting reversible methods

Contracepção no pós-parto em Portugal: atitudes e percepções em relação aos métodos reversíveis de longa duração

Catarina Soares¹, Catarina Ferreira², Joana Figueiredo¹, Liliana Perpétuo³, Inês Peralta¹, Vera Oliveira¹, Ana Paula Santos³, Ana Paula Ferreira³

Centro Hospitalar do Oeste; Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Abstract

Overview and Aims: Contraceptive counselling in the postpartum period is of particular importance and should be tailored to the individual expectations and needs of each woman. The main objective of this study was to characterize a sample of postpartum women and to understand their contraceptive needs and preferences. As a secondary objective, the study aimed to assess the factors associated with the choice of long-acting reversible contraception (LARC) in the postpartum period.

Study Design, Population and Methods: Cross-sectional study, carried out through a questionnaire distributed to puerperal women hospitalized in two Portuguese hospitals.

Results: Among the 241 women included, 79.2% had already used a contraceptive method in the past, with the combined pill being the most frequent method. About 41.9% had an unplanned pregnancy, of which 47.5% were using a contraceptive method at the time they became pregnant. The vast majority intended to use some contraceptive method in the postpartum period, valuing efficacy and safety. The intention to use LARC in the postpartum period was influenced by age and previous use of these methods. Physicians and other health professionals were considered the preferential source of information.

Conclusions: Most women intended to use contraception in the postpartum period, however they considered themselves uninformed on the subject. About the LARC, there has been observed misinformation about its efficacy, safety and postpartum effects. Strategies to improve the counseling effectiveness, as well as the accessibility of contraceptive methods in the postpartum period must be developed.

Keywords: Contraception; Postpartum; Long-acting reversible contraception.

Resumo

Introdução e Objetivos: O aconselhamento contracetivo no puerpério assume particular relevância, devendo ser adaptado às expectativas e necessidades individuais de cada mulher. Este estudo teve como objetivo principal caracterizar uma amostra de puérperas e compreender as suas necessidades e preferências no que respeita à contraceção. Como objetivo secundário, pretendeu-se avaliar os fatores associados à escolha de métodos de contraceção reversível de longa duração (LARC) no período pós-parto.

Desenho do estudo, População e Métodos: Estudo transversal, realizado através de um questionário distribuído a puérperas internadas em dois hospitais portugueses.

1. Unidade Local de Saúde do Oeste – Unidade de Caldas da Rainha.

2. Unidade Local de Saúde Almada-Seixal.

3. Unidade Local de Saúde Amadora-Sintra.

Resultados: Entre 241 puérperas inquiridas, 79,2% já tinham utilizado um método contraceptivo no passado, sendo a pílula combinada o método mais frequente. Cerca de 41,9% não planearam a gravidez, das quais 47,5% eram utilizadoras de um método contraceptivo quando engravidaram. A grande maioria pretendia utilizar algum método contraceptivo no pós-parto, valorizando a eficácia e a segurança. A intenção de utilizar LARCs no pós-parto foi influenciada pela idade e pela utilização prévia dos mesmos. As inquiridas consideraram o aconselhamento por profissionais de saúde como fonte de informação preferencial.

Conclusões: A maioria das puérperas tencionava utilizar contraceção no pós-parto, no entanto consideraram-se desinformadas sobre a temática. Sobre os LARC, verificou-se desinformação sobre a sua eficácia, segurança e efeitos adversos no pós-parto. Devem ser desenvolvidas estratégias que melhorem a eficácia do aconselhamento, bem como a acessibilidade aos métodos contraceptivos no período pós-parto.

Palavras-chave: Contraceção; Pós-parto; Contraceção reversível de longa duração.

INTRODUÇÃO

O período pós-parto representa uma oportunidade crucial para promover uma escolha contraceptiva informada e eficaz, capaz de contribuir para a redução da taxa de gravidez não desejada e otimização do intervalo entre gestações, com vista a melhorar os desfechos obstétricos de uma eventual gravidez futura^{1,2}.

Os Serviços de Obstetrícia e os Cuidados de Saúde Primários desempenham um papel central na promoção do aconselhamento contraceptivo, devendo assegurar uma escolha informada, livre e centrada na utente, respeitando os critérios de elegibilidade³.

