

ACESSO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE COORTE

ACCESS TO REPRODUCTIVE PLANNING FOR PRIMARY HEALTH CARE USERS: A COHORT STUDY

ACCESO A LA PLANIFICACIÓN REPRODUCTIVA DE USUARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ESTUDIO DE COHORTE

 Marimar Dias Neiva¹
 Fernanda Gontijo Araújo^{2,3}
 Sântia Nascimento dos Reis^{2,3}
 Fernanda Penido Matozinhos^{2,3}
 Nágela Cristine Pinheiro Santos³
 Mariana Santos Felisbino-Mendes^{2,3}

¹Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, MG - Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEn. Belo Horizonte, MG - Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública - EMI. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Mariana Santos Felisbino-Mendes

E-mail: marianafelisbino@yahoo.com.br

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Aquisição de Financiamento:** Mariana S. Felisbino-Mendes; **Coleta de Dados:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo; **Conceitualização:** Fernanda G. Araújo, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Gerenciamento do Projeto:** Mariana S. Felisbino-Mendes; **Gerenciamento de Recursos:** Mariana S. Felisbino-Mendes; **Investigação:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Metodologia:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Sântia N. Reis, Fernanda P. Matozinhos, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Redação - Preparo do Original:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Redação - Revisão e Edição:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Sântia N. Reis, Fernanda P. Matozinhos, Nágela C. P. Santos, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Software:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Supervisão:** Mariana S. Felisbino-Mendes; **Validação:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Sântia N. Reis, Fernanda P. Matozinhos, Nágela C. P. Santos, Mariana S. Felisbino-Mendes; **Visualização:** Marimar D. Neiva, Fernanda G. Araújo, Sântia N. Reis, Fernanda P. Matozinhos, Mariana S. Felisbino-Mendes.

Fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq); Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Submetido em: 18/06/2024

Aprovado em: 04/05/2026

Editores Responsáveis:

 Alexandra Dias Moreira
 Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivos: descrever o acesso ao planejamento reprodutivo de usuárias da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte, Brasil, antes, durante e após a gestação, e analisar se existem diferenças segundo características sociodemográficas. **Métodos:** estudo longitudinal realizado com 220 gestantes e nutrízes acompanhadas entre 2019 e 2022. Foram descritas as características de acesso ao planejamento reprodutivo nos períodos anterior, durante e posterior à gestação. Em seguida, compararam-se os indicadores de acesso ao planejamento reprodutivo nos dois anos anteriores à gestação e seis meses após o parto, por meio de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%. Os dados também foram analisados conforme raça/cor, idade e escolaridade. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. **Resultados:** apenas 40,9% das gestações foram planejadas, das quais 35,6% realizaram consulta pré-concepcional. No pré-natal, 62,3% receberam orientações sobre contraceptivos pós-parto. Na maternidade, apenas 34,8% receberam orientações sobre planejamento reprodutivo. Após o parto, mais de 70% realizaram consulta puerperal, com orientação sobre contracepção. Observou-se um aumento de 65,1% no acesso a contraceptivos pelo SUS após a gestação. Mulheres com menor escolaridade recorreram majoritariamente ao SUS para iniciar contraceptivos antes (88,9%) ($p=0,001$) e após a gestação (100%) ($p=0,009$). **Conclusão:** observou-se menor acesso ao planejamento reprodutivo no período anterior à gestação, com melhora de alguns indicadores após a gestação. Tal fato evidencia a necessidade de investimentos em estratégias de planejamento reprodutivo ao longo de todo o período reprodutivo das mulheres.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde; Gestantes; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto; Estudos de Coortes.

ABSTRACT

Objectives: to describe access to reproductive planning for users of Primary Health Care in Belo Horizonte, Brazil, before, during, and after pregnancy, and to analyze whether there are differences according to sociodemographic characteristics. **Methods:** longitudinal study carried out with 220 pregnant women and nursing mothers followed between 2019 and 2022. The characteristics of access to reproductive planning in the periods before, during, and after pregnancy were described. Then, indicators of access to reproductive planning in the two years before pregnancy and six months after birth were compared, using proportions and respective 95% confidence intervals. The data were also analyzed according to race/color, age, and education. Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used. **Results:** only 40.9% of pregnancies were planned, of which 35.6% underwent preconception consultation. In prenatal care, 62.3% received counseling on postpartum contraceptives. In the maternity hospital, only 34.8% received counseling on reproductive planning. After giving birth, more than 70% underwent a postpartum consultation, with counseling on contraception. There was a 65.1% increase in access to contraceptives through the SUS after pregnancy. Women with less education mostly used the SUS to start contraceptives before (88.9%) ($p=0.001$) and after pregnancy (100%) ($p=0.009$). **Conclusion:** there was less access to reproductive planning before pregnancy, with an improvement in some indicators after pregnancy. This fact highlights the need for investments in reproductive planning strategies throughout the entire reproductive period of women.

Keywords: Primary Health Care; Reproductive Rights; Effective Access to Health Services; Pregnant People; Prenatal Care; Postpartum Period; Cohort Studies.

RESUMEN

Objetivos: describir el acceso al planeamiento reproductivo de usuarias de la Atención Primaria de Salud en Belo Horizonte, Brasil, antes, durante y después del embarazo, y analizar si existen diferencias según características sociodemográficas. **Métodos:** estudio longitudinal con 220 gestantes y puerperas seguidas entre 2019 y 2022. Se describieron las características de acceso al planeamiento reproductivo antes, durante y después del embarazo. Posteriormente, se compararon indicadores de acceso al planeamiento reproductivo en los dos años previos al embarazo y seis meses después del parto mediante proporciones y sus respectivos intervalos de confianza del 95%. También se analizaron según raza/color, edad y nivel educativo. Se utilizaron la prueba de chi-cuadrado de Pearson y la exacta de Fisher. **Resultados:** solo el 40,9% de los embarazos fueron planificados y, de estos, el 35,6% realizaron consulta preconcepcional. En el control prenatal, el 62,3% recibió orientaciones sobre anticonceptivos posparto. En la maternidad, solo el 34,8% recibió orientación sobre planeamiento reproductivo. Después del parto,

Como citar este artigo:

Neiva MD, Araújo FG, Reis SN, Matozinhos FP, Santos NCP, Felisbino-Mendes MS. Acesso ao planejamento reprodutivo de usuárias da Atenção Primária à Saúde: um estudo de coorte. REME - Rev Min Enferm. 2026[citado em ____ ____];30:e-1597. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2316-9389.2026.53045>

más del 70% realizó consulta puerperal con orientación sobre anticoncepción. Se observó un aumento del 65,1% en el acceso a anticonceptivos por el SUS después del embarazo. Las mujeres con menor nivel educativo recurrieron mayoritariamente al SUS para iniciar anticonceptivos antes (88,9%) ($p = 0,001$) y después del embarazo (100%) ($p = 0,009$). **Conclusión:** se observó menor acceso al planeamiento reproductivo en el período anterior al embarazo, con mejora de algunos indicadores después del parto, lo que evidencia la necesidad de invertir en estrategias de planeamiento reproductivo a lo largo de todo el período reproductivo de las mujeres.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Derechos Sexuales y Reproductivos; Acceso Efectivo a los Servicios de Salud; Personas Embarazadas; Atención Prenatal; Período Posparto; Estudios de Cohortes.

