REVISTA ELETRÔNICA
ACERVO ENFERMAGEM
ISSN 2674-7189



Barreiras aos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e percepção do risco de infecções sexualmente transmissíveis

Barriers to long-acting reversible contraceptive methods and perception of the risk of sexually transmitted infections

Barreras para el uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración y percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual

Brunna Mayara Lima Santos[1], Francisco Railson Bispo de Barros[1], Andréia Araújo Silva[1], Kézia Alzier Meireles[1], Gleiciele dos Santos Pinto[1], Jacqueline Voltolini de Oliveira[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as barreiras de acesso, aceitação e uso dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração entre mulheres usuárias da atenção primária à saúde e sua relação com a percepção de risco para infecções sexualmente transmissíveis. **Métodos:** Trata-se de estudo de métodos mistos, conduzido com 50 mulheres de 18 a 49 anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado com perguntas fechadas e abertas. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva por meio do software R e os qualitativos por análise de conteúdo temática. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Observou-se elevado conhecimento autorreferido sobre métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (90,0%), porém baixa frequência de aconselhamento profissional prévio (34,0%) e de oferta do dispositivo intrauterino na unidade básica de saúde (28,0%). Houve interesse em utilizar esses métodos em 66,0% das participantes. As principais barreiras relatadas foram medo de dor ou efeitos adversos, falta de informação e dificuldade de acesso. **Conclusão:** Persistem barreiras informacionais, assistenciais e relacionais ao uso desses métodos na atenção primária, além de fragilidades na articulação entre contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva, Saúde sexual, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the barriers to access, acceptance, and use of long-acting reversible contraceptive methods among women using primary health care and their relationship with the perception of risk for sexually transmitted infections. **Methods:** This is a mixed-methods study conducted with 50 women aged 18 to 49 years attending Primary Health Care Units. Data collection was carried out using a structured questionnaire with closed and open-ended questions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics with the R software, and qualitative data using thematic content analysis. The study was approved by a Research Ethics Committee. **Results:** High self-reported knowledge about long-acting reversible contraceptive methods was observed (90.0%), but low frequency of prior professional counseling (34.0%) and of intrauterine device offering at the basic health unit (28.0%). 66.0% of the participants expressed interest in using these methods. The main barriers reported were fear of pain or adverse effects, lack of information, and difficulty of access. **Conclusion:** Informational, care-related, and relational barriers to the use of these methods in primary care persist, in addition to weaknesses in the link between contraception and the prevention of sexually transmitted infections.

Keywords: Reproductive health, Sexual health, Primary health care.

[1] Universidade Estadual de Roraima (UERR), Boa Vista – RR.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | ACEITO EM: 6/2026 | PUBLICADO EM: 11/2026

RESUMEN

Objetivo: Analizar las barreras para el acceso, la aceptación y el uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración entre mujeres que utilizan atención primaria de salud y su relación con la percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual. **Métodos:** Este es un estudio de métodos mixtos realizado con 50 mujeres de entre 18 y 49 años que acudían a Centros de Atención Primaria. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva con el software R, y los datos cualitativos mediante análisis temático de contenido. El estudio fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Se observó un alto conocimiento autoinformado sobre métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (90,0%), pero una baja frecuencia de asesoramiento profesional previo (34,0%) y de ofrecimiento de dispositivos intrauterinos en la unidad básica de salud (28,0%). El 66,0% de las participantes expresó interés en utilizar estos métodos. Las principales barreras reportadas fueron el miedo al dolor o a los efectos adversos, la falta de información y la dificultad de acceso. **Conclusión:** Persisten barreras informativas, asistenciales y relacionales para el uso de estos métodos en atención primaria, además de deficiencias en la articulación entre la anticoncepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave: Salud reproductiva, Salud sexual, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva compreende o exercício da sexualidade e da reprodução com bem-estar, segurança, autonomia e acesso a informações, serviços e insumos adequados. Na Atenção Primária à Saúde (APS), esse cuidado envolve ações educativas, aconselhamento, planejamento reprodutivo, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e acompanhamento longitudinal, favorecendo decisões informadas e coerentes com as necessidades das usuárias (UNFPA e JOHNSON & JOHNSON FOUNDATION, 2022).

A atuação da enfermagem nesse campo também possui respaldo normativo, incluindo consulta de enfermagem, ações preventivas e educativas, prescrição conforme protocolos e participação no planejamento familiar e reprodutivo (COFEN, 2022).