No contexto do pós-parto, a determinação da elegibilidade contraceptiva requer a consideração de especificidades inerentes a este período, nomeadamente ocorrência de eventuais complicações obstétricas, tipo de aleitamento, presença de comorbilidades e fatores sócio-culturais^{1,3}. Entre as opções disponíveis, encontram-se métodos hormonais e não hormonais^{3,4}. Os métodos de contraceção com progestativo e os não hormonais são elegíveis para a maioria das mulheres no período pós-parto precoce e durante a amamentação. Em contrapartida, a elegibilidade da contraceção hormonal combinada depende do intervalo de tempo decorrido desde o parto, tipo de aleitamento e presença de fatores de risco tromboembólicos.

Os métodos de contraceção reversível de longa duração (*Long-acting reversible contraceptives – LARC*), que incluem métodos hormonais com progestativo (injetável, subcutâneo e intrauterino) e não hormonais (dis-

positivo intrauterino de cobre), destacam-se pela sua elevada eficácia, segurança e independência da ação da utilizadora^{5,6}. Como tal, várias sociedades científicas recomendam que os LARC sejam oferecidos e disponibilizados de forma proativa, especialmente no contexto do pós parto^{1,7,8}.

Segundo o Atlas Europeu da Contraceção, uma ferramenta publicada anualmente pela European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, que avalia o acesso à contraceção nos países europeus, incluindo acesso à informação, aconselhamento, políticas públicas e disponibilidade dos métodos, Portugal integra a categoria de “Bom acesso à contraceção”, com uma pontuação de 91,2% e uma taxa de uso de contraceção moderna de 51%, destacando-se pela disponibilização de contraceção gratuita, acesso ao aconselhamento profissional e divulgação de informação online de qualidade⁹.

No entanto, no que diz respeito ao aconselhamento contraceptivo pós-parto, este é habitualmente diferido para a alta da maternidade ou para a consulta de revisão puerperal¹⁰. Uma vez que muitas mulheres não comparecem a esta consulta, a escolha de realizar ou não contraceção após o parto pode, muitas vezes, ser tomada sem acompanhamento de profissionais de saúde^{2,11}. Dados de 2023 mostram que 31% das mulheres que recorreram à consulta de interrupção da gravidez por opção da mulher (IGOM) tinham tido pelo menos um parto nos dois anos anteriores¹². Estes números sugerem lacunas na eficácia do aconselhamento e acompanhamento neste período.

Face à escassez de dados nacionais, este estudo assume particular relevância e originalidade ao procurar compreender as preferências e necessidades contraceptivas no pós-parto em Portugal, com vista à melhoria da resposta dos cuidados de saúde materno-infantil no contexto nacional.

O estudo teve como objetivo principal caracterizar uma amostra de puérperas internadas em dois hospitais públicos portugueses, nomeadamente quanto aos seus hábitos contraceptivos anteriores à gravidez, à sua percepção do conhecimento sobre métodos contraceptivos e às suas intenções sobre a utilização de contraceção no pós-parto. Como objetivo secundário, procurou-se identificar fatores sociodemográficos e antecedentes obstétricos associados à escolha de LARC como método contraceptivo no pós-parto.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal analítico na população de puérperas internadas nos Serviços de Obstetrícia de dois hospitais públicos portugueses (nível I e II da rede de referência em Obstetrícia) durante dois meses (julho e agosto de 2022).

Este estudo respeitou os princípios éticos da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial¹³ e foi aprovado pelas Comissões de Ética das respectivas instituições. Todos os dados foram recolhidos, armazenados e analisados anonimamente. Todas as participantes assinaram consentimento informado previamente à inclusão no estudo.

Os dados foram recolhidos através do preenchimento autónomo de um questionário (redigido em português), distribuído pela equipa médica durante o internamento do pós-parto. O questionário foi elaborado após revisão da literatura, sendo constituído por perguntas de escolha múltipla ou de resposta rápida para caracterização sociodemográfica, história obstétrica, opções contraceptivas prévias à gravidez, motivo de abandono ou falha do método e expectativas relativamente às opções contraceptivas após o parto. Não foi realizado teste prévio de comprehensibilidade.

Foram incluídas puérperas com idade igual ou superior a 18 anos e fluentes em português. Excluíram-se puérperas com défice cognitivo, impossibilidade de

compreensão e preenchimento do questionário, questionário incompleto e recusa de participação.