INTRODUÇÃO

O planejamento reprodutivo consiste em um conjunto de ações voltadas para a regulação da fecundidade, garantindo direitos iguais para a realização de escolhas reprodutivas⁽¹⁾. Para a efetivação desses direitos, é fundamental o acesso a intervenções relacionadas tanto à concepção quanto aos cuidados pré-concepcionais para o planejamento de uma gestação, além do acesso à contracepção, incluindo aconselhamento baseado em evidências e contraceptivos modernos que assegurem a livre escolha informada^(2,3). Em virtude de sua importância estratégica para a promoção da saúde, equidade de gênero e bem-estar social, o planejamento reprodutivo está incluído entre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela Agenda 2030⁽³⁾. Nesse contexto, destaca-se a meta 3.7, que visa assegurar, até 2030, o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação, educação e a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais, bem como a meta 5.6, que busca garantir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos, conforme acordado em programas internacionais, assegurando que as mulheres possam exercer sua autonomia e tomar decisões livres, informadas e responsáveis sobre sua vida reprodutiva⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, o acesso aos serviços de saúde abrange um conceito complexo, que varia conforme diferentes autores, apresentando mudanças ao longo do tempo e de acordo com o contexto^(5,6). No presente estudo, o conceito de acesso adotado como referência foi o proposto por Aday e Andersen, em 1974⁽⁷⁾, no qual o acesso é caracterizado não apenas como entrada física no serviço, mas como a possibilidade real de obtenção de cuidados adequados quando necessários. Esse referencial vincula intimamente o acesso à utilização do serviço de saúde⁽⁷⁾. No cenário brasileiro, o acesso às ações de saúde sexual e reprodutiva, que incluem o planejamento reprodutivo, é preconizado pelo Ministério da Saúde como um dos eixos prioritários da Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁸⁾. Entre essas ações, destacam-se diferentes oportunidades

de cuidado ao longo da vida das mulheres em idade reprodutiva. A consulta pré-concepcional possibilita identificar fatores de risco e orientar medidas de promoção da saúde antes da gestação, incluindo orientações sobre quando e como planejá-la⁽⁹⁾. As consultas de pré-natal devem contemplar aconselhamento sobre o uso de contraceptivos após o parto, uma vez que evidências apontam maior adesão a contraceptivos quando as orientações são iniciadas no pré-natal, sobretudo para métodos de longa duração ou permanentes^(4,10,11). Por fim, a consulta puerperal integra a rede de cuidados da gestação ao puerpério, assegurando o início oportuno de métodos para garantir adequado espaçamento entre nascimentos⁽²⁾. Em todas essas ações, o enfermeiro exerce papel essencial, pois sua prática envolve a educação em saúde e o cuidado individual, direcionados à promoção da autonomia dos usuários⁽¹²⁾.

Entretanto, estudos evidenciam um distanciamento entre as diretrizes estabelecidas para a APS e sua efetiva implementação na prática^(13,14). Entre os principais desafios, destacam-se: a ausência de cuidado pré-concepcional incorporado de forma efetiva à rotina dos serviços, evidenciada por baixa proporção de consultas realizadas por mulheres que planejaram a gestação e indicadores pré-concepcionais insatisfatórios⁽⁹⁾; a não priorização da saúde sexual e reprodutiva como componente das ações básicas, com abordagem predominantemente prescritiva de contraceptivos, sem adequado aconselhamento individualizado, além da heterogeneidade na qualidade das consultas^(13,14); e a ausência de orientação sobre o método contraceptivo a ser utilizado após o parto, durante o período gestacional, o que reduz a oportunidade de início precoce de métodos como o dispositivo intrauterino (DIU)^(2,13). Ademais, no pós-parto, o modelo convencional de consulta puerperal frequentemente se concentra nos cuidados com o bebê, apresentando-se de forma mais rígida, com introdução tardia da discussão sobre contracepção e oferta limitada de métodos⁽²⁾. Alguns estudos também apontam que consultas de planejamento reprodutivo são pouco realizadas no contexto da APS e, quando realizadas, apresentam limitações relevantes na qualidade da assistência, especialmente quanto ao aconselhamento reprodutivo e à oferta equitativa de métodos de longa duração, como DIU e implantes^(15,16,17).

Além disso, no Brasil, apesar da elevada prevalência de uso de contraceptivos pelas brasileiras, superior a 80%⁽¹⁰⁾, mais da metade das gestações não são planejadas⁽¹⁰⁾, e observam-se desigualdades tanto no acesso quanto no tipo de método utilizado^(10,16). Mulheres com baixa escolaridade, pretas e pardas, residentes nas regiões Norte e Nordeste, apresentam menor acesso à

contracepção e utilizam, com maior frequência, métodos de curta duração, tais como a pílula e o preservativo⁽¹⁶⁾. Essas características também se associam à ocorrência de gestações na adolescência e abortamentos inseguros, implicando maior risco de morbimortalidade materna e neonatal^(4,10,11), evidenciando limitações do acesso às ações de planejamento reprodutivo no contexto brasileiro⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto e da relevância do planejamento reprodutivo em um continuum de cuidados ao longo do período reprodutivo das mulheres, incluindo o período anterior à gestação e o pós-parto, o objetivo deste estudo foi descrever o acesso ao planejamento reprodutivo de usuárias da APS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, antes, durante e após a gestação, e analisar possíveis diferenças segundo características sociodemográficas. Acredita-se que uma análise longitudinal desse continuum de cuidados pode elucidar os principais entraves à efetivação do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas, redução das desigualdades e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de estudo longitudinal que analisou o planejamento reprodutivo de usuárias da APS do município de Belo Horizonte, MG, nos dois anos anteriores à gestação (dados retrospectivos), durante e até um ano após o nascimento do bebê (dados prospectivos).

População, amostra e critérios de inclusão

Este estudo foi aninhado ao “Estudo Multicêntrico sobre Deficiência de Iodo no Brasil (EMDI-Brasil)”, um inquérito nacional realizado em 11 municípios, incluindo Belo Horizonte, financiado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar o estado nutricional de iodo, sódio e potássio de gestantes, nutrizes e lactentes brasileiros⁽¹⁸⁾. Assim, a população deste estudo foi definida pelo cálculo amostral e pelos critérios de inclusão/exclusão do projeto EMDI-Brasil.

Foram incluídas gestantes e nutrizes até 90 dias após o parto, maiores de 18 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Apenas nutrizes em aleitamento materno exclusivo foram incluídas. Mulheres com doenças da tireoide (hipotireoidismo, hipertireoidismo, doença de Hashimoto e neoplasias) ou que haviam realizado cirurgia de tireoide foram excluídas⁽¹⁸⁾. Adicionalmente, para este estudo, foram excluídas mulheres que relataram não ter relações sexuais no período de seguimento ($n = 11$) e

aquelas que não responderam ao questionário sobre planejamento reprodutivo na linha de base ($n = 5$).

O cálculo amostral baseou-se nos parâmetros pré-definidos pelo EMDI-Brasil: prevalência mínima esperada de deficiência de iodo de 8%, com erro relativo de 50% (variação de 4% a 12%) e nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra aleatória simples de 177 indivíduos por município⁽¹⁸⁾. Por se tratar de amostra complexa, selecionada nas unidades da Estratégia Saúde da Família da APS de cada município, foi utilizado um efeito do plano amostral de 1,5, ampliando o tamanho da amostra para 266 gestantes por centro de coleta⁽¹⁸⁾.

