

## *Razões e expectativas para troca de método contraceptivo para LARC métodos*

### **Resumo**

**Introdução:** Os métodos anticoncepcionais reversíveis de ação prolongada (LARC), incluindo dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes, são a melhor opção para reduzir as taxas de gravidez não planejada. Algumas mulheres que optaram por LARCs relataram queixas provocadas pelo anticoncepcional anterior e/ou referem-se a expectativas relacionadas ao novo método, que nem sempre são viáveis. Os objetivos do nosso estudo foram avaliar os motivos relatados por mulheres que optaram por um LARC pela primeira vez e os benefícios esperados em relação ao novo método. **Métodos:** Estudo retrospectivo com utilização de dados de pesquisas anteriores conduzidas na UNICAMP. Mulheres de 18 a 49 anos que buscaram o serviço e escolheram LARC pela primeira vez no período de 2011-2018 foram incluídas e distribuídas em três categorias: em uso métodos contraceptivos de curta duração (SARC) ou 150 mg de acetato de medroxiprogesterona de depósito-DMPA ou métodos comportamentais/condom. As variáveis estudadas foram sociodemográficas; tempo de uso (meses) do método atual; LARC escolhido (dispositivo intrauterino de cobre-DIU, sistema intrauterino de levonorgestrel-LNG-IUS ou implante subdérmico de etonorgestrel-ETN) e as queixas referidas pelas mulheres para troca de método contraceptivo. Usamos o teste de Qui-Quadrado e o coeficiente de Cramer para comparação das variáveis categóricas. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%. **Resultados:** Avaliamos 1509 mulheres, 57.8% usuárias de SARC, 27.7% usuárias de métodos não hormonais e 14.4% usuárias de DMPA. As médias foram de 33,1 anos ( $\pm$ SD 7.9 anos, 95% CI) na idade, 0,9 ( $\pm$ SD 1.0; 95% CI) em número de filhos e 48,8 ( $\pm$ SD 55.4; 95% CI) meses no tempo de uso do antigo método. Do total, 50% referiram efeitos colaterais, 31.7% referiram o esquecimento e 20.8% referiram medo de engravidar como motivos para troca do método. Mais da metade delas escolheu o IUD, 38% escolheu o LNG-IUS e ~5% optaram pelo implante ETN. **Conclusões:** É necessário conhecer as razões e expectativas das mulheres para adequar ao método contraceptivo de escolha.

**Palavras-chave:** Contracepção, método reversíveis de longa duração, métodos LARC; motivos para troca.

## **Introdução**

As Nações Unidas estimaram a população global de mulheres em idade reprodutiva em 1,9 bilhão em 2019, das quais 1,1 bilhão usuárias atuais de contraceptivos, 44% usuárias de métodos modernos de contracepção e 4% usuárias de métodos tradicionais, além de 10% com necessidade não atendida de planejamento familiar, isto é, apesar de desejarem evitar a gravidez não usam nenhum método contraceptivo; as demais 42% sem necessidade de contracepção (1-Nações Unidas, 2020). No Brasil, dados populacionais mostraram que 81% das mulheres unidas com idade de 15-49 anos utilizavam contracepção (2-PNDS 2006).

Entretanto, mesmo entre as usuárias de métodos contraceptivos as taxas de descontinuação são altas, cerca de 30% delas descontinuam o método nos primeiros 12 meses e metade antes de 24 meses de uso (Population Council 2020). Entre os motivos referidos para a descontinuação, quando retiradas mulheres que desejam engravidar ou que referem não necessitar mais de proteção, a maior parte descontinua por "preocupações relacionadas ao método" devido aos efeitos colaterais (Population Council 2020). Um estudo que avaliou os fatores preditores para a troca ou descontinuação precoces de contraceptivos em 3,688 mulheres, que puderam escolher método sem custo e garantido durante 3 anos, descreveu que 10% delas reportaram pelo menos um período de descontinuação e 12,4% trocaram o método escolhido antes dos 6 meses de uso (4-Simmons RG, 2019). Essas taxas somadas ao número de mulheres com necessidades não atendidas contribuem para o número de gravidezes indesejadas (UP) (Jain AK, 2017 UP) que são estimadas em 55% no Brasil (MS,2012). No mundo, entre 36 países com baixa e média renda no período de 2005-2014, 65% das UP foram atribuídas ao não uso ou uso de métodos tradicionais enquanto 31% ocorreram em usuárias de métodos contraceptivos de curta duração (SARC) (Bellizi S, 2020).