Entre as opções contraceptivas disponíveis, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, conhecidos internacionalmente como LARC (long-acting reversible contraceptives), destacam-se pela elevada eficácia e pela menor dependência do uso contínuo pela usuária. No Brasil, esses métodos incluem os dispositivos intrauterinos hormonais e não hormonais e o implante de etonogestrel, sendo considerados mais eficazes que os métodos de curta ação por não dependerem do uso correto e frequente pela mulher (FEBRASGO, 2022). Santana NCS, et al. (2021) também ressaltam que os métodos LARC apresentam baixa taxa de descontinuidade e constituem alternativa relevante para a prevenção de gestações não planejadas.

Apesar dessas vantagens, sua incorporação ao cotidiano dos serviços de saúde ainda enfrenta barreiras. A falta de informação entre usuárias e profissionais interfere na menor utilização dos métodos LARC, como apontam Santana NCS, et al. (2021). Rebello DM, et al. (2023) acrescentam que, embora esses métodos contribuam para prevenir gestações não planejadas, seu uso depende de conhecimento, acesso e orientação adequada, sobretudo entre grupos mais vulneráveis. Nessa mesma direção, a Febrasgo (2022) destaca como barreiras a dificuldade de acesso, a persistência de mitos sobre riscos e eventos adversos e a insuficiente capacitação profissional para indicação, inserção e seguimento clínico.

Entretanto, a discussão sobre os métodos LARC não se limita à eficácia ou à disponibilidade dos métodos. Brandão ER (2022) problematiza que a ampliação de sua oferta, embora necessária, pode assumir contornos ambíguos quando direcionada a mulheres em contextos de pobreza e precariedade social, especialmente quando o aconselhamento se aproxima de formas de indução da escolha.

Assim, o acesso a tecnologias contraceptivas deve estar articulado ao respeito à autonomia reprodutiva, à liberdade de decidir e à recusa de práticas coercitivas, evitando que o aconselhamento se transforme em controle da fecundidade sob justificativa sanitária (BRANDÃO ER, 2022).

A escolha contraceptiva também precisa ser compreendida para além da informação biomédica, pois envolve processos de socialização, relações de gênero, moralidades e formas cotidianas de gestão do risco. Cabral CS, et al. (2025) destacam que a sexualidade e a reprodução de jovens brasileiros são atravessadas por transformações socioculturais, redes digitais, desigualdades e disputas morais, fatores que interferem nas práticas de prevenção e na percepção dos riscos sexuais. Essa discussão é pertinente porque a escolha de um método contraceptivo não elimina a necessidade de prevenção das IST, exigindo articulação entre contracepção, uso de preservativo e percepção de vulnerabilidade (CABRAL CS, et al., 2025; UNFPA e JOHNSON & JOHNSON FOUNDATION, 2022).

Na APS, essa articulação ganha relevância por reunir ações educativas, aconselhamento, oferta de métodos e cuidado contínuo em saúde sexual e reprodutiva. Embora a produção científica sobre contracepção e métodos LARC tenha se ampliado, ainda há menor exploração da relação entre barreiras de acesso a esses métodos e percepção feminina de risco para IST no contexto da atenção primária. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar as barreiras de acesso, aceitação e uso dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração entre mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde e sua relação com a percepção de risco para infecções sexualmente transmissíveis.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de métodos mistos, com desenho convergente, de caráter transversal, descritivo e exploratório. A adoção dessa abordagem possibilitou reunir dados quantitativos sobre perfil, conhecimento, acesso, interesse de uso e barreiras relacionadas aos métodos LARC, bem como dados qualitativos capazes de aprofundar percepções, experiências e sentidos atribuídos pelas participantes ao uso ou à não utilização desses métodos. As vertentes quantitativa e qualitativa foram coletadas de forma concomitante, analisadas separadamente e integradas na etapa interpretativa.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede pública do município de Boa Vista, Roraima, no contexto da APS, cenário em que se concentram ações de planejamento reprodutivo, aconselhamento contraceptivo e prevenção de IST.

Participantes do estudo

Participaram do estudo mulheres de 18 a 49 anos, usuárias da APS, com vivência de atendimento relacionado à contracepção e/ou à prevenção de IST. A amostragem foi não probabilística, por conveniência. Foram incluídas mulheres na faixa etária definida, cadastradas e acompanhadas na APS, que aceitaram participar da pesquisa.

Foram excluídas mulheres com limitações cognitivas ou de comunicação que impedissem a compreensão do instrumento, bem como aquelas que recusaram participar do estudo. No banco final analisado, foram consideradas 50 participantes.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2025 a janeiro de 2026, mediante aplicação presencial de questionário estruturado, composto por perguntas fechadas e abertas, elaborado conforme os objetivos do estudo e o referencial teórico sobre métodos LARC, barreiras de acesso e percepção de risco para IST.