A análise estatística foi realizada no programa R, versão 4.1.0. Variáveis categóricas são apresentadas como número absoluto (n) e frequência relativa (%), variáveis contínuas como média e desvio padrão (DP). A comparação de variáveis contínuas foi realizada utilizando o teste t para amostras independentes e de variáveis categóricas utilizando o teste qui-quadrado. Resultados com $p < 0,05$ foram considerados como estatisticamente significativos. Por fim, foi usada análise de regressão logística para averiguar a existência de fatores associados a maior probabilidade de escolher LARC no pós-parto. Foram calculados *odds ratios* (OR) e as associações com $p < 0,05$ foram incluídas num modelo de regressão multivariada. Os resultados são reportados com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Caracterização demográfica da amostra (Quadro I)

A taxa de resposta foi de 89,3%, com um total de 241 questionários devidamente preenchidos em 270 inquiridas. A idade média das puérperas foi 30,5 anos, a idade mínima foi 18 anos e a máxima 51 anos. A maioria das mulheres eram portuguesas (n=141, 58,5%), as restantes eram imigrantes com origem em países africanos (n=71, 29,5%), americanos (n=22, 9,1%) e outros países europeus (n=7, 2,9%). Relativamente à situação conjugal, 36,1% encontrava-se em situação de união de facto, 29% estavam solteiras e 28,6% estavam casadas. A maioria tinha o 12º ano de escolaridade (n=117, 48,5%) ou ensino superior (n=69, 28,6%) e encontrava-se empregada (n=160, 66,4%). A maioria das inquiridas eram multíparas (n=133, 55,2%) e 17,4% tinham realizado pelo menos uma IGOM.

Métodos contraceptivos prévios e planeamento da gravidez (Quadros II e III)

Das inquiridas, 191 mulheres (79,2%) tinham utilizado um método contraceptivo no passado, sendo os métodos contraceptivos mais usados a pílula combinada (n=112, 46,5%), o preservativo masculino (n=20, 8,3%), o implante subcutâneo (n=16, 6,6%), a pílula

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.

Caracterização demográfica	(n=241)
Idade (anos)	
Média, DP	30,5 ± 6,25
Mínima, Máxima	[18, 51]
País de origem (n,%)	
Portugal	141 (58,5%)
África	71 (29,5%)
América	22 (9,1%)
Restante Europa	7 (2,9%)
Situação conjugal (n,%)	
Casada	69 (28,6%)
União de facto	87 (36,1%)
Solteira	70 (29%)
Outro	15 (6,2%)
Escolaridade (n,%)	
6.º ano	17 (7,1%)
9.º ano	38 (15,8%)
12.º ano	117 (48,5%)
Ensino superior	69 (28,6%)
Situação laboral (n,%)	
Empregada	160 (66,4%)
Desempregada	81 (33,6%)
Antecedentes obstétricos (n,%)	(n=241)
Paridade	
1	108 (44,8%)
2	86 (35,7%)
3	32 (13,3%)
≥ 4	15 (6,2%)
Antecedentes de IVG	
Não	199 (82,6%)
Sim	42 (17,4%)
1	36 (14,9%)
2	4 (1,7%)
3	2 (0,8%)
4 e ≥ 5	0 (0%)

progestativa (n=15, 6,2%) e dispositivo intrauterino (n=12, 5%). Destas, 29,3% utilizavam o mesmo método há mais de 10 anos, maioritariamente a pílula combinada (n=82, 82,1%). As restantes (n=50, 20,8%) nunca tinham usado um método contraceptivo anteriormente.

Excluindo as 12 mulheres utilizadoras de métodos naturais, as restantes 179 adquiriram os métodos, na sua maioria, nos CSP (53,6%). Cerca de 80% estava sa-

QUADRO II. HÁBITOS CONTRACETIVOS ANTERIORES.**Hábitos contraceptivos anteriores (n,%)**

Métodos contraceptivos	(n=241)
Nenhum	50 (20,8%)
Calendário ou temperatura ou muco cervical	6 (2,5%)
Coito interrompido	6 (2,5%)
Anel vaginal	2 (0,8%)
Dispositivo intrauterino	12 (5%)
Implante subcutâneo	16 (6,6%)
Contraceção injetável	1 (0,4%)
Pílula combinada	112 (46,5%)
Contraceção de emergência	1 (0,4%)
Pílula progestativa	15 (6,2%)
Preservativo masculino	20 (8,3%)
Duração de utilização	(n=191)
3 meses	8 (4,2%)
1 ano	19 (9,9%)
2 anos	30 (15,7%)
3 a 5 anos	57 (29,8%)
até 10 anos	21 (11,0%)
>10 anos	56 (29,3%)
Aquisição do método contraceptivo	(n=179)
Na farmácia com receita médica	37 (20,7%)
Na farmácia sem receita médica	40 (22,3%)
Nos cuidados de saúde primários	96 (53,6%)
Supermercado	6 (3,4%)
Satisfação relativamente ao método contraceptivo	(n=191)
Sim	154 (80,6%)
Não	37 (19,4%)
Dor pélvica	3 (1,6%)
Perdas de sangue irregulares	10 (5,2%)
Dor mamária	2 (1%)
Dor de cabeça	4 (2,1%)
Aumento de peso	7 (3,7%)
Esquecimento da toma diária	12 (6,3%)
Outro	4 (2,1%)

tisfeita com o seu método contraceptivo. Os principais motivos de insatisfação relacionavam-se com o esquecimento de toma diária e perdas hemáticas irregulares.