Os métodos contraceptivos de longa duração (LARC) têm sido considerados os únicos capazes de diminuir as taxas de gestações indesejadas, apresentam baixa taxa de falha e alta taxa de satisfação (Winner B, 2012). No grupo dos métodos LARC estão o dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCu 380A), o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG), e implantes subdérmicos de etonorgestrel e levonorgestrel (Bahamondes L,2019). Atualmente, embora os métodos LARC ainda não sejam os preferidos no momento da troca de método, vêm ocorrendo um aumento na procura por esses contraceptivos por parte das mulheres (Kavanaugh ML, 2017). O setor público brasileiro provê, em todas as Unidades Básicas de Saúde, métodos contraceptivos como combinados orais e injetável mensal, injetável trimestral, progestagênio puro oral, anticoncepção de emergência e um único LARC, o IUD.

Nossa clínica de Planejamento Familiar em Hospital Universitário tem conseguido oferecer gratuitamente os LARC nos últimos anos, devido à contribuição da IUS donating e dos períodos de pesquisa com implantes subdérmicos (Miranda 2019). Nós estudamos a população de usuárias de métodos SARC (contraceptivos orais combinados, adesivo, anel vaginal, injetável mensal), injetável trimestral e métodos comportamentais (retirada/condom) que buscaram nosso serviço e que pela primeira vez escolheram um método LARC, para avaliar as queixas relacionadas aos métodos correntes, os motivos referidos para a troca e suas expectativas em relação ao novo método escolhido.

### **Materiais e métodos**

Um estudo de coorte transversal foi realizado no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital da Mulher “Prof. José Aristodemo Pinotti” (CAISM – Unicamp), São Paulo, Brasil, com dados secundários de pesquisas anteriores (Ferreira JM, 2014) e dois projetos aprovados (CAAE 46001515.0.00005404 e CAAE 69403917.2.00005404, ainda sem publicações), realizadas no período de 2011 a 2018.

Foi confeccionado um banco de dados com informações de mulheres de 18 a 49 anos que buscaram o serviço e escolheram LARC pela primeira vez. Foram incluídas mulheres que estavam em uso de SARC (oral, injeção mensal, anel vaginal e adesivo intradérmico), 150 mg de acetato de medroxiprogesterona de depósito e métodos comportamentais e/ou condom e que escolheram um método LARC pela primeira vez. As variáveis estudadas foram sociodemográficas; tempo de uso (meses) do método não LARC; LARC escolhido: IUD (TCu 380 Óptima, Injeflex, São Paulo, Brasil), LNG-IUS (52mg LNG-IUS, Mirena-Bayer Oy, Turku, Finland), e implante ETN (Implanon NXT®, NV Organon, Oss, Holanda); e as queixas referidas pelas mulheres para troca de método contraceptivo [ganho de peso (sim/não), perda de libido (sim/não), dores de cabeça (sim/não), sangramento anormal (sim/não), cólicas [sim/não], irritação (sim/não) e outras queixas; motivos referidos como medo de engravidar [sim/não] e esquecimento (sim/não); e as expectativas com relação ao LARC escolhido como a praticidade e/ou conforto (sim/não), custo/benefício (sim/não), maior segurança (sim/não)].

### ***Análise Estatística***

Nós avaliamos as variáveis categóricas com valores de frequência e percentagens. Para a compará-las, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado e o coeficiente de Cramer. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%.