O instrumento contemplou variáveis sociodemográficas, histórico reprodutivo e contraceptivo, conhecimento sobre métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, barreiras percebidas ao acesso e à aceitação desses métodos, uso de métodos de barreira, percepção de risco para IST e avaliação do aconselhamento recebido nos serviços de saúde. A aplicação ocorreu em ambiente reservado, de forma individual, com duração média de 15 a 20 minutos, resguardando privacidade, sigilo e acolhimento.

Análise e tratamento dos dados

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados no software R, no ambiente RStudio, e submetidos à verificação de consistência, padronização e recodificação analítica das variáveis. Realizou-se análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central e dispersão, quando pertinentes.

De forma complementar, foram realizadas análises exploratórias entre variáveis selecionadas, utilizando-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher para variáveis categóricas, conforme a distribuição das frequências esperadas, e o coeficiente de correlação de Spearman para variáveis numéricas ou ordinais selecionadas. Adotou-se nível de significância de 5%. A ênfase analítica permaneceu na descrição dos dados e no seu diálogo com os achados qualitativos.

As respostas às perguntas abertas foram submetidas à análise de conteúdo temática, em perspectiva descritiva. O processo envolveu leitura flutuante do material, identificação de unidades de sentido, codificação inicial, agrupamento por semelhança temática e construção de categorias interpretativas.

As categorias foram discutidas entre pesquisadora e orientadora, buscando coerência analítica e consenso interpretativo. Esse procedimento permitiu sintetizar, de forma organizada, as percepções das participantes sobre acesso, medo, informação, aconselhamento e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

A integração entre os achados quantitativos e qualitativos ocorreu na fase de interpretação, por meio da análise de convergência, complementaridade e eventual tensão entre os dois conjuntos de dados. Os resultados quantitativos foram utilizados para descrever a frequência e a distribuição dos fenômenos investigados, enquanto os qualitativos contribuíram para aprofundar como essas barreiras e percepções eram vividas e significadas pelas participantes. Essa estratégia é compatível com o desenho convergente de métodos mistos, no qual os dados são coletados simultaneamente, analisados separadamente e integrados ao final.

Aspectos éticos

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 91458925.0.0000.5621, e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer nº 7.886.988. Todas as participantes foram previamente esclarecidas quanto aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, participando mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantir o anonimato e a confidencialidade das participantes, os dados foram identificados por meio de codificação alfanumérica, utilizando-se a letra P, referente a paciente, seguida do número correspondente à ordem da entrevista, como P1, P2, P3 e assim sucessivamente. As informações foram armazenadas em ambiente seguro e acessadas exclusivamente pelas pesquisadoras.

RESULTADOS

Participaram do estudo 50 mulheres usuárias da atenção primária à saúde. Predominaram participantes com idade entre 25 e 34 anos (n=24; 48,0%), de nacionalidade brasileira (n=38; 76,0%) e autodeclaradas pardas (n=30; 60,0%). Em relação à escolaridade, destacou-se o ensino médio completo (n=31; 62,0%), seguido do ensino superior ou mais (n=9; 18,0%).

Quanto ao estado civil, houve predomínio de solteiras (n=30; 60,0%), e, no campo religioso, de evangélicas (n=27; 54,0%). A maior parte das participantes estava trabalhando no momento da coleta (n=29; 58,0%), e a renda mais frequente foi de até 1 salário mínimo (n=31; 62,0%). O número de pessoas na residência apresentou média de 3,72 ± 1,47.

A idade da primeira relação sexual variou de 13 a 24 anos, com média de 17,12 ± 2,62 anos. A maioria das participantes referiu gravidez anterior (n=40; 80,0%), e 25 (50,0%) relataram gravidez não planejada. O número de gestações apresentou média de 1,80 ± 1,44 (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e reprodutiva das participantes, n=50.