As participantes foram selecionadas a partir de plano amostral estratificado, com sorteio em dois estágios. As unidades básicas de saúde (UBS) dos municípios foram a unidade primária de amostragem, e as gestantes atendidas nessas UBS representaram o segundo estágio⁽¹⁸⁾. Devido a dificuldades logísticas, gestantes e nutrizes foram abordadas durante visitas às UBS e convidadas a participar voluntariamente do estudo⁽¹⁸⁾. Algumas nutrizes que não puderam responder ao questionário no momento da abordagem foram entrevistadas em domicílio, mediante agendamento prévio. A Figura 1 apresenta a população deste estudo, considerando o total de mulheres que participaram da linha de base ($n = 220$) e do primeiro seguimento, aos seis meses ($n = 116$), contemplando perdas, recusas e critérios de exclusão específicos deste estudo.

Coleta de dados

Este estudo contemplou três momentos distintos de coleta de dados.

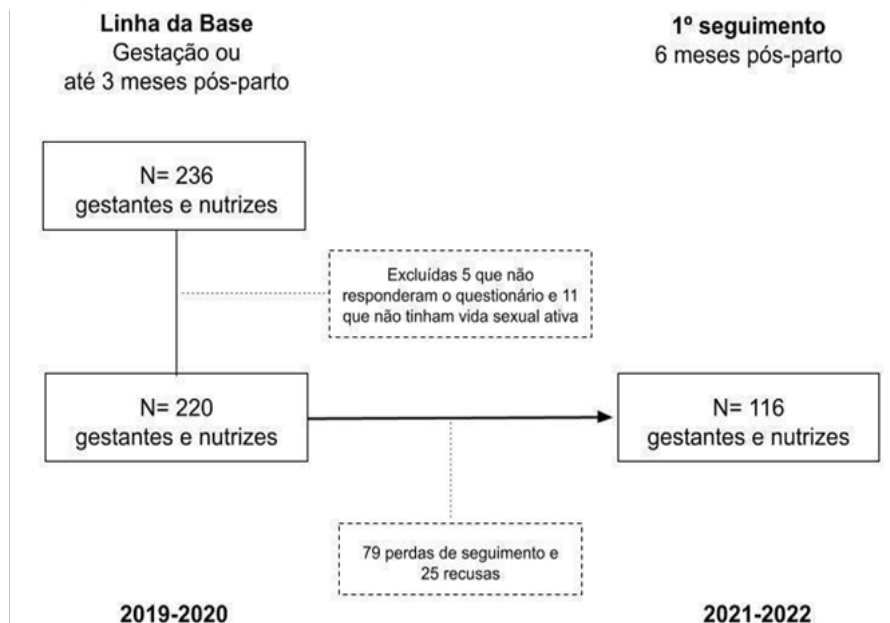
Linha de base

O primeiro momento, denominado linha de base, ocorreu predominantemente de forma presencial nas UBS, entre janeiro de 2019 e março de 2021. Devido à pandemia de COVID-19, a coleta presencial foi interrompida em março de 2020 e retomada entre janeiro e março de 2021, por meio de ligações telefônicas com duração média de 20 minutos. Nessa ocasião, as participantes responderam a um questionário com questões sobre características sociodemográficas e econômicas, hábitos de vida, consumo alimentar, história reprodutiva, planejamento da gestação e uso de métodos contraceptivos nos dois anos anteriores à gestação atual.

Seguimento

O seguimento foi realizado aos seis (primeira onda) e aos doze meses após o parto (segunda onda), por meio de

Figura 1 – Número de mulheres entrevistadas na linha de base e no seguimento aos 6 meses após o parto (1ª onda), Belo Horizonte, 2019-2022.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

ligações telefônicas, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2023. Nesta análise, foram considerados apenas os dados da primeira onda. Aos seis meses após o parto, as mulheres responderam sobre o uso de métodos contraceptivos desde o nascimento do bebê até a data da entrevista.

O instrumento de coleta de dados do projeto “Planejamento Reprodutivo de Mulheres Urbanas” foi elaborado com base em perguntas de inquéritos populacionais, como a *Demography Health Survey* e a Pesquisa Nacional de Saúde. Para sua avaliação, foi realizado um teste piloto com 20 mulheres (gestantes e nutrízes), não sendo identificada a necessidade de ajustes no questionário. A equipe de coleta era composta por estudantes de graduação e pós-graduação em Enfermagem, devidamente treinados. Utilizou-se o *software* Research Electronic Data Capture para a coleta de dados.

Variáveis de interesse

Para avaliar o planejamento reprodutivo antes, durante e após a gestação, foram incluídas variáveis referentes às características sociodemográficas, econômicas e ao planejamento reprodutivo.

As características sociodemográficas e econômicas utilizadas para descrever a população do estudo foram: raça/cor (branca; preta e parda; amarela e indígena); faixa etária em anos (18 a 25, 26 a 35, 36 a 42); anos de estudo (0 a 9, 10 a 12, maior do que 12 anos); renda em

salários-mínimos (até um; de um a três; maior que três); convívio com companheiro (sim, não); e recebimento de algum benefício do governo (sim, não).

Para descrever a população quanto às características da história reprodutiva, consideraram-se: gravidez anterior (sim, não); idade da primeira gestação (< 18 anos, 18 a 25 anos, > 26 anos); paridade (1, 2 a 3, ≥4); aborto prévio (sim, não); presença de filhos vivos (sim, não).

Em relação às características do planejamento reprodutivo, foram analisados: antes da gestação, se a gravidez atual foi planejada (sim, não); realização de consulta de cuidado pré-concepcional (sim, não); uso prévio de algum contraceptivo (sim, não). Durante a gestação, investigou-se a orientação sobre contraceptivos a serem utilizados após o parto durante as consultas de pré-natal (sim, não). Após o parto, analisou-se, considerando a assistência recebida na maternidade e durante a consulta puerperal, se houve orientação sobre o uso de contraceptivos (sim, não); se foi ofertado algum contraceptivo (sim, não); e qual contraceptivo (pílula, injetável, dispositivo intrauterino, laqueadura, vasectomia para o companheiro). Considerando apenas a consulta puerperal, avaliou-se a realização da consulta (sim, não); momento da realização (5 a 10 dias pós-parto, 30 a 60, após 60 dias) e local (UBS, ambulatório de pré-natal de alto risco, convênio, privado). Também foi verificado o desejo de engravidar novamente (sim, não).

Também foram investigados o uso de contraceptivos antes e seis meses após a gestação, incluindo: uso de contraceptivo; consulta com profissional de saúde para início do método; se a consulta foi realizada pelo SUS; se o método em uso foi escolha da mulher; realização de consulta de acompanhamento após início do método; recebimento de informações sobre outros métodos além do que estava em uso; e acesso ao método pelo SUS. Todas essas variáveis foram dicotômicas, com opções de resposta "sim" ou "não".