Das 241 mulheres incluídas, 101 (41,9%) não tinham planeado a gravidez. Destas, 52,5% (53/101) não era utilizadora de nenhum método contraceptivo: 23 nunca tinham iniciado e 30 tinham descontinuado, não intencionalmente, o método habitual. Pelo contrário,

QUADRO III. PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ.
Planeamento da gravidez (n,%)

Gravidez planeada	(n=241)
Sim	140 (58,1%)
Não	101 (41,9%)
Gravidez não planeada utilizando método contracetivo	(n=101)
Sim (falha do método/falha no uso do método)	48 (47,5%)
Preservativo masculino	6 (12,5%)
Pílula combinada	33 (68,8%)
Pílula progestativa	6 (12,5%)
Implante subcutâneo	2 (4,2%)
Dispositivo intrauterino	1 (2,1%)
Não	53 (52,5%)
Nunca utilizou contraceção	23 (43,4%)
Descontinuou contraceção de forma não intencional	30 (56,6%)
Métodos baseados na predição do período fértil	1 (3,3%)
Coito interrompido	2 (6,7%)
Preservativo masculino	8 (26,7%)
Pílula combinada	13 (43,3%)
Pílula progestativa	2 (6,7%)
Anel vaginal	1 (3,3%)
Contraceção injetável	1 (3,3%)
Implante subcutâneo	1 (3,3%)
Dispositivo intrauterino	1 (3,3%)

47,5% era utilizadora de um método contracetivo na altura que engravidou, na sua maioria pílula combinada (n=33, 68,8%).

Informação e intenções futuras (Quadros IV e V)

A maioria referiu desconhecer o intervalo intergravílico recomendado pela OMS (n=134, 55,6%) ou considerou ser de 1 ano ou menos (18,7%). Cerca de 39% considerou-se desinformada sobre as opções contraceptivas adequadas ao período pós-parto e amamentação.

Relativamente a contraceção futura, a maioria (n=177, 73,4%) planeava utilizar algum método contraceptivo, enquanto 20,3% ainda não tinha tomado uma decisão e 6,2% não pretendia utilizar contraceção no pós-parto. As características dos métodos contraceptivos mais valorizadas foram eficácia (n=184, 76,4%), segurança para as próprias (n=107, 44,4%) e para os filhos durante a amamentação (n=144, 59,8%).

Timing e fontes de informação

A maioria (n=135, 56%) referiu preferir receber infor-

mação sobre esta temática na consulta pós-parto, mas 27,8% escolheu as consultas durante a gravidez e 19,9% o internamento pós-parto. As puérperas elegeram o médico ou outros profissionais de saúde como fontes preferenciais de informação sobre contraceção, dando também importância à informação obtida nas redes sociais ou internet.

Utilização de LARC no pós-parto (Quadros IV e VI)

Quando questionadas especificamente sobre a possibilidade de utilização de LARCs no pós-parto, 40,2% admitiu considerar essa opção. As restantes não ponderavam utilizar implante subcutâneo ou dispositivo intrauterino no pós-parto, essencialmente por receio de complicações e efeitos adversos, dor na colocação e ineficácia.

O grupo que considerou escolher LARCs no pós-parto tinha uma média de idade significativamente inferior ao grupo que não os considerou (29,3 vs 31,3, $p=0,016$), sendo as mulheres com mais de 35 anos menos propensas a escolher esta opção (OR 0,357; IC 95% 0,151 a 0,820). Por outro lado, as puérperas provenientes do continente americano foram mais propensas a ponderar LARCs no pós-parto (OR 2,995; IC 95% 1,200 a 7,952).

O uso prévio de LARCs associou-se de forma significativa à intenção de utilização dos mesmos no pós-parto (67,9% vs 36,6%, $p=0,002$), sendo as utilizadoras prévias de LARCs 3 vezes mais propensas a optar por estes métodos em comparação com as mulheres que nunca tinham utilizado LARCs anteriormente (OR 3,654; IC 95% 1,616 a 8,849).

A duração de utilização de um método contraceptivo também se relacionou inversamente com a escolha de LARCs no pós-parto, sendo as utilizadoras de contraceção há mais de 5 anos (77,9% das quais utilizadoras de contraceção oral combinada) menos propensas a ponderá-las (OR 0,453; IC 95% 0,244 a 0,824).