Variáveis	Valor
Idade, n (%)	
18 a 24 anos	12 (24,0)
25 a 34 anos	24 (48,0)
35 a 44 anos	11 (22,0)
45 anos ou mais	3 (6,0)
Nacionalidade, n (%)	
Brasileira	38 (76,0)
Estrangeira	12 (24,0)
Raça/cor, n (%)	
Branca	14(28,0)
Preta	5(10,0)
Parda	30(60,0)
Amarela	0 (0,0)
Indígena	1(2,0)
Escolaridade, n (%)	
Fundamental incompleto	2 (4,0)
Fundamental completo	2 (4,0)
Médio incompleto	6 (12,0)
Médio completo	31 (62,0)
Superior ou mais	9 (18,0)
Estado civil, n (%)	
Solteira	30 (60,0)
Casada/União estável	17 (34,0)
Separada/Divorciada	3 (6,0)
Viúva	0 (0,0)
Número de pessoas na residência (média ± dp)	3,72 ± 1,47
Religião, n (%)	
Católica	13 (26,0)
Evangélica	27(54,0)
Espírita	0 (0,0)
Matrizes Africanas	0 (0,0)
Nenhuma	10(20,0)
Outra	0 (0,0)
Atualmente, n (%)	
Trabalhando	29 (58,0)
Desempregada	14 (28,0)
Estudando	4 (8,0)
Casa/Família	3 (6,0)
Renda, n (%)	
Até 1 salário mínimo	31 (62,0)
1 a 2 salários mínimos	9 (18,0)
2 a 3 salários mínimos	6 (12,0)
Mais de 3 salários mínimos	4(8,0)
Idade da primeira relação sexual (média ± dp)	17,12 ± 2,62
Gravidez, n (%)	
Sim	40 (80,0)
Não	10 (20,0)
Número de gestações (média ± dp)	1,80 ± 1,44
Gravidez não planejada, n (%)	
Sim	25 (50,0)
Não	25 (50,0)

Fonte: Santos BML, et al., 2026.

O conhecimento autorreferido sobre métodos LARC foi elevado, referido por 45 participantes (90,0%). Entre os métodos mais conhecidos, destacaram-se o preservativo (n=49; 98,0%), a injeção contraceptiva (n=48; 96,0%), a pílula anticoncepcional (n=47; 94,0%) e o dispositivo intrauterino de cobre (n=41; 82,0%). Em contraste, os indicadores de mediação profissional e acesso foram menos favoráveis: apenas 17 participantes (34,0%) relataram aconselhamento profissional prévio sobre esses métodos, e 14 (28,0%) afirmaram já ter recebido oferta do dispositivo intrauterino na unidade básica de saúde. Quanto ao uso, 10 participantes (20,0%) relataram uso prévio de método LARC, enquanto 33 (66,0%) manifestaram interesse

em utilizá-lo. A percepção de facilidade de acesso ficou igualmente distribuída entre aquelas que o consideraram fácil e difícil (n=25; 50,0% em cada grupo).

Entre as barreiras percebidas, sobressaíram medo de dor ou efeitos adversos (n=25; 50,0%), falta de informação (n=20; 40,0%), dificuldade de acesso na UBS (n=10; 20,0%) e falta de indicação por profissionais (n=8; 16,0%).

Além disso, 17 participantes (34,0%) acreditavam que o DIU poderia causar infertilidade, e a mesma frequência relatou já ter sido desencorajada a utilizá-lo. Esses resultados mostram que, embora o conhecimento autorreferido tenha sido alto, o aconselhamento profissional, a oferta do método e a experiência prévia de uso permaneceram limitados (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Conhecimento, aconselhamento, acesso e interesse em métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, n=50.

Variáveis	n (%)
Conhecimento e aconselhamento	
Conhecimento autorreferido sobre métodos contraceptivos reversíveis de longa duração	45 (90,0)
Aconselhamento profissional prévio sobre esses métodos	17 (34,0)
Oferta prévia de dispositivo intrauterino na Unidade Básica de Saúde	14 (28,0)
Acesso e experiência prévia	
Uso prévio de método contraceptivo reversível de longa duração	10 (20,0)
Percepção de facilidade de acesso	25 (50,0)
Interesse e barreiras percebidas	
Interesse em usar esses métodos	33 (66,0)
Crença de que o dispositivo intrauterino pode causar infertilidade	17 (34,0)
Relato de desencorajamento para uso do dispositivo intrauterino	17 (34,0)
Medo de dor ou efeitos adversos	25 (50,0)
Falta de informação	20 (40,0)
Dificuldade de acesso na unidade básica de saúde	10 (20,0)
Falta de indicação por profissionais	8 (16,0)

Nota: Para os itens de barreiras, respostas múltiplas foram permitidas. **Fonte:** Santos BML, et al., 2026.

O conhecimento autorreferido sobre IST foi elevado, referido por 48 (96,0%) participantes, e 36 (72,0%) relataram orientação prévia sobre o tema. Apesar disso, o uso de preservativo mostrou-se inconsistente: apenas 18 (36,0%) referiram uso em todas as relações sexuais, enquanto 20 (40,0%) relataram uso eventual e 12 (24,0%) não utilizavam o método.