Análise de dados

Inicialmente, realizou-se análise descritiva da população do estudo quanto às características sociodemográficas e da história reprodutiva, considerando as perdas no primeiro seguimento. Em seguida, descreveram-se as características do planejamento reprodutivo antes, durante e após a gestação. Para comparar o uso de contraceptivos antes da gestação e após o parto, foram estimadas as proporções, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança, das características do acesso ao planejamento reprodutivo. Estimou-se, ainda, a diferença percentual para as características do planejamento reprodutivo que apresentaram mudanças estatisticamente significativas, utilizando-se a seguinte fórmula: $\{[(\text{valor final} - \text{valor inicial}) / \text{valor inicial}] \times 100\}$. O teste de McNemar foi utilizado para avaliar diferenças relativas ao acesso, considerando apenas as mulheres que responderam à linha de base e à primeira onda do estudo. Por fim, as características do acesso ao planejamento reprodutivo antes e após a gestação também foram descritas segundo raça/cor, faixa etária e escolaridade da população estudada. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher para analisar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à assistência ao planejamento reprodutivo. Todas as análises foram realizadas no software estatístico Stata, versão 14.0.

Aspectos éticos

Este estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CAAE: 17380818.4.3001.5140 e CAAE: 80172617.0.2002.5149, respectivamente). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista realizada na linha de base, e, durante o seguimento, o termo foi lido, consentido verbalmente e registrado por meio da gravação de todas as ligações.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características das mulheres que participaram do estudo e daquelas que foram perdidas ao longo do primeiro seguimento (42,3%). Observa-se maior proporção de perdas entre as mulheres que não viviam com companheiro (37,5%) e na faixa etária de 18 a 25 anos (50,0%). Quanto às demais características sociodemográficas e da história reprodutiva, ambos os grupos mostraram-se semelhantes, com maior proporção de mulheres pretas e pardas (77,3%), com 10 a 12 anos de estudo (67,1%), renda de um a três salários mínimos (46,5%) e que viviam com o companheiro (74%). Quase 40% tiveram a primeira gestação antes dos 18 anos, 66,1% já haviam tido parto anterior e 26,1% já tiveram aborto.

Quanto às características da assistência ao planejamento reprodutivo, observou-se que apenas 40,1% das mulheres planejaram a gestação atual, sendo que, dessas, apenas 35,6% realizaram alguma consulta com profissional de saúde para orientações. Durante a gestação, 62,3% das mulheres receberam orientações sobre o uso de contraceptivos após o parto. Nas maternidades, apenas 34,8% receberam orientações sobre planejamento reprodutivo, sendo o DIU o método mais ofertado (85,7%). A maioria das mulheres realizou a consulta puerperal (89,6%), com maior proporção de consultas realizadas entre 30 e 60 dias após o parto (67,6%) e nas UBS (86,4%). Nessas consultas, 77,7% das mulheres receberam orientações sobre planejamento reprodutivo, sendo os contraceptivos mais oferecidos a pílula (39,2%), o injetável (35,1%) e o DIU (20,3%) (Tabela 2).

Ao comparar as características do acesso ao planejamento reprodutivo no período anterior e seis meses após a gestação, observou-se um aumento de 65,1% na proporção de acesso aos contraceptivos pelo SUS (Tabela 3). As demais características avaliadas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 3). Entre as 116 mulheres que participaram da linha de base e da primeira onda do estudo, verificou-se que 24 que não utilizavam contracepção no período anterior à gestação, iniciaram o uso de algum método, enquanto 10 que eram usuárias de métodos interromperam seu uso. Portanto, constatou-se um aumento do uso de contraceptivos no período pós-parto ($p = 0,016$).

Ao avaliar as características da assistência ao planejamento reprodutivo antes e após a gestação, segundo cor, faixa etária e escolaridade, observou-se que mulheres com menor escolaridade acessaram a consulta para início do uso de contraceptivos majoritariamente no SUS,

Tabela 1 – Características da população de estudo. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019-2022.

Características sociodemográficas	Linha de base (%)	1ª Onda (%)	Perdas (%)	Valor p
Cor	n=220	n=116	n=104	0,107*
Branças	38 (17,3%)	23 (19,8%)	15 (14,4%)	
Pretas/Pardas	170 (77,3%)	90 (77,6%)	80 (76,9%)	
Amarelas/Indígenas	12 (5,5%)	3 (2,6%)	9 (8,6%)	
Faixa etária	n=220	n=116	n=104	0,052
18 a 25 anos	92 (41,8%)	40 (34,5%)	52 (50,0%)	
26 a 35 anos	107 (48,6%)	65 (56,0%)	42 (40,4%)	
36 a 42 anos	21 (9,5%)	11 (9,5%)	10 (9,6%)	
Escolaridade	n=219	n=115	n=104	0,678
0 a 9 anos de estudo	39 (17,8%)	18 (15,6%)	21 (20,2%)	
10 a 12 anos de estudo	147 (67,1%)	79 (68,7%)	68 (65,4%)	
mais de 12 anos de estudo	33 (15,1%)	18 (15,6%)	15 (14,4%)	
Renda no mês anterior à entrevista	n=142	n=79	n=63	0,239*
Até um salário mínimo	62 (43,7%)	34 (43,0%)	28 (44,4%)	
Um a três salários mínimos	66 (46,5%)	40 (50,6%)	26 (41,3%)	
Mais de três salários mínimos	14 (9,9%)	5 (6,3%)	9 (14,3%)	
Situação conjugal	n=219	n=115	n=104	< 0,001
Vive com companheiro	162 (74,0%)	97 (84,3%)	65 (62,5%)	
Não vive com companheiro	57 (26,0%)	18 (15,6%)	39 (37,5%)	
Benefício governamental	n=219	n=116	n=103	0,218*
Não recebe	179 (81,7%)	98 (84,5%)	81 (78,6%)	
Recebe	39 (17,8%)	17 (14,7%)	22 (21,4%)	
Não quis responder	1 (0,5%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	
Características da História Reprodutiva				
Gravidez anterior	n=220	n=116	n=104	0,190
Sim	141 (64,1%)	79 (68,1%)	62 (59,6%)	
Não	79 (35,9%)	37 (31,9%)	42 (40,4%)	
Idade da primeira gestação	n=141	n=79	n=62	0,853
Menos de 18 anos	51 (36,2%)	27 (34,2%)	24 (38,7%)	
Entre 18 e 25 anos	73 (51,8%)	42 (53,2%)	31 (50,0%)	
Maior que 26 anos	17 (12,1%)	10 (12,7%)	7 (11,3%)	
Paridade	n=124	n=69	n=55	0,647*
Um parto anterior	82 (66,1%)	46 (66,7%)	36 (65,4%)	
Dois ou três partos anteriores	35 (28,2%)	18 (26,1%)	17 (30,9%)	
Quatro ou mais partos anteriores	7 (5,6%)	5 (7,2%)	2 (3,6%)	
Aborto prévio	n= 138	n=79	n=59	0,811
Sim	36 (26,1%)	20 (25,3%)	16 (27,1%)	
Não	102 (73,9%)	59 (74,7%)	43 (72,9%)	
Filhos vivos	n=136	n=75	n=61	0,143*
Sim	123 (90,4%)	65 (86,7%)	58 (95,1%)	
Não	13 (9,6%)	10 (13,3%)	3 (4,9%)	

* Teste exato de Fisher

Tabela 2 – Características da assistência ao planejamento reprodutivo, antes, durante e após a gestação. – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019-2022.