## Aspectos Éticos e Legais

Este projeto coletou dados de seres humanos, portanto, foi embasado em normas específicas regido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Somente os pesquisadores responsáveis tiveram, acesso às informações do estudo e, após dos dados compilados e limpos, retiramos qualquer forma de identificação das mulheres. O banco foi manuseado somente pelos pesquisadores e em local específico no Cemicamp.

Todas as voluntárias deram consentimento antes de participar nos respectivos pesquisas principais. O Comitê de Ética da instituição aprovou o projeto (CAAE 24797119.5.0000.5404).

## Resultados

As 1509 mulheres que optaram pela primeira vez por um LARC tinham média de idade de 33,1 anos ( $\pm$ SD 7.9 anos, 95% CI), número de filhos de 0,9 ( $\pm$ SD 1.0; 95% CI) e tempo de uso do corrente método de 48,8 ( $\pm$ SD 55.4; 95% CI) meses (dados não mostrados). Do total, 873 (57.8%) utilizavam SARC, 418 (27.7%) utilizavam métodos não hormonais (métodos comportamentais e/ou condom) e 218 (14.4%) utilizavam injetável trimestral de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona de depósito (Tabela 1). A maioria das mulheres em uso de SARC eram usuárias do contraceptivo oral combinado, somente <5% das mulheres em uso de SARC eram usuárias dos demais combinados (dados não mostrados). Mulheres não brancas utilizavam proporcionalmente mais injetável trimestral em relação às brancas ( $p < .0004$ ) e os métodos não hormonais eram mais utilizados por mulheres com maior escolaridade ( $p < .0001$ ). O IUD foi escolhido por mais da metade das mulheres que estavam em uso de métodos hormonais; enquanto as mulheres em uso do injetável trimestral foram as que menos escolheram o implante ETN (Tabela 1).

A tabela 2 mostra as queixas referidas por 755 (50.0%) das mulheres para a troca do método. O ganho de peso ( $p < .0001$ ) e o sangramento anormal ( $p < .0266$ ) foram referidos em maior frequência pelas mulheres usuárias do injetável trimestral; enquanto as usuárias de SARC e do injetável trimestral referiram proporcionalmente maiores queixas de dores de cabeça ( $p < .0001$ ) e sintomas de irritação ( $p < .0005$ ). Outras diferentes queixas foram referidas por 1:4 mulheres usuárias de quaisquer dos métodos hormonais ( $p < .0001$ ). O medo de engravidar foi referido por maior número de mulheres que utilizavam métodos não hormonais ( $p < .0001$ ) e somente as mulheres em uso de SARC, especificamente do combinado oral, referiram o esquecimento como motivo da troca do método ( $p < .0001$ ). Entre as expectativas referidas, a praticidade e/ou conforto propiciado pelo LARC escolhido foi citado similarmente nos três grupos. Maior segurança

( $p < .0001$ ) e maior custo-benefício ( $p < .0001$ ) do LARC foi citado por mais mulheres do grupo de usuárias de métodos não hormonais.

As tabelas 3 e 4 mostram as características e os motivos/expectativas das mulheres segundo o LARC escolhido. Do total de mulheres, 852 (56.4%) escolheram o IUD, 577 (38.2%) escolheram o IUS-LNG e 75 (4.9%) optaram pelo implante ETN. Enquanto pouco mais de metade das mulheres não brancas escolheram o IUD, mais da metade das brancas escolheram o IUS ou o implante ETN ( $p < .0002$ ). O IUD foi o método escolhido por mulheres com escolaridade  $\leq 8$  anos, enquanto o implante ETN foi o mais escolhido por mulheres de maior escolaridade ( $p < .0001$ ) (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra o método LARC escolhido segundo as queixas/motivos para a troca e as expectativas esperadas com o novo método. O IUD foi escolhido por menor número de mulheres com queixa de sangramento anormal ( $p < .0001$ ). A escolha do IUS foi menor entre as mulheres com queixa de ganho de peso ( $p < .0009$ ) e por aquelas que referiram esquecimento com o método anterior (0.0005); e foi maior entre as que tinham queixa de cólicas ( $p < .0001$ ). O implante ETN foi mais frequentemente escolhido pelas mulheres com queixa de perda de libido ( $p < .0021$ ). O benefício de maior segurança foi referido por mais da metade das mulheres que escolheram o implante ETN ( $p < .0001$ ). Não houve diferenças nas demais variáveis na comparação entre os grupos (Tabela 4).