Embora a maioria das participantes não considerasse que os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração dispensassem o uso de camisinha, a autopercepção de risco para IST foi baixa, já que apenas 7 (14,0%) se consideravam em risco. Esses resultados sugerem dissociação entre conhecimento declarado, comportamento preventivo e percepção subjetiva de vulnerabilidade (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Conhecimento, aconselhamento, uso de preservativo e percepção de risco para infecções sexualmente transmissíveis, n=50.

Variáveis	n (%)
Conhecimento e aconselhamento	
Conhecimento autorreferido sobre infecções sexualmente transmissíveis	48 (96,0)
Orientação prévia sobre infecções sexualmente transmissíveis	36 (72,0)
Diagnóstico prévio de infecção sexualmente transmissível	3 (6,0)
Comportamento preventivo	
Uso de preservativo em todas as relações sexuais	18 (36,0)
Uso eventual de preservativo	20 (40,0)
Não uso de preservativo	12 (24,0)
Percepções sobre proteção e vulnerabilidade	
Considera que métodos contraceptivos reversíveis de longa duração dispensam o uso de camisinha	6 (12,0)
Não considera que esses métodos dispensam o uso de camisinha	41 (82,0)
Não soube responder	3 (6,0)
Autopercepção de risco para infecção sexualmente transmissível	7 (14,0)
Não se considera em risco	42 (84,0)
Sem resposta	1 (2,0)

Fonte: Santos BML, et al., 2026.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis categóricas relacionadas ao uso prévio e ao interesse por métodos LARC e à percepção de risco para IST, conforme os testes aplicados. Na análise de correlação de Spearman, identificou-se correlação inversa entre idade da primeira relação sexual e número de gestações (rho=-0,325; p=0,021), indicando que menor idade de iniciação sexual esteve associada a maior número de gestações no grupo estudado.

A análise das respostas abertas resultou em quatro temas: informação insuficiente e pouca visibilidade dos métodos, acesso dificultado pelos serviços, medo, desconfiança e não adaptação ao método e percepção de risco centrada no parceiro e no preservativo.

Informação insuficiente e pouca visibilidade dos métodos

As narrativas indicaram que a informação sobre métodos contraceptivos reversíveis de longa duração era frequentemente percebida como escassa, pouco acessível e insuficientemente trabalhada nos serviços.

Porque não se ouve falar tanto desses métodos e sempre dificultam. (P1)

Falta de informação. (P5)

Acesso dificultado pelos serviços

As participantes relataram indisponibilidade dos métodos, ausência de oferta ativa e dificuldade concreta para consegui-los nas unidades de saúde.

Não oferecem. (P12)

Porque a disponibilidade desses métodos é difícil. (P3)

Medo, desconfiança e não adaptação ao método

Medo, insegurança, desconfiança quanto à eficácia e experiências prévias negativas apareceram como elementos centrais na recusa ou hesitação diante desses métodos.

Por medo. (P43)

Já usei e não gostei. (P6)

Percepção de risco centrada no parceiro e no preservativo

A percepção de proteção frente às IST mostrou-se fortemente associada à ideia de parceiro fixo e ao uso de preservativo.

Porque tenho um parceiro fixo. (P2)

Porque as vezes não uso camisinha. (P1)

Integração dos achados quantitativos e qualitativos

A integração dos dados mostrou convergência entre os dois conjuntos de resultados. O alto conhecimento autorreferido sobre métodos contraceptivos reversíveis de longa duração contrastou, no plano qualitativo, com narrativas de informação insuficiente, pouca visibilidade dos métodos e baixa mediação profissional. Esse padrão converge com a baixa frequência de aconselhamento profissional prévio e de oferta do dispositivo intrauterino na unidade básica de saúde.

Da mesma forma, as barreiras quantitativas mais frequentes – medo de dor ou efeitos adversos, falta de informação e dificuldade de acesso – foram aprofundadas qualitativamente por relatos de insegurança, desconfiança e indisponibilidade dos métodos nos serviços. Na dimensão das infecções sexualmente transmissíveis, o uso irregular do preservativo e a baixa autopercepção de risco foram complementados por relatos que associaram proteção sobretudo à confiança no parceiro fixo e ao uso eventual da camisinha.