QUADRO IV. INTENÇÕES CONTRACETIVAS NO PÓS-PARTO.

Intenções sobre utilização de métodos contraceptivos no pós-parto (n,%)	(n=241)
Informada sobre métodos contraceptivos no pós-parto	
Não	94 (39%)
Sim	147 (61%)
Não pretende utilizar contraceção no pós-parto	15 (6,2%)
Não sabe que método irá utilizar	49 (20,3%)
Já escolheu o método que irá utilizar	177 (73,4%)
Adesivo	1 (0,6%)
Calendário ou temperatura ou muco cervical	7 (4%)
Coito interrompido	4 (2,3%)
Dispositivo intrauterino	12 (6,8%)
Implante subcutâneo	38 (21,5%)
Contraceção injetável	1 (0,6%)
Pílula combinada	32 (18,1%)
Pílula progestativa	57 (32,2%)
Preservativo masculino	22 (12,4%)
Contraceção definitiva feminina	3 (1,7%)
Possibilidade de utilização de LARC	
Sim	97 (40,2%)
Não	144 (59,8%)
Receio de dor na colocação	30 (20,8%)
Receio de falha do método	33 (22,9%)
Receio de efeitos adversos no pós-parto	33 (22,9%)
Receio de outra complicaçāo	29 (20,1%)
Outro	27 (18,8%)

QUADRO V. VALORIZAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO CONTRACETIVO.

Valorização das características do método contraceutivo (n,%) (escolha múltipla)	(n=241)
Características do método consideradas mais importantes	
Ter a certeza que não vou engravidar	184 (76,4%)
Ser fácil de usar	58 (24,1%)
Preço	14 (5,8%)
Poder iniciar ou parar em qualquer altura	34 (14,1%)
Não ter perdas de sangue inesperadas	33 (13,7%)
Ser seguro para o meu bebé enquanto estou a amamentar	144 (59,8%)
Ser seguro para mim enquanto estou a amamentar	107 (44,4%)
Efeito a longo prazo	16 (6,6%)
Outro	1 (0,4%)

As mulheres cuja gravidez não tinha sido planeada foram tendencialmente mais propensas a ponderar utilização de LARCs no pós-parto, ainda que sem significado estatístico ($p=0,050$).

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou compreender as preferências contraceptivas no puerpério em Portugal, com ênfase na intenção de uso de métodos de longa duração (LARCs). Os resultados mostram que, embora a maioria das puérperas manifeste intenção de utilizar contraceção no pós-parto, uma proporção significativa permanece indecisa ou desinformada quanto à escolha do método.

A amostra apresentou uma composição heterogénea, incluindo participantes provenientes de duas instituições com diferentes características e dimensões, abrangendo uma faixa etária entre os 18 e os 51 anos,

QUADRO VI. FATORES ASSOCIADOS À INTENÇÃO DE USO DE LARC NO PÓS-PARTO.

	Considera LARC no pós-parto		<i>p</i>
	Sim n=97 (40,2%)	Não n=144 (59,8%)	
Idade (média, DP)	29,3 ± 6,3	31,3 ± 6,1	0,016*
Nacionalidade (n,%)			
Portuguesa	52 (36,9%)	89 (63,1%)	0,205**
Estrangeira	45 (45%)	55 (55%)	
Escolaridade (n,%)			
6.º ou 9.º ano	23 (41,8%)	32 (58,2%)	0,787**
12.º ano ou Ensino superior	74 (39,8%)	112 (60,2%)	
Situação laboral (n,%)			
Empregada	66 (41,3%)	94 (58,8%)	0,656**
Desempregada	31 (38,3%)	50 (61,7%)	
Paridade (n,%)			
Primeiro filho	44 (40,7%)	64 (59,3%)	0,888**
Dois ou mais filhos	53 (39,8%)	80 (60,2%)	
Antecedente de IVG (n,%)			
Sim	20 (47,6%)	22 (52,4%)	0,182**
Não	77 (38,7%)	122 (61,3%)	
Hábitos contraceptivos anteriores (n,%)			
Utilizadora de contraceção prévia	81 (42,4%)	110 (57,6%)	0,198**
Nenhum contracetivo anterior	16 (32%)	34 (68%)	
Utilização prévia de LARCs (n,%)			
Sim	19 (67,9%) ↑	9 (32,1%) ↓	0,002**
Não	78 (36,6%)	135 (63,4%)	
Duração da utilização de contraceção (n,%)			
< 5 anos	57 (50%)	57 (50%)	0,010**
≥ 5 anos	24 (31,2%) ↓	53 (68,8%) ↑	
Planeamento da gravidez (n,%)			
Gravidez planeada	49 (35%)	91 (65%)	0,050**
Gravidez não planeada	48 (47,5%)	53 (52,5%)	
Informada sobre contraceção pós-parto (n,%)			
Sim	60 (40,8%)	87 (59,2%)	0,822**
Não	37 (39,4%)	57 (60,6%)	