## **Discussão**

Nesta amostra de mulheres adultas 50% apresentaram queixas que motivaram a troca do método não-LARC corrente; outras 31.7% referiram o esquecimento e 20.8% referiram medo de engravidar como motivos para a escolha de um método LARC. O LARC mais escolhido foi o IUD, seguido do LNG-IUS; além disso, observamos que as mulheres pareceram escolher o tipo de LARC mais apropriado em resposta às suas queixas.

Nossos resultados concordaram com estudos que mostraram altas taxas de queixas para a descontinuação dos métodos contraceptivos, e os efeitos colaterais referidos pelas mulheres foram similares aos descritos em diferentes tipos de estudo (Ferreira 2014, Simmons 2019, Bellizi, 2020, Chebet JJ 2015, Jain A 2017). Um estudo prospectivo com 3,688 mulheres descreveu que, do total de mulheres que trocaram ou descontinuaram o contraceptivo nos primeiros 6 meses de uso, 73% relataram efeitos colaterais como motivo para a descontinuação (Simmons, 2019). Entre os estudos qualitativos, puérperas citaram efeitos colaterais e outras preocupações relacionadas à deterioração da própria saúde e/ou do recém-nascido para descontinuação da contracepção (Chebet 2015). Em outro estudo qualitativo mulheres em Bangladesh citaram os efeitos colaterais

como barreiras à sua participação em diferentes aspectos da vida social (Jain 2017). As diferentes queixas descritas como motivo para troca do método em nosso estudo foram similares às descritas em outros estudos (Ferreira 2014, Madden T 2015, Jain A, 2017, Simmons 2019).

Neste estudo, as mulheres tinham pequeno número de filhos e longo tempo de uso do contraceptivo; mais da metade delas utilizavam SARC com predomínio da contracepção oral combinada, cerca de 1/4 das mulheres utilizavam método comportamental/condom e 14% utilizavam injetável trimestral. Esses são os métodos reversíveis mais utilizados por mulheres brasileiras unidas com idade de 15-49 anos (PNDS 2006).

As mulheres não brancas desta amostra utilizavam proporcionalmente mais o DMPA em relação às mulheres brancas, e esta também foi uma característica descrita em estudo com 5,000 mulheres norte-americanas que puderam escolher entre diferentes contraceptivos, entre as que mais escolhiam o DMPA (CHOICE, 2017). Os métodos comportamentais/condom eram mais utilizados por mulheres com maior escolaridade, as quais escolheram proporcionalmente mais frequentemente o ETN-implante e o IUS. Consideramos possível que mulheres de maior escolaridade, com maior acesso à informação em saúde evitem o uso de contraceptivos hormonais disponíveis no setor público (como o contraceptivo combinado e injetável trimestral), mas tenham também maior informação sobre métodos de longa duração e eficácia, e optem por eles com maior frequência, quando estão acessíveis. Possivelmente, pelo mesmo motivo, as usuárias que utilizavam métodos comportamentais e/ou condom optaram mais frequentemente pelos LARC hormonais, não disponíveis no setor público nacional.