Em conjunto, os resultados indicam que o acesso e a aceitação dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, assim como a percepção de risco para infecções sexualmente transmissíveis, se organizam

em dimensões informacionais, assistenciais e relacionais. O **Quadro 1** sintetiza a integração entre os achados quantitativos e qualitativos.

Quadro 1 - Integração dos achados quantitativos e qualitativos, n=50.

Tema qualitativo	Achado quantitativo relacionado	Tipo de integração	Narrativa ilustrativa
Informação insuficiente e pouca visibilidade dos métodos	▪ Conhecimento autorreferido sobre métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (n=45; 90,0%). ▪ Aconselhamento profissional prévio (n=17; 34,0%). ▪ Oferta prévia de dispositivo intrauterino na unidade básica de saúde (n=14; 28,0%).	Convergência com aprofundamento qualitativo	*Porque não se ouve falar tanto desses métodos e sempre dificultam. (P1)* *Falta de informação. (P5)*
Acesso dificultado pelos serviços	▪ Percepção de facilidade de acesso (n=25; 50,0%). ▪ Dificuldade de acesso na unidade básica de saúde como barreira (n=10; 20,0%). ▪ Oferta prévia de dispositivo intrauterino na unidade básica de saúde (n=14; 28,0%).	Convergência	*Não oferecem. (P12)* *Porque a disponibilidade desses métodos é difícil. (P3)*
Medo, desconfiança e não adaptação ao método	▪ Medo de dor ou efeitos adversos (n=25; 50,0%). ▪ Falta de informação (n=20; 40,0%). ▪ Crença de que o dispositivo intrauterino pode causar infertilidade (n=17; 34,0%). ▪ Relato de desencorajamento para uso do dispositivo intrauterino (n=17; 34,0%).	Convergência	*Por medo. (P43)* *Já usei e não gostei. (P6)*
Percepção de risco centrada no parceiro e no preservativo	▪ Uso de preservativo em todas as relações sexuais (n=18; 36,0%). ▪ Uso eventual de preservativo (n=20; 40,0%). ▪ Não uso de preservativo (n=12; 24,0%). ▪ Autopercepção de risco para infecção sexualmente transmissível (n=7; 14,0%).	Complementaridade	*Porque tenho um parceiro fixo. (P2)* *Porque as vezes não uso camisinha. (P1)*

Nota: Quadro elaborado a partir da integração entre os resultados quantitativos e qualitativos do estudo.
Fonte: Santos BML, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo sugerem que o problema central não está apenas na ausência de conhecimento declarado sobre os métodos LARC, mas na distância entre conhecer, acessar e escolher esses métodos em condições de cuidado qualificado. Embora a maioria das participantes referisse conhecer os métodos LARC, foram baixos o aconselhamento profissional prévio e a oferta do dispositivo intrauterino na unidade básica de saúde. Esse resultado indica que a circulação de informação não foi acompanhada, na mesma proporção, por mediação clínica e acesso efetivo. Tal interpretação dialoga com o papel atribuído à APS no planejamento reprodutivo e no fortalecimento das escolhas informadas, bem como com a atuação da enfermagem nesse campo.

Esse descompasso entre conhecimento e acesso converge com a literatura recente. Borges ALV, et al. (2024) mostraram que o uso de métodos LARC no Brasil permanece socialmente mediado, associando-se a características do ciclo reprodutivo e a melhores condições de acesso aos serviços. Linton E, et al. (2023), em síntese qualitativa sobre APS, demonstraram que as barreiras ao uso desses métodos envolvem desinformação, confiança, controle e problemas do sistema de saúde, reforçando que o acesso depende de mediação profissional, disponibilidade do método e continuidade assistencial. Pinheiro AS, et al. (2026), ao mapear indicadores de avaliação da assistência contraceptiva na APS, reforçam a centralidade de dimensões

como aconselhamento, disponibilidade do método, acesso e continuidade do cuidado, situando os resultados deste estudo em uma problemática assistencial mais ampla.

As barreiras mais frequentes encontradas – medo de dor ou efeitos adversos, falta de informação, dificuldade de acesso e crença de que o dispositivo intrauterino pode causar infertilidade – acompanham a literatura recente. Estudos nacionais e internacionais indicam que a insuficiência de informação, os mitos sobre riscos, as preocupações com efeitos colaterais, a insegurança quanto à inserção e remoção dos métodos e a baixa capacitação profissional dificultam a escolha e o uso dos métodos LARC (SANTANA NCS, et al., 2021; FEBRASGO, 2022; SVAHN S, et al., 2021; MANZER JL, et al., 2022). De modo convergente, Gram F, et al. (2025) sintetizaram barreiras recorrentes, como desconhecimento, medo de dor, preocupação com fertilidade futura, desconfiança da eficácia e sensação de perda de controle sobre o corpo. Esses elementos ajudam a compreender por que medo, desconfiança e incerteza corporal permaneceram salientes nas narrativas analisadas.