das quais 41,5% (100/241) eram imigrantes (Quadro I). A representação significativa de imigrantes oriundas de países em desenvolvimento poderá ter influenciado mitos, percepções, conhecimentos e preferências contracetivas no pós-parto. Em contrapartida, o nível de escolaridade relativamente elevado da amostra constitui um fator potencialmente favorável à literacia em saúde, o que, teoricamente, poderá repercutir-se positivamente no conhecimento, atitudes e comportamentos contracetivos^{14,15}. No plano socioeconómico, cerca de um terço das participantes encontrava-se em situa-

ção de desemprego e 6% identificou o preço como fator determinante na escolha do método contracetivo (Quadro V). A maioria recorreu aos Cuidados de Saúde de Primários para aquisição do método contracetivo (Quadro II), em consonância com o último Inquérito Nacional de Saúde¹⁶, o que reforça a importância da acessibilidade e da manutenção das políticas de saúde reprodutiva e sexual implementadas.

Previamente à gravidez (Quadro II), o método mais utilizado foi a pílula combinada (n=112, 47%), corroborando a literatura^{16,17}. A utilização anterior de LARCs

nesta amostra foi de apenas 12%, sobreponível a métodos menos eficazes, como os métodos de barreira ou naturais e inferior à proporção de utentes que nunca tinha utilizado qualquer método contracetivo.

Verificou-se uma boa continuidade do método escolhido, já que 70% das participantes usava o mesmo método há pelo menos três anos. O principal motivo de insatisfação relativamente ao método prévio foi o esquecimento da toma diária (6,3%). Estes resultados são consistentes com estudos que reportam que cerca de 47% não cumpre corretamente a toma diária e 22% afirma esquecer-se de pelo menos dois comprimidos por ciclo¹⁸⁻²¹.

Observou-se uma elevada prevalência de gravidezes não planeadas (41,9%), quase metade em mulheres que utilizavam contraceção (maioritariamente a pílula combinada (68%)) e a outra metade em mulheres que não fazia contraceção (Quadro III). Estes resultados salientam mais uma vez as limitações de métodos dependentes da ação da utilizadora¹⁸, bem como a elevada proporção de mulheres sexualmente ativas em idade fértil sem necessidades contracetivas garantidas, em concordância com literatura recente¹⁷. Neste contexto, os LARCs assumem um papel central, dada a sua elevada eficácia e independência da colaboração da utilizadora.

O método mais selecionado para o período pós-parto e amamentação foi a pílula progestativa (32%), o implante subcutâneo (22%) e a pílula combinada (18%) (Quadro IV). A eficácia (76%) e a segurança para o recém-nascido e para a puérpera (60%) constituíram as características mais valorizadas na escolha do método (Quadro V).

O subgrupo que considerou a utilização de LARC no pós-parto (Quadro VI), apresentou uma média de idade significativamente inferior (29,3 vs 31,3 $p=0,016$), sendo as mulheres com menos de 35 anos significativamente mais propensas a considerar LARCs (OR 0,357; IC 95% 0,151–0,820), o que poderá refletir tanto uma maior probabilidade de esquecimento da toma da pílula, como a intenção de prolongar o intervalo até à próxima gravidez²⁰. O facto de as mulheres provenientes do continente americano se mostrarem mais recetivas à escolha de LARCs (OR 2,995; IC 95% 1,200–7,952) poderá refletir diferenças culturais ou experiências anteriores no sistema de saúde dos seus

países de origem, em que o uso de LARCs possa ser mais prevalente e socialmente aceite.

A experiência prévia com LARCs foi o fator com associação mais forte à intenção de utilização dos mesmos no pós-parto (67,9% vs 36,6%; OR 3,654; IC 95% 1,616–8,849), salientando a provável satisfação prévia com estes métodos. Destaca-se ainda uma relação, sem significado estatístico, entre as mulheres com gravidez não planeada e a intenção de escolha de LARCs no pós-parto comparativamente com o resto da amostra (47,5% vs 35%, $p=0,050$), o que alerta para o desejo de escolherem um método eficaz, com efeito a longo prazo.