Apesar do IUD ser o único LARC disponibilizado no setor público brasileiro, ele é subutilizado; somente 2% da população de mulheres em idade reprodutiva utilizava o método na última pesquisa demográfica nacional (PNDS 2006). Embora tenhamos dificuldade para explicar tão baixa utilização, neste estudo mais da metade das mulheres escolheu o IUD, proporcionalmente maior número de mulheres não brancas, de menor escolaridade e que utilizavam anteriormente algum método hormonal. Essas são características de mulheres que residem nas periferias da cidade, o que reforça o problema da dificuldade de acesso ao método na atenção primária. Podemos sugerir que o problema seja devido à falta de médicos ginecologistas nas regiões mais afastadas do centro da cidade, restrição da habilitação à inserção do IUD por outros profissionais, dificuldade em marcar consulta com médico, pouca disponibilidade do médico para a inserção do IUD na atenção primária, ou falta de material adequado ou pronto para utilização no momento da consulta.

Mais de 38% das mulheres escolheu o IUS, o que era esperado já que muitas mulheres são encaminhadas a partir da UBS pelo médico atendente com prévio direcionamento para o

tratamento de suas queixas, além do motivo da contracepção. Provavelmente esse foi um fator que influenciou a escolha do LARC nesta amostra. Em nosso serviço 4.9% das mulheres escolheram o Implante ETN, notável aumento em relação a estudo anterior neste serviço quando 3,4% optaram pelo método (Ferreira, 2014). Além do aumento na prevalência de escolha do implante ETN, as mulheres que o escolheram citaram mais frequentemente a maior segurança como benefício do método, o que possivelmente se deva à maior informação disponível na mídia em geral.

Este estudo teve a limitação de seu desenho, utilizando dados secundários de pesquisas anteriores realizadas nos últimos anos; além de que não avaliamos a adaptação das mulheres aos métodos escolhidos, principalmente aquelas que dirigiram a escolha do LARC para sanar as queixas com o antigo método. Por outro lado, nossos resultados mostraram que a escolha do LARC pareceu dirigida à resolução das queixas apresentadas pelas mulheres. Certamente para isso também contribuiu o fato de que em nossa clínica de Planejamento Familiar, que faz parte do complexo universitário, as mulheres encaminhadas a partir das UBS ou a partir de serviços privados de saúde, recebem uma explanação geral sobre o tipo de métodos disponíveis no serviço, efeitos colaterais e benefícios secundários, além de serem orientadas individualmente para a escolha livre e esclarecida. Esse resultado foi interpretado como informação de qualidade disponibilizada de forma sequencial, inicialmente coletiva e depois individualizada, e alcançada na escolha livre aos LARC mais indicados para dirimir as queixas apresentadas pelas mulheres.

## **Conclusão**

A busca pela utilização dos métodos LARC vêm aumentando e, em especial quando a escolha é feita pela primeira vez. É possível que existam crenças e expectativas errôneas em relação aos novos métodos, que possam dificultar sua continuidade de uso. Perguntar sobre as queixas e motivos para troca do contraceptivo anterior é uma conduta relevante para todos os profissionais que trabalham com planejamento familiar, pois pode melhorar a qualidade de informação e atender às expectativas das mulheres, principalmente contribuindo para informar sobre os efeitos dos métodos LARC, considerados os de primeira linha para prevenção da gravidez indesejada para mulheres de qualquer idade atualmente.

## Referências Bibliográficas

1. UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435). Available at: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_contraceptiveusebymethod\\_databooklet.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf). Accessed in: 6/6/2020.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher; 2009. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Accessed in: 6/6/2020.
3. FAMILY PLANNING 2020 AND POPULATION COUNCIL. Contraceptive discontinuation: reasons, challenges, and solutions, 2015. Available at: <http://www.familyplanning2020.org/resources/contraceptive-discontinuation-reasons-challenges-and-solutions>. Accessed in: 6/6/2020.
4. SIMMONS, Rebecca G.; SANDERS, Jessica N.; GEIST, Claudia; GAWRON, Lori; MYERS, Kyl; TUROK, David K. Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first 6 months of use among Highly Effective Reversible Contraceptive Initiative Salt Lake study participants. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [S.L.], v. 220, n. 4, p. 376-376, abr. 2019. Elsevier BV.
5. JAIN, Anrudh K.; WINFREY, William. Contribution of Contraceptive Discontinuation to Unintended Births in 36 Developing Countries. **Studies In Family Planning**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 269-278, 11 abr. 2017. Wiley.
6. Pesquisa revela dados sobre parto e nascimento no Brasil [Research reveals data on labor and delivery in Brazil] [webpage on the Internet]. Ministry of Health of Brazil; 2012. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584>. Accessed February 12, 2014. Portuguese.
7. BELLIZZI, S.; MANNAVA, P.; NAGAI, M.; SOBEL, H.L. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. **Contraception**, [S.L.], v. 101, n. 1, p. 26-33, jan. 2020. Elsevier BV.
8. WINNER, Brooke; PEIPERT, Jeffrey F.; ZHAO, Qihong; BUCKEL, Christina; MADDEN, Tessa; ALLSWORTH, Jenifer E.; SECURA, Gina M. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 366, n. 21, p. 1998-2007, 24 maio 2012. Massachusetts Medical Society.