Após o parto	n	%
Planejamento da gestação	220	
Sim	90	40,9
Não	130	59,1
Consulta com profissional de saúde ao planejar a gestação	90	
Sim	32	35,6
Não	58	64,4
Utilização de contraceptivo alguma vez na vida	214	
Sim	198	92,5
Não	16	7,5
Durante a gestação	n	%
Orientações sobre contraceptivos a serem usados após o parto	114	
Sim	71	62,3
Não	43	37,7
Após o parto	n	%
Orientações sobre PR na maternidade	115	
Sim	40	34,8
Não	75	65,2
Oferta de contraceptivos na maternidade	115	
Sim	42	36,5
Não	73	63,5
Contraceptivos ofertados na maternidade	42	
Dispositivo Intrauterino	36	85,7
Esterilização cirúrgica	3	7,1
Pílula	2	4,8
Outro	1	2,4
Realização de consulta pós-parto	115	
Sim	103	89,6
Não	12	10,4
Quando foi realizada a consulta pós-parto	102	
5 à 10 dias de pós-parto	28	27,5
30 à 60 dias de pós-parto	69	67,6
Após 60 dias	5	4,9

Continua...

...continuação.

Tabela 2 – Características da assistência ao planejamento reprodutivo, antes, durante e após a gestação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019-2022.

Antes da gestação	n	%
Local da consulta pós-parto	103	
Unidade Básicas de Saúde - SUS	89	86,4
Pré-natal de alto risco - SUS	8	7,8
Convênio	4	3,9
Privado	2	1,9
Orientações sobre PR na consulta pós-parto	103	
Sim	80	77,7
Não	23	22,3
Oferta de contraceptivos na consulta pós-parto	103	
Sim	74	71,8
Não	29	28,2
Contraceptivos ofertados na consulta pós-parto	74	
Pílula	29	39,2
Injetáveis	26	35,1
Dispositivo Intrauterino	15	20,3
Preservativo	1	1,3
Laqueadura tubária	2	2,7
Vasectomia do companheiro	1	1,3
Deseja engravidar novamente	113	
Sim	22	19,5
Não	91	80,5

tanto antes da gravidez (88,9%; $p=0,001$) quanto após o parto (100%; $p=0,009$). Uma proporção maior de mulheres pretas e pardas obteve o contraceptivo em farmácias antes da gestação (65,8%; $p=0,034$). Por outro lado, a proporção de mulheres com maior escolaridade que utilizou o sistema suplementar (privado/convênio) de saúde para a consulta de início do uso de contraceptivos antes da gestação foi superior (76,9%; $p=0,001$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho demonstraram que a maior parte das gestações não foi planejada. Além disso, entre as mulheres que planejaram, a maioria não conseguiu acessar o cuidado pré-concepcional. Em relação às orientações sobre planejamento reprodutivo, observou-se que estas são fornecidas tanto durante o pré-natal

Tabela 3 – Análise comparativa do acesso ao planejamento reprodutivo, utilização dos serviços de saúde e características assistenciais antes e após a gestação – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019-2022.

Variáveis	Antes da gestação		Até 6 meses após o parto	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Uso de contraceptivo	201	76,7 (70,1 – 82,2)	115	86,1 (78,4 – 91,8%)
Consultou algum profissional de saúde para iniciar o contraceptivo	154	74,7 (67,0 – 81,3)	99	72,7 (62,8 – 81,2)
Acesso à consulta pelo SUS para iniciar contraceptivo	95	75,8 (65,9 – 83,9)	72	91,7 (82,7 – 96,9)
Contraceptivo escolhido pela mulher	124	61,3 (52,1 – 69,9)	71	67,6 (55,4 – 78,2)
Consultas de acompanhamento após o início do contraceptivo	91	50,5 (39,9 – 61,2)	72	38,9 (27,6 – 51,1)
Recebeu informações sobre outros contraceptivos além do que estava usando	93	75,3 (65,2 – 83,6)	72	73,6 (61,9 – 83,3)
Acesso ao contraceptivo pelo SUS	154	31,2 (23,9 – 39,1)	99	51,5 (41,2 – 61,7)*

* Teste Mc Nemar com valor-p = 0,0061

quanto na maternidade e na consulta pós-parto, porém concentram-se nesta última. Enquanto o contraceptivo mais ofertado nas maternidades foi o DIU, nas UBS predominaram a pílula e o injetável, evidenciando barreiras de acesso ao DIU no contexto da APS. Ademais, foi observado um aumento do acesso aos contraceptivos pelo SUS após o parto, sendo este acesso primordial para mulheres de baixa escolaridade, tanto antes da gestação quanto após o parto.

De acordo com os achados do presente estudo, observa-se uma ênfase maior no planejamento reprodutivo durante os cuidados ofertados na gestação e puerpério^(14,19), o que, por um lado, é positivo, considerando o maior risco de complicações maternas e neonatais em casos de gestações com intervalos interpartais curtos^(2,4). Entretanto, estudos têm evidenciado dificuldade no acesso à contracepção antes da gestação^(19,20), ou seja, as mulheres somente acessam as ações de planejamento reprodutivo após uma gestação⁽²⁰⁾, o que limita as ações de prevenção de gestações não intencionais e a promoção dos cuidados pré-concepcionais.

Além da baixa proporção de gestações planejadas, este estudo também evidenciou que, entre as mulheres que planejaram a gravidez, apenas um terço teve acesso à consulta pré-concepcional. O cuidado pré-concepcional é reconhecido como fundamental para o aconselhamento e assistência que otimiza a saúde das mulheres e de seus parceiros antes da gravidez, melhora os desfechos maternos e infantis⁽⁹⁾ e respeita as diferentes fases da vida e escolhas reprodutivas. Entretanto, resultado similar foi observado em São Paulo⁽²¹⁾, onde somente 15,9%

das mulheres realizaram cuidados pré-concepcionais, evidenciando uma lacuna na assistência sob a perspectiva da promoção da saúde das mulheres e prevenção de agravos ao longo do ciclo de vida. Ademais, observou-se que as mulheres tendem a procurar o serviço pré-concepcional apenas quando apresentam dificuldades para engravidar⁽²¹⁾, fator possivelmente associado à falta de informações sobre saúde pré-concepcional ou ao desconhecimento acerca da existência e dos objetivos desses cuidados⁽²¹⁾. Observa-se, portanto, uma oferta restrita desses cuidados, bem como o desconhecimento das mulheres sobre a necessidade, evidenciando a importância do fortalecimento do cuidado pré-concepcional na APS.

O aumento do uso de contraceptivos observado no pós-parto pode ser explicado pela maior facilidade de acesso das mulheres ao serviço de saúde neste período, considerando as ações preconizadas para o cuidado materno-infantil, as quais favorecem o vínculo entre a paciente e o serviço e facilitam o acesso aos métodos contraceptivos^(19,20). Também pode ser explicado pelo fato de que muitas mulheres que não usavam contraceptivos antes da gestação relataram o desejo de engravidar, ou seja, não tinham necessidade de contracepção naquele período, assim, o aumento seria algo esperado. Por outro lado, algumas mulheres que usavam métodos antes da gestação deixaram de utilizar no período pós-parto, o que pode colocá-las em risco de gestação não intencional em curto intervalo de tempo e, conseqüentemente, maior risco de desfechos maternos e neonatais adversos^(2,4,11).