A discussão sobre barreiras, entretanto, não pode ser reduzida ao plano técnico. Brandão ER (2022) problematiza que a expansão dos métodos LARC, especialmente em contextos de pobreza e vulnerabilidade, pode ocorrer em zonas ambíguas entre ampliação da oferta e direcionamento das escolhas reprodutivas. Essa reflexão é ampliada por Durante JC, et al. (2023), ao defender que o aconselhamento sobre métodos LARC seja orientado por uma perspectiva de justiça reprodutiva, particularmente entre adolescentes e mulheres jovens, evitando que a elevada eficácia do método obscureça a autonomia e a escolha situada. No presente estudo, o interesse em utilizar métodos LARC coexistiu com relatos de desencorajamento e crenças sobre infertilidade. Assim, ampliar a disponibilidade do método não é suficiente; é necessário garantir que a escolha ocorra com informação qualificada, respeito à experiência da usuária e ausência de constrangimento.

Outro aspecto refere-se à distinção entre iniciação e continuidade do método. A baixa experiência prévia com métodos LARC observada neste estudo não deve ser interpretada apenas como dificuldade de adesão inicial, mas também como possível expressão de um contexto assistencial pouco favorável ao uso sustentado e à tomada de decisão segura. Fox KR, et al. (2024) mostraram que pacientes frequentemente enfrentam barreiras para descontinuar LARC quando desejam fazê-lo, muitas vezes relacionadas a fatores do sistema ou a práticas profissionais. Esse achado reforça que o cuidado contraceptivo ético não envolve apenas facilitar a inserção, mas também assegurar acesso à revisão e à remoção quando solicitado. Desse modo, iniciar e interromper o método devem ser compreendidos como dimensões do mesmo compromisso com a autonomia reprodutiva.

Na dimensão das IST, o estudo mostrou outra tensão: conhecimento elevado e orientação prévia relativamente frequente coexistiram com uso inconsistente de preservativo e baixa autopercepção de risco. Esse padrão sugere dissociação entre informação declarada, prática preventiva e percepção subjetiva de vulnerabilidade. Cabral CS, et al. (2025) mostram que os comportamentos sexuais e reprodutivos são atravessados por processos de socialização, moralidades e formas cotidianas de gestão do risco, o que ajuda a explicar por que a proteção não é definida apenas pela informação biomédica. Holt L, et al. (2026) reforçam esse argumento ao demonstrar que a percepção de risco para IST e a decisão sobre dupla proteção são construídas nas relações e moduladas por confiança, vínculo afetivo e avaliação do parceiro.

Esse raciocínio é aprofundado por Loh M, et al. (2023), que analisaram se o uso de preservativo diferia entre adolescentes e jovens mulheres que utilizavam métodos LARC e aquelas que usavam métodos hormonais não LARC. Embora estudos dessa natureza não autorizem inferências simples de substituição entre métodos, eles reforçam a importância de investigar a relação entre métodos LARC e comportamento de dupla proteção. No presente estudo, as narrativas indicaram que a sensação de proteção esteve fortemente associada à ideia de parceiro fixo e ao uso ocasional de camisinha. Isso sugere que a vulnerabilidade às IST é construída no interior das relações, e não apenas a partir das informações disponíveis. Esse achado reforça a necessidade de que o aconselhamento contraceptivo na APS integre, de forma mais explícita, contracepção e prevenção das IST, sem pressupor que o conhecimento sobre uma dimensão se traduza automaticamente em proteção na outra.

A principal contribuição deste estudo está em demonstrar que conhecer, acessar, escolher e sentir-se protegida são dimensões distintas do cuidado em saúde sexual e reprodutiva. O desenho de métodos mistos permitiu que os dados quantitativos dimensionassem a frequência dos fenômenos, enquanto os dados qualitativos mostraram como eles são vividos e justificados pelas participantes. Essa integração evitou uma leitura superficial do percentual elevado de conhecimento sobre métodos LARC e do conhecimento autorreferido sobre IST, revelando que ambos coexistem com barreiras institucionais, crenças corporais e lógicas relacionais de gestão do risco.