9. BAHAMONDES, Luis; FERNANDES, Arlete; MONTEIRO, Ilza; BAHAMONDES, M. Valeria. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [S.L.], v. 66, p. 28-40, jul. 2020. Elsevier BV.
10. KAVANAUGH, Megan L.; JERMAN, Jenna. Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014. **Contraception**, [S.L.], v. 97, n. 1, p. 14-21, jan. 2018. Elsevier BV.
11. MIRANDA, Laura; TOWNSEND, John; FAÑANDES, Anibal; BAHAMONDES, Luis. The benefits and limitations of donating new contraceptive technology: the case of the international contraceptive access (ica) foundation and the Inguis program in Brazil. **Contraception**, [S.L.], v. 101, n. 6, p. 367-369, jun. 2020. Elsevier BV.
12. FERREIRA, Jéssica M.; NUNES, Fabiana R.; MODESTO, Waleska; GONÇALVES, Mayara P.; BAHAMONDES, Luis. Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long-acting reversible contraceptives. **Contraception**, [S.L.], v. 89, n. 1, p. 17-21, jan. 2014. Elsevier BV.
13. CHEBET, Joy J.; MCMAHON, Shannon A.; GREENSPAN, Jesse A.; MOSHA, Idda H.; CALLAGHAN-KORU, Jennifer A.; KILLEWO, Japhet; BAQUI, Abdullah H.; WINCH, Peter J.. "Every method seems to have its problems"- Perspectives on side effects of hormonal contraceptives in Morogoro Region, Tanzania. **Bmc Women'S Health**, [S.L.], v. 15, n. 1, 3 nov. 2015. Springer Science and Business Media LLC.
14. JAIN, Aparna; REICHENBACH, Laura; EHSAN, Iqbal; ROB, Ubaidur. "Side effects affected my daily activities a lot": a qualitative exploration of the impact of contraceptive side effects in Bangladesh. **Open Access Journal Of Contraception**, [S.L.], v. 8, p. 45-52, jul. 2017. Informa UK Limited.
15. MADDEN, Tessa; SECURA, Gina M.; NEASE, Robert F.; POLITI, Mary C.; PEIPERT, Jeffrey F. The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [S.L.], v. 213, n. 1, p. 46-46, jul. 2015. Elsevier BV.
16. ISEYEMI, Abigail; ZHAO, Qihong; MCNICHOLAS, Colleen; PEIPERT, Jeffrey F. Socioeconomic Status As a Risk Factor for Unintended Pregnancy in the Contraceptive CHOICE Project. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 130, n. 3, p. 609-615, set. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