Apesar de as orientações sobre planejamento reprodutivo serem fornecidas durante o pré-natal, na maternidade

Tabela 4 – Características do acesso ao planejamento reprodutivo antes e após a gestação segundo raça/cor, faixa etária e escolaridade - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019-2022.

2 ANOS ANTES DA GRAVIDEZ																						
Características sociodemográficas	Utilização de MC			Consultou algum profissional para iniciar o MC			Consulta de início do contraceptivo			Definição do contraceptivo			Consultas de seguimento			Informações sobre outros métodos			Local onde conseguiu acesso ao contraceptivo			
	Sim	Não	Valor p	Sim	Não/ Não sabe	Valor p	SUS	Priva- do/ Convê- nio	Valor p	Escolha da mulher	Prof. de saúde	Valor p	Sim	Não	Valor p	Sim	Não	Valor p	SUS	Farmácia	Outro	Valor p
Raça	154	47	1,000*	115	39	0,740*	72	23	0,282*	76	48	0,214*	46	45	0,712*	70	23	0,890*	48	98	8	0,034*
Branca	25 (75,8%)	8 (24,2%)		20 (80,0%)	5 (20,0%)		9 (64,3%)	5 (35,7%)		9 (45,0%)	11 (55,0%)		8 (61,5%)	5 (38,5%)		9 (69,2%)	30,8%)		7 (28,0%)	13 (52,0%)	5 (20,0%)	
Preta/Parda	120 (76,4%)	37 (23,6%)		89 (74,2%)	31 (25,8%)		60 (78,9%)	16 (21,1%)		61 (63,5%)	35 (36,5%)		36 (49,3%)	37 (50,7%)		57 (76,0%)	18 (24,0%)		38 (31,7%)	79 (65,8%)	3 (2,5%)	
Amarela/ Indígena	9 (81,8%)	2 (18,2%)		6 (66,7%)	3 (33,3%)		3 (60,0%)	2 (40,0%)		6 (75,0%)	2 (25,0%)		2 (40,0%)	3 (60,0%)		4 (80,0%)	1 (20,0%)		3 (33,3%)	6 (66,7%)	0 (0,0%)	
Faixa etária	154	47	0,169	115	39	1,000*	72	23	0,305*	76	48	0,590*	46	45	0,098*	70	23	0,432*	48	98	8	0,551*
18 a 25 anos	69 (83,1%)	14 (16,9%)		51 (73,9%)	18 (26,1%)		35 (81,4%)	8 (18,6%)		37 (66,1%)	19 (33,9%)		17 (40,5%)	25 (59,5%)		35 (81,4%)	8 (18,6%)		24 (34,8%)	43 (62,3%)	2 (2,9%)	
26 a 35 anos	72 (72,7%)	27 (27,3%)		54 (75,0%)	18 (25,0%)		31 (73,8%)	11 (26,2%)		33 (56,9%)	25 (43,1%)		22 (55,0%)	18 (45,0%)		29 (70,7%)	12 (29,3%)		21 (29,2%)	45 (62,5%)	6 (8,3%)	
36 a 42 anos	13 (68,4%)	6 (31,6%)		10 (76,9%)	3 (23,1%)		6 (60,0%)	4 (40,0%)		6 (60,0%)	4 (40,0%)		7 (77,8%)	2 (22,2%)		6 (66,7%)	3 (33,3%)		48 (31,2%)	98 (63,6%)	8 (5,2%)	
Escolaridade	153	47	0,545	114	39	0,388*	71	23	0,000*	75	48	0,788	45	45	0,531*	69	23	1,000*	47	98	8	0,066*
Até 9 anos de estudo	28 (73,7%)	10 (26,3%)		22 (78,6%)	6 (21,4%)		16 (88,9%)	2 (11,1%)		15 (65,2%)	8 (34,8%)		8 (47,1%)	9 (52,9%)		14 (77,8%)	4 (22,2%)		12 (42,9%)	16 (57,1%)	0 (0,0%)	
10 a 12 anos de estudo	104 (78,8%)	28 (21,2%)		74 (71,1%)	30 (28,9%)		52 (82,5%)	11 (17,5%)		49 (61,2%)	31 (38,8%)		29 (47,5%)	32 (52,5%)		46 (74,2%)	16 (25,8%)		33 (31,7%)	65 (62,5%)	6 (5,8%)	
Mais de 12 anos de estudo	21 (70,0%)	9 (30,0%)		18 (85,7%)	3 (14,3%)		3 (23,1%)	10 (76,9%)		11 (55,0%)	9 (45,0%)		8 (66,7%)	4 (33,3%)		9 (75,0%)	3 (25,0%)		2 (9,5%)	17 (81,0%)	2 (9,5%)	

Continua...

...continuação.

Tabela 4 – Características do acesso ao planejamento reprodutivo antes e após a gestação segundo raça/cor, faixa etária e escolaridade - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2019-2022.

6 MESES APÓS O PARTO																						
Características sociodemográficas	Utilização de MC			Consultou algum profissional para iniciar o MC			Consulta de início do contraceptivo			Definição do contraceptivo			Consultas de seguimento			Informações sobre outros métodos			Local onde conseguiu acesso ao contraceptivo			
	Sim	Não	Valor p	Sim	Não/ Não sabe	Valor p	SUS	Priva- do/ Convê- nio	Valor p	Escolha da mulher	Prof. de saúde	Valor p	Sim	Não	Valor p	Sim	Não	Valor p	SUS	Farmácia	Outro	Valor p
Raça	99	16	0,213*	72	27	0,740*	66	6	0,666*	48	23	0,783*	28	44	0,785*	53	19	0,194*	51	42	5	0,279*
Branca	22 (95,6%)	1 (4,4%)		15 (68,2%)	7 (31,8%)		13 (86,7%)	2 (13,3%)		11 (73,3%)	4 (26,7%)		6 (40,0%)	9 (60,0%)		9 (60,0%)	6 (40,0%)		11 (50,0%)	8 (36,4%)	3 (13,6%)	
Preta/Parda	74 (84,1%)	14 (15,9%)		55 (74,3%)	19 (25,7%)		51 (92,7%)	4 (7,3%)		36 (66,7%)	18 (33,3%)		22 (40,0%)	33 (60,0%)		43 (78,2%)	12 (21,8%)		39 (52,7%)	33 (44,6%)	2 (2,7%)	
Amarela/ Indígena	3 (75,0%)	1 (25,0%)		2 (66,7%)	1 (33,3%)		2 (100,0%)	0 (0,0%)		1 (50,0%)	1 (50,0%)		0 (0,0%)	2 (100,0%)		1 (50,0%)	1 (50,0%)		1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	
Faixa etária	99	16	0,516*	72	27	0,090*	66	6	0,098*	48	23	0,646*	28	44	0,485	53	19	0,284	51	43	5	0,491*
18 a 25 anos	34 (85,0%)	6 (15,0%)		24 (70,6%)	10 (29,4%)		24 (100,0%)	0 (0,0%)		18 (75,0%)	6 (25,0%)		7 (29,2%)	17 (70,8%)		18 (75,0%)	6 (25,0%)		18 (52,9%)	16 (47,1%)	0 (0,0%)	
26 a 35 anos	54 (84,4%)	10 (15,6%)		37 (68,5%)	17 (31,5%)		33 (89,2%)	4 (10,8%)		24 (64,9%)	13 (35,1%)		16 (43,2%)	21 (56,8%)		29 (78,4%)	8 (21,6%)		28 (51,9%)	22 (40,7%)	4 (7,4%)	
36 a 42 anos	11 (100,0%)	0 (0,0%)		11 (100,0%)	0 (0,0%)		9 (81,8%)	2 (18,2%)		6 (60,0%)	4 (40,0%)		5 (45,5%)	6 (54,5%)		6 (73,6%)	5 (45,4%)		5 (45,5%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	
Escolaridade	98	16	0,280*	72	26	0,364*	66	6	0,009*	48	23	0,138*	28	44	0,313*	53	19	0,333*	51	42	5	0,619*
Até 9 anos de estudo	17 (94,4%)	1 (5,6%)		11 (64,7%)	6 (35,3%)		11 (100,0%)	0 (0,0%)		7 (63,6%)	4 (36,4%)		4 (36,4%)	7 (63,6%)		10 (90,9%)	1 (9,1%)		9 (52,9%)	8 (47,1%)	0 (0,0%)	
10 a 12 anos de estudo	65 (82,3%)	14 (17,7%)		47 (72,3%)	18 (27,7%)		45 (95,7%)	2 (4,3%)		35 (74,5%)	12 (25,5%)		1 6 (34,0%)	31 (66,0%)		32 (68,1%)	15 (31,9%)		35 (53,9%)	27 (41,5%)	3 (4,6%)	
Mais de 12 anos de estudo	16 (94,1%)	1 (5,9%)		14 (87,5%)	2 (12,5%)		10 (71,4%)	4 (28,6%)		6 (46,1%)	7 (53,9%)		8 (57,1%)	6 (42,9%)		11 (78,6%)	3 (21,4%)		7 (43,8%)	7 (43,7%)	2 (12,5%)	