Algumas limitações devem ser reconhecidas. A amostra foi não probabilística, por conveniência, e restrita a um contexto local, o que limita generalizações. Parte dos dados foi autorreferida, inclusive em temas sensíveis como uso de preservativo e percepção de risco, o que pode introduzir viés de desejabilidade social. Ainda assim, a coerência entre os resultados quantitativos e qualitativos fortalece a plausibilidade interpretativa dos achados. Pesquisas futuras podem ampliar a diversidade territorial da amostra, comparar cenários regionais distintos e aprofundar a análise das práticas de aconselhamento contraceptivo e prevenção combinada na APS, inclusive a partir da perspectiva dos profissionais.

Em síntese, os achados indicam que as barreiras aos métodos LARC e a baixa percepção de risco para IST não decorrem apenas de lacunas de informação. Elas resultam da interação entre organização da oferta, qualidade do aconselhamento, crenças sobre o corpo e modos relacionais de interpretar proteção e vulnerabilidade. Essa leitura reforça a necessidade de qualificar o cuidado em saúde sexual e reprodutiva na APS, integrando acesso contraceptivo, autonomia reprodutiva e prevenção das IST.

CONCLUSÃO

Entre mulheres usuárias da APS, os métodos LARC mostraram-se amplamente conhecidos, mas ainda atravessados por barreiras relacionadas ao aconselhamento profissional insuficiente, à baixa oferta nos serviços, ao medo de efeitos adversos e à circulação de informações incompletas. Também se observou uso inconsistente de preservativo e baixa autopercepção de risco para IST. Embora não tenham sido identificadas associações estatisticamente significativas entre as variáveis categóricas analisadas, a integração dos achados quantitativos e qualitativos evidenciou fragilidades importantes entre conhecimento, acesso, uso de preservativo e percepção subjetiva de risco para IST. Os achados apontam para a necessidade de qualificar o aconselhamento contraceptivo na APS, ampliar o acesso equitativo aos métodos e integrar, de forma mais efetiva, autonomia reprodutiva, dupla proteção e atenção às necessidades das usuárias.

REFERÊNCIAS

1. BRANDÃO ER. Contracepção reversível de longa duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos? Saúde Debate, 2022; 46(especial 1): 237-247.
2. BORGES ALV, et al. Uso de métodos contraceptivos de longa ação e principais preocupações de suas usuárias. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2024; 24: e20230056.
3. CABRAL CS, et al. Sexuality and reproduction: contributions of multisituated socioanthropological research with “digital natives”. Cadernos de Saúde Pública, 2025; 41(4): e00229323.
4. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 690/2022: normatiza a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo. Cofen: Brasília-DF, 2022.
5. DURANTE JC, et al. Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review of Practices to Support Better Communication, Counseling, and Adherence. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 2023; 14: 97-114.
6. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Contracepção reversível de longa ação. FEBRASGO: São Paulo-SP, 2022.
7. FOX KR, et al. Patient Barriers to Discontinuing Long-Acting Reversible Contraception. Maternal and Child Health Journal, 2024; 28(2): 192-197.

8. UNFPA, JOHNSON & JOHNSON FOUNDATION. Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica: informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde. UNFPA Brasil: Brasília-DF, 2022.
9. GRAM F, et al. Barriers and negative perceptions of long-acting reversible contraceptives: a qualitative systematic review and meta-study. Discover Medicine, 2025; 2: 25.
10. HOLT L, et al. The theoretical understanding of risk perception and dual-method contraceptive decision-making among Texas adolescent and young adult cisgender females. PLoS One, 2026; 21(4): e0343687.
11. LINTON E, et al. Understanding barriers to using long-acting reversible contraceptives (LARCs) in primary care: a qualitative evidence synthesis. BMJ Sexual & Reproductive Health, 2023; 49(4): 282-292.
12. LOH M, et al. Long-acting reversible contraception and condom use: a cohort study of female adolescents and young adults in New York City. Contraception, 2023; 125: 110081.
13. MANZER JL, et al. Comparing methods of long-acting reversible contraception: a qualitative study of Delaware women's perceptions of intrauterine devices and the implant. Contraception, 2022; 113: 73-77.
14. PINHEIRO AS, et al. Indicators for evaluating contraceptive care in primary health care: a scoping review. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2026; 47: e20250185.
15. REBELLO DM, et al. Uso de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração em adolescentes: revisão de literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2023; 9(9): 2470-2474.
16. SANTANA NCS, et al. Contracepção reversível de longo prazo em adolescentes: benefícios e barreiras. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 2021; 12: e8177.
17. SVAHN S, et al. Contraception use and attitudes: women's concerns regarding hormonal contraception and copper intrauterine devices. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2021; 26(6): 473-478.