**Tabela 1.** Características das mulheres no momento da troca por LARC segundo o tipo de método utilizados

Características das mulheres	Métodos utilizados no momento da troca por LARC			<i>p</i> *
	Combinados	Injetável trimestral	Não hormonais	
	873(57.8)	218(14.4)	418(27.7)	
Etnia				0.0004
Branca	473 (54.8)	88 (40.7)	233 (56.1)	
Não branca	390 (45.2)	128 (59.2)	182 (43.8)	
<i>Missing=15</i>				
Anos de estudo formal				< 0.0001
≤ 8 anos	222 (25.4)	62 (28.4)	75 (17.9)	
9-11 anos	415 (47.6)	120 (55.0)	203 (48.5)	
≥ 12 anos	235 (26.9)	36 (16.5)	140 (33.5)	
<i>Missing=5</i>				
LARC escolhido				0.0004
IUD	516 (59.3)	128 (58.7)	208 (50.0)	
LNG-IUS	303 (34.8)	88 (40.7)	186 (44.7)	
ETN	51 (5.8)	2 (0.9)	22 (5.3)	
<i>Missing=5</i>				

Teste de Qui-Quadrado, Teste de Qui-Quadrado e Coeficiente de Crammer. Métodos combinados: orais, injeção mensal, anel vaginal e adesivo intradérmico. Injetável trimestral de acetato de medroxiprogesterona de depósito. Não hormonal: Métodos comportamentais e condom. IMC: índice de Massa Corporal. LARC: long acting reversible contraception; IUD: cooper intrauterine dispositive; LNG-IUS: levonorgestrel intrauterine system; ETN: etonorgestrel implant.

**Tabela 2.** Motivos para troca e benefícios esperados da escolha do método LARC

Motivos e expectativas referidos	Métodos utilizados no momento da troca por LARC			<i>p</i> *
	Combinados	Injetável trimestral	Não hormonais	
	873(57.8)	218(14.4)	418(27.7)	
<i>Motivos para troca</i>				
Ganho de peso				< 0.0001
Sim	97 (11.1)	90 (41.2)	14 (3.3)	
Não	776 (88.9)	128 (58.7)	404 (96.6)	
Perda de libido				0.0650
Sim	35 (4.0)	2 (0.9)	18 (4.3)	
Não	838 (96.0)	216 (99.0)	400 (95.7)	
Dores de cabeça				< 0.0001
Sim	135 (15.4)	25 (11.4)	10 (2.4)	
Não	738 (84.5)	193 (88.5)	408 (97.6)	
Sangramento anormal				0.0266
Sim	125 (14.3)	46 (21.1)	76 (18.1)	
Não	748 (85.6)	172 (78.9)	342 (81.8)	
Colicas				0.0528
Sim	32 (3.6)	11 (5.0)	7 (1.6)	
Não	841 (96.3)	207 (94.9)	411 (98.3)	
Irritação				0.0005
Sim	40 (4.5)	9 (4.1)	2 (0.4)	
Não	833 (95.4)	209 (95.8)	416 (99.5)	
Outras queixas				< 0.0001
Sim	229 (26.2)	60 (27.5)	64 (15.3)	
Não	644 (73.7)	158 (72.4)	354 (84.7)	

Medo de engravidar				< 0.0001
Sim	182 (20.8)	37 (16.9)	164 (39.2)	
Não	691 (79.1)	181 (83.0)	254 (60.7)	
Esquecimento				< 0.0001
Sim	277 (31.7)	0	0	
Não	584 (66.9)	0	1 (0.2)	
Não se aplica	12 (1.3)	218 (100.0)	417 (99.8)	
<i>Expectativas com novo MAC</i>				
Maior segurança				< 0.0001
Sim	220 (25.2)	42 (19.2)	161 (38.5)	
Não	653 (74.8)	176 (80.7)	257 (61.4)	
Custo/benefício				< 0.0001
Sim	68 (7.8)	9 (4.1)	85 (20.3)	
Não	805 (92.2)	209 (95.8)	333 (79.6)	
Praticidade e/ou conforto				0.4600
Sim	171 (19.6)	41 (18.8)	93 (22.2)	
Não	702 (80.4)	177 (81.2)	325 (77.7)	

---

Teste de Qui-Quadrado, Teste de Qui-Quadrado e Coeficiente de Crammer. Métodos combinados: orais, injeção mensal, anel vaginal e adesivo intradérmico. Injetável trimestral de acetato de medroxiprogesterona de depósito. Não hormonal: Métodos comportamentais e condom.