*Teste exato de Fisher

e na consulta de pós-parto, estas ocorreram com maior frequência na consulta de puerpério, considerada tardia, uma vez que os benefícios do início do aconselhamento sobre uso de contraceptivos ainda na gestação são amplamente reconhecidos^(2,15). Destaca-se, ainda, a baixa proporção de orientações sobre contracepção na maternidade, local onde seria oportuno oferecer tais informações a todas as mulheres. Por outro lado, observa-se que o DIU foi o contraceptivo mais ofertado nessas instituições, em consonância com as políticas de oferta de métodos mais eficazes nesse período⁽⁸⁾, principalmente após a regulamentação da inserção do DIU pós-parto pelo Ministério da Saúde⁽²²⁾. Nesse contexto, a Rede Cegonha constituiu uma estratégia governamental fundamental para o aprimoramento dos indicadores de saúde materno-infantil, fortalecendo o acesso à contracepção no puerpério por meio da ampliação do DIU pós-parto e pós-abortamento⁽²²⁾. Atualmente, essa política foi transformada e atualizada pela Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024, que reafirma o compromisso com o cuidado integral e humanizado, buscando reduzir as desigualdades regionais e raciais, além de consolidar a expansão do acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes no âmbito do SUS⁽²³⁾.

Evidências consolidadas apontam que indivíduos com menor nível de escolaridade, residentes em áreas rurais e em condições econômicas desfavoráveis apresentam maiores prevalências de necessidades não atendidas de contracepção quando comparados àqueles com maior grau de instrução, residentes em áreas urbanas e com melhores condições financeiras^(4,10,11). No presente estudo, o fato de que as mulheres com menor escolaridade, majoritariamente, acessaram a consulta para iniciar contraceptivo pelo SUS, tanto antes quanto após a gestação, corrobora um dos princípios básicos deste Sistema, que é a oferta de acesso equitativo aos cuidados de saúde.

A promoção da equidade preconizada pelo SUS é fundamental para garantir que as mulheres mais vulneráveis tenham prioridade no recebimento de cuidados adequados de planejamento reprodutivo. Isso fortalece a integralidade deste Sistema e contribui para a construção de uma sociedade mais igualitária e inclusiva. As mulheres pretas e pardas, no período anterior à gestação, acessaram majoritariamente o contraceptivo em farmácias, resultado também observado em estudo transversal de base populacional realizado no país, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, que apontou as farmácias comerciais como principal local de aquisição dos contraceptivos no Brasil⁽²⁴⁾. Contudo, observou-se aumento do acesso aos

métodos no SUS após a gestação, reforçando a hipótese de que a assistência durante a gestação, parto e puerpério pode ser uma porta de entrada para o acesso ao planejamento reprodutivo.

O maior acesso à contracepção no SUS após o parto representa um avanço, todavia, ainda apresenta proporção baixa ao considerar-se o universo de usuárias da APS. Ressalta-se, assim, a necessidade de ampliar e fortalecer o acesso ao planejamento reprodutivo no SUS, bem como qualificar o aconselhamento contraceptivo, tendo em vista que as características do acesso ao planejamento reprodutivo que apresentaram menores proporções foram a definição do contraceptivo a ser utilizado pela mulher e as consultas de acompanhamento após o início do uso do método. Nesse contexto, o profissional enfermeiro assume papel central, uma vez que a educação em saúde e a assistência baseada no cuidado individual, voltadas à promoção da autonomia dos usuários são princípios inerentes à sua atuação⁽¹²⁾. Dessa forma, desempenha papel fundamental nos atendimentos de planejamento reprodutivo, indo além de uma abordagem prescritiva e generalista⁽¹²⁾. Suas ações de aconselhamento não apenas oferecem informações precisas sobre métodos contraceptivos, como também possuem a competência de abordar questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva com alcance facilitado, visto que está em íntimo contato com a população adscrita nos atendimentos diários, contribuindo para o empoderamento e a tomada de decisão informada do usuário. A abordagem centrada no paciente aprimora os resultados em saúde reprodutiva e fortalece a relação de confiança entre profissionais de saúde e a comunidade assistida, promovendo um cuidado integral⁽¹²⁾.

Logo, os achados do presente estudo reforçam a importância de assegurar os direitos à informação, à escolha e ao aconselhamento de qualidade no âmbito do planejamento reprodutivo ao longo de todo o curso de vida reprodutiva da mulher^(19,20). Tal alinhamento com os direitos sexuais e reprodutivos frequentemente não é observado quando a mulher busca apenas o serviço de farmácia, pois dificilmente terá acesso ao aconselhamento e acompanhamento necessários para assegurar a livre escolha informada e a contracepção. Outro resultado positivo refere-se ao fato de que a maioria das características do planejamento reprodutivo avaliadas apresentou proporção superior a 70%, tanto antes quanto após a gestação. Apesar de não representar cenário ideal, evidencia avanços importantes em relação à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e ao acesso oportuno aos serviços de planejamento reprodutivo na APS do município

estudado. Tais avanços contribuem para o alcance dos ODS da Agenda 2030, à medida que o acesso equitativo a serviços de saúde sexual e reprodutiva reforça e fortalece o papel da APS no cumprimento dessas metas globais⁽³⁾.