Mais de metade (57%) das participantes tinha pelo menos dois filhos, não tendo observado, contudo, associação entre a paridade e a intenção de escolha de LARCs neste estudo. De igual modo, aproximadamente 65% das mulheres encontravam-se casadas ou em união de facto, o que pode socialmente facilitar a escolha de um LARC¹⁵, mas que não foi evidente nesta amostra. Em contrapartida, o uso prévio de um contracetivo por tempo superior a 5 anos (que em 77,9% dos casos se tratou de contraceção oral combinada) relacionou-se de forma inversa com a escolha de LARCs no pós-parto, o que pode refletir uma boa adaptação e boa taxa de continuidade do contracetivo habitual.

Apesar das vantagens dos LARCs, cerca de 60% das mulheres não ponderava o seu uso, sobretudo por receio de dor, complicações ou ineficácia (Quadro IV), evidenciando lacunas de literacia em saúde sexual e reprodutiva. Este estudo ilustra a necessidade de desmistificar algumas ideias erradas sobre estes métodos e de informar adequadamente sobre a eficácia, segurança, relação custo-benefício e baixas taxas de complicações^{3,22-27}.

Mais de metade das inquiridas desconhecia o intervalo intergravídico recomendado²⁸⁻³⁰. A informação sobre as diferentes alternativas contracetivas no puerpério é fundamental para uma escolha livre e personalizada. Contudo, neste grupo, quase 40% afirmou sentir-se desinformada e 20%, apesar de expressarem intenção de iniciar contraceção nesse período, não sabia que método escolher (Quadro IV). Apesar do enquadramento favorável em termos de acesso à contraceção em Portugal, estes dados sugerem níveis

insuficientes de literacia em saúde contraceptiva e evidenciam fragilidades na integração desta temática durante a vigilância pré-natal.

Salienta-se ainda a importância atribuída pelas puérperas à abordagem desta temática nas consultas durante a gravidez (27,8%), bem como no internamento de puerpério (19,9%) e não exclusivamente na consulta pós-parto (56%). Várias sociedades científicas reforçam a importância de integrar o aconselhamento contraceptivo de forma sistemática e contínua durante a vigilância pré-natal, incluindo recursos escritos e digitais, por forma a melhorar o uso de um método de contraceção efetivo^{3,31-33}. Neste contexto, destaca-se o papel central dos médicos e de outros profissionais de saúde, identificados como principais fontes de informação, na promoção de decisões informadas e adequadas às necessidades individuais.

Entre as limitações do estudo, destacam-se a recolha de dados em apenas dois hospitais, num período limitado, o que pode restringir a generalização dos resultados, bem como o carácter autorreportado e retrospectivo dos dados, sujeitos a viés de memória ou desejabilidade social, sem uma componente prospectiva que compare a intenção manifestada durante o internamento com a adoção efetiva do método posteriormente à alta. Como pontos fortes, ressalta a relevância da temática e a escassez de estudos nacionais sobre contraceção no pós-parto.

Este estudo permite-nos concluir que a maioria das mulheres planeia adotar contraceção no pós-parto, mas que à altura do internamento após o parto, muitas se sentem desinformadas ou indecisas quanto à escolha do método. Experiência prévia com LARCs, idade mais jovem e gravidezes não planeadas associaram-se a maior propensão a optar por LARCs. Apesar das reconhecidas vantagens destes métodos, persistem mitos e receios, verificando-se desinformação sobre a sua eficácia, segurança e efeitos adversos. Os resultados reforçam a necessidade de estratégias eficazes de aconselhamento contínuo, culturalmente sensível e integradas no acompanhamento pré-natal e pós-parto.