**Tabela 3.** Características das mulheres segundo o LARC escolhido

Características das mulheres	Método LARC escolhido			<i>p</i> *
	IUD	LNG-IUS	ETN	
	852(56.4)	577(38.2)	75(4.9)	
Etnia				0.0002
Branca	408(48.3)	340 (59.5)	42 (56.7)	
Não branca	436 (51.7)	231 (40.5)	32 (43.2)	
<i>Missing=15</i>				
Anos de estudo formal				<0.0001
≤ 8 anos	281(33.0)	72 (12.5)	6 (8.0)	
9-11 anos	415 (48.8)	282 (48.9)	38 (50.7)	
≥ 12 anos	155 (18.2)	223 (38.6)	31 (41.3)	
<i>Missing=1</i>				

Teste de Qui-Quadrado, Teste de Qui-Quadrado e Coeficiente de Crammer. LARC: long acting reversible contraception; IUD: cooper intrauterine dispositive; LNG-IUS: levonorgestrel intrauterine system; ETN: etonorgestrel implant.

**Tabela 4.** Motivos referidos para troca por um método LARC e expectativas para o novo método

Motivos e expectativas	Método LARC escolhido			<i>p</i> *
	IUD 852(56.4)	LNG-IUS 577(38.2)	ETN 75(4.9)	
<i>Motivos para troca</i>				
Ganho de peso				0.0009
Sim	136 (16.0)	53 (9.2)	12 (16.0)	
Não	716 (84.0)	524 (90.8)	63 (84.0)	
Perda de libido				0.0021
Sim	24 (2.8)	23 (4.0)	8 (10.7)	
Não	828 (97.2)	554 (96.0)	67 (89.3)	
Dores de cabeça				0.4438
Sim	104 (12.2)	58 (10.0)	8 (10.7)	
Não	748 (87.8)	519 (90.0)	67 (89.3)	
Sangramento anormal				<0.0001
Sim	49 (5.7)	175 (30.3)	20 (26.7)	
Não	803 (94.2)	402 (69.7)	55 (73.3)	
Colicas				< 0.0001
Sim	10 (1.2)	37 (6.4)	3 (4.0)	
Não	842 (98.8)	540 (93.6)	72 (96.0)	
Irritação				0.1411
Sim	34 (4.0)	17 (3.0)	0	
Não	818 (96.0)	560 (97.0)	75 (100.0)	
Outras queixas				0.5099
Sim	190 (22.3)	143 (24.8)	19 (25.3)	
Não	662 (77.7)	434 (75.2)	56 (74.7)	

Medo de engravidar				0.6131
Sim	223 (26.2)	144 (25.0)	16 (21.3)	
Não	629 (73.8)	433 (75.0)	59 (78.7)	
Esquecimento				0.0005
Sim	182 (21.4)	79 (13.7)	16 (21.3)	
Não	334 (39.2)	216 (37.4)	32 (42.7)	
Não se aplica	336 (39.4)	282 (48.9)	27 (36.0)	
<i>Benefícios esperados</i>				
Praticidade e/ou conforto				0.2067
Sim	173 (20.3)	111 (19.2)	21 (28.0)	
Não	679 (79.7)	466 (80.8)	54 (72.0)	
Custo/benefício				0.1562
Sim	94 (11.0)	64 (11.1)	3 (4.0)	
Não	758 (88.9)	513 (88.9)	72 (96.0)	
Maior segurança				< 0.0001
Sim	222 (26.1)	161 (27.9)	40 (53.3)	
Não	630 (73.9)	416 (72.1)	35 (46.7)	

---

Analizadas 1504 mulheres (*Missing*=5). Teste de Qui-Quadrado e Coeficiente de Crammer. LARC: long acting reversible contraception; IUD: cooper intrauterine dispositive; LNG-IUS: levonorgestrel intrauterine system; ETN: etonorgestrel implant.