Limitações

O estudo apresentou uma perda de seguimento totalizando 104 entrevistadas, apesar da adoção de estratégias para minimizar tal ocorrência. Após cinco tentativas de contato, as mulheres que não responderam foram consideradas perdas. Destaca-se a dificuldade da equipe de coleta em localizar as mulheres nesse período sensível de suas vidas. Observou-se uma perda diferencial das mulheres que não viviam com companheiro ($p=0,001$), o que pode ter propiciado um cenário mais positivo do que a realidade, uma vez que estas são as que menos acessam os serviços de planejamento reprodutivo, conforme resultados de estudos prévios^(20,21).

Destaca-se, também, o viés de memória para as perguntas referentes ao período anterior à gestação, pois estas diziam respeito aos dois anos anteriores à última gestação. Ademais, a coleta de dados ocorreu durante a pandemia de COVID-19, dificultando a coleta de dados da linha de base e prolongando o período inicialmente estipulado para a etapa das entrevistas presenciais.

Outro limite encontrado foi em relação à representação do estudo para o cenário nacional, visto que seu território é substancialmente heterogêneo. Os resultados encontrados, principalmente os positivos, foram avaliados em um município no qual a APS possui cobertura de 100% e a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 81,3%, com 589 ESF implantadas⁽²⁵⁾. Logo, a validação externa de tais resultados pode ser limitada para municípios que não tenham uma estruturação da APS bem consolidada.

Apesar dessas limitações, o presente estudo avança ao acompanhar o acesso das mulheres em diferentes momentos de sua trajetória na rede de cuidados, da gravidez ao pós-parto, detalhando características desse acesso de forma mais específica. Por fim, permite comparar disparidades sociodemográficas e analisar como a linha de cuidado da gestação, parto e puerpério pode ser uma oportunidade de acesso das mulheres ao planejamento reprodutivo.

CONCLUSÃO

Observou-se menor acesso ao planejamento reprodutivo no período anterior à gestação, com melhora de alguns indicadores após a gestação. Ademais, ressalta-se

a importância do acesso à linha de cuidado durante a gestação e o puerpério como oportunidade para o acesso ao planejamento reprodutivo entre usuárias dos serviços da APS, principalmente entre aquelas em situação de maior vulnerabilidade social, como mulheres de baixa escolaridade, pretas e pardas. Destaca-se, ainda, que o estudo referiu-se majoritariamente à utilização dos serviços de saúde, que, de acordo com o referencial adotado, corresponde ao acesso efetivo. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecimento e investimento em estratégias de planejamento reprodutivo ao longo de todo o período reprodutivo das mulheres no contexto da APS. Tais avanços objetivam reduzir a ocorrência de gestações não intencionais, ampliar o acesso aos cuidados pré-concepcionais e qualificar o acesso aos métodos contraceptivos, visando à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

AGRADECIMENTOS

Marimar Dias Neiva agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq) e à Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo financiamento da Linha de Base da pesquisa e pela bolsa de Iniciação Científica.

Mariana Santos Felisbino-Mendes agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de Bolsa de Produtividade em Pesquisa, nível C (nº 306849/2025).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Diário Oficial da União; Brasília: DOU;1996 [citado em 2023 out. 15]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/127240/lei-9263-96>
2. Cooper M. Contraception after childbirth in the UK: beyond the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health* [Internet]. 2022 [citado em 2025 ago. 20];48(2):82-3 Disponível em: <https://srh.bmj.com/content/48/2/82>
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development, A/RES/70/1 [Internet]. New York: United Nations; 2015 [citado em 2023 out. 15]. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
4. Starrs A. A Lancet Commission on sexual and reproductive health and rights: going beyond the Sustainable Development Goals. *Lancet* [Internet]. 2015 [citado em 2023 set. 30]; 386(9999):1111-2. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00250-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00250-0/abstract)
5. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* [Internet]. 2013 [citado em 2023

- out. 03];12(1):18. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3610159/>
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [citado em 2023 ago. 23];20(2):S190-8 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkysrJDrZWwzzPVJJpbbXtQ>
7. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974[citado em 2023 set. 23];9(3):208-20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074/>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2023 set. 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
9. Santos BNS, Araújo FG, Paula TF, Matozinhos FP, Felisbino-Mendes MS. Prevalência dos indicadores de saúde pré-concepcional das mulheres brasileiras em idade reprodutiva. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2023;28(11):3367-81 [citado em 2023 set. 30]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.16282022>
10. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021[citado em 2023 set. 30];26(2 supl. 2):3493-504 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
11. Nilson TV, Amato AA, Resende CN, Primo WQS, Nomura RMY, Costa ML, et al. Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2023[citado em 2023 out. 07];57(1):35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rLNZV93NLzLDrDSzby7DRyn/?format=pdf&lang=pt>
12. Jamille GD, Pontes JA, Assis WALM. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013;66(6) [citado em 2023 out. 07]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fQNhCRSvmzhFdmfH9tX6Nx/?lang=pt>
13. Paiva CCN, Caetano R. Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review. *Esc Anna Nery* (Online) [Internet]. 2020 [citado em 2023 set. 20];24(1):20190142. Disponível em: <http://www.ean.periodikos.com.br/article/doi/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0142>
14. Nasser MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015 [citado em 2023 set. 20]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/publico/MarianaArantesNasser.pdf>
15. Silveira LM. Determinantes do início do uso de métodos contraceptivos após o parto em usuárias da Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2022 [citado em 2023 out. 07]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/35fab21f-4077-45fb-8668-eef8436814c5/content>
16. Araújo FG, Abreu MNS, Felisbino-Mendes MS. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2023[citado em 2023 out. 07];39(8):e00229322. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tkJZ6KxbwckZ6ykhv7YkBBM/abstract/?lang=pt>
17. Heller R, Cameron S, Briggs R, Forson N, Glasier A. Postpartum contraception: a missed opportunity to prevent unintended pregnancy and short inter-pregnancy intervals. *J Fam Plann Reprod Health Care* [Internet]. 2015 [citado em 2023 out. 23];42(2):93-8. Disponível em: <https://srh.bmj.com/content/42/2/93>
18. Silva DLF, Crispim SP, Almeida CCB, Schrubbe V, Azevedo FM, Faria FR, Pizato N, Pereira RJ, et al. Improving pregnant women's iodine intake estimates and its prevalence of inadequacy through the use of salt and seasoning covariates. *Nutrients* [Internet]. 2023[citado em 2023 out. 07];15(4):846. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9966772/>
19. Moura LNB, Gomes KRO. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014[citado em 2023 out. 11];19(3):853-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zzXK6X3tyzv6xwBbZbsDLrD/?format=html&lang=pt>
20. Cavenaghi S, Diniz Alves JE. The everlasting outmoded contraceptive method mix in Brazil and its legacy. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2019 [citado em 2023 out. 20] ;36:1-29. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0103-3098a0103>
21. Borges ALV, Santos OA, Nascimento NC, Chofakian CBN, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016[citado em 2023 out. 07];50(2):208-15 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005>
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.459, de 24 junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011 [citado em 2023 out 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Institui a Rede Alyne no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2024 [citado em 2026 jun 1]. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
24. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 2023 out. 14] ;50(supl.2):14s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5cpbxfgGbpCTSHX4dXXyXGK/?format=pdf&lang=pt>
25. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BR) Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Belo Horizonte: SMS/BH; 2018 [citado em 2023 out. 14]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>