São necessários mais estudos que explorem as necessidades contraceptivas no pós-parto, para que seja possível definir estratégias eficazes de aconselhamento contraceptivo, evitando gravidezes não planeadas neste período tão particular da vida dos casais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH guideline contraception after pregnancy. FSRH. 2017;2017(January): 1-18.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol*. 2018;131:e140. Reaffirmed 2021.
3. Pacheco A, Costa AR, Lanhoso A, et al. Consenso sobre contraceção 2020. Lisboa: Sociedade Portuguesa da Contraceção; 2020.
4. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Long-acting reversible contraception (update). London: NICE; 2019 [cited 2019 Jul 2]. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg30
6. Committee on Practice Bulletins—Gynecology; Long-Acting Reversible Contraception Work Group. Practice bulletin No. 186: Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5):e251-e269. doi:10.1097/AOG.0000000000002400
7. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee opinion No. 670: Immediate postpartum long-acting reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2016;128(2):e32-7. doi:10.1097/AOG.0000000000001587
8. ACOG Committee Opinion No. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1434-8. doi:10.1097/AOG.0b013e3181c6f965
9. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights. Contraception policy atlas: Europe 2025 [Internet]. Brussels: EPF; 2025 [cited 2025 Jun 16]. Available from: <https://www.contraceptioninfo.eu>
10. Rolha A, Subtil S, Cal M, David D, Cerqueira L, Carvalho C, Coimbra J, Simões J, Vasconcelos R, Flores M, Bombas T. Attitudes on counselling in the postpartum contraception – results of a multicentric survey. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2023;17(1):19-26.
11. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2): CD003988. doi:10.1002/14651858.CD003988
12. Direção-Geral da Saúde. Relatório dos registos das interrupções da gravidez. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
13. Declaração de Helsinki VI. *J Bras Reprod Assist*. 2003;7: 29-32.
14. Woldeamanuel BT, Gessesse GT, Demie TG, Handebo S, Birratu TD. Women's education, contraception use, and high-risk fertility behavior: a cross-sectional analysis of the demographic and health survey in Ethiopia. *Front Glob Womens Health*. 2023;4: 1071461. doi:10.3389/fgwh.2023.1071461
15. Parker RM, Williams MV, Baker DW, Nurss JR. Literacy and contraception: exploring the link. *Obstet Gynecol*. 1996;88(3 Suppl):72S-7S. doi:10.1016/0029-7844(96)00250-5
16. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saú-

- de: 2014. Lisboa: INE; 2016. ISBN: 978-989-25-0356-1. Available from: <https://www.ine.pt/xurl/pub/263714091>
17. Haakenstad A, Angelino O, Irvine CMS, et al. Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2022 Jul 21. doi:10.1016/S0140-6736(22)00936-9
 18. Rosenberg MJ, Waugh MS, Meehan TE. Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception.* 1995;51(5):283-8. doi:10.1016/0010-7824(95)00074-k
 19. 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.
 20. Molloy GJ, Graham H, McGuinness H. Adherence to the oral contraceptive pill: a cross-sectional survey of modifiable behavioural determinants. *BMC Public Health.* 2012;12:838. doi:10.1186/1471-2458-12-838
 21. Rosenberg MJ, Waugh MS, Burnhill MS. Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: a prospective evaluation. *Fam Plann Perspect.* 1998;30(2):89-92. doi:10.2307/2991665
 22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception [Internet]. London: NICE; 2012 [cited 2012 Jul 31]. Available from: www.nice.org.uk/nicemedia/live/10974/29912/29912.pdf
 23. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Hum Reprod Update.* 2011;17(1):121-37.
 24. World Health Organization. Family planning: a global handbook for providers. 2018 update. Geneva: WHO; 2018 [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>
 25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No. 121: Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2011;118(1):184-96. doi:10.1097/AOG.0b013e318227f05e
 26. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1105-13.
 27. Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril.* 2012;97(3):616-22.e1-3.
 28. World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva: WHO; 2005 [cited 2025 Jun 16]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf
 29. Shachar BZ, Mayo JA, Lyell DJ, et al. Interpregnancy interval after live birth or pregnancy termination and estimated risk of preterm birth: a retrospective cohort study. *BJOG.* 2016;123(12):2009-17. doi:10.1111/1471-0528.14165
 30. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 8: Interpregnancy care. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):e51-72. doi:10.1097/AOG.0000000000003025
 31. Smith E. Centering contraception: postpartum contraceptive choices of women enrolled in Centering group prenatal care versus traditional prenatal care. *BMJ Sex Reprod Health.* 2018;44(2):103-8. doi:10.1136/bmjsrh-2017-101828
 32. World Health Organization; U.S. Agency for International Development; Maternal and Child Health Integrated Program. Programming strategies for postpartum family planning. Geneva: WHO; 2013 [cited 2025 Jun 16]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/en
 33. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Hiller JE. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7):CD011298. doi:10.1002/14651858.CD011298.pub2

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização e desenho do estudo: Catarina Soares e Catarina Ferreira. Aquisição, análise ou interpretação de dados: Catarina Soares, Catarina Ferreira, Joana Figueiredo, Inês Peralta e Liliana Perpétuo. Redação do manuscrito: Catarina Soares e Catarina Ferreira. Revisão crítica do manuscrito: Joana Figueiredo, Inês Peralta, Vera Oliveira, Ana Paula Santos e Ana Paula Ferreira.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Catarina Soares
E-mail: catarinacabralsoares@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-7894-1886>

RECEBIDO EM: 30/06/2025

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 28/09/2025