

## Uso de métodos anticonceptivos e intencionalidad de embarazo entre las mujeres usuarias del Sistema Público de Salud Brasileño

Celia Regina Maganha e Melo<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3007-971X>

Ana Luiza Vilela Borges<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2807-1762>

Luciane Simões Duarte<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9173-607X>

Natália de Castro Nascimento<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2498-5281>

**Objetivo:** analizar el uso de métodos anticonceptivos y la intencionalidad de embarazo entre las mujeres que usan el Sistema Público de Salud Brasileño, SUS. **Método:** estudio transversal realizado con 688 mujeres de entre 18 y 49 años, usuarias de las Unidades de Estrategia de Salud Familiar en la zona este de la ciudad de São Paulo, Brasil, que esperaban por su cita médica o de enfermería. Datos obtenidos a través de entrevistas con un instrumento estructurado, cargado en *tablets*. El análisis se realizó con el “fuerte deseo de evitar el embarazo” como variable dependiente. Se utilizó regresión logística múltiple y prueba de chi-cuadrado, calculadas en Stata 14.2. **Resultados:** 56,5% utilizaba algún método anticonceptivo; 56.5% utilizó algún método anticonceptivo, covariables del fuerte deseo de evitar el embarazo: estado civil (OR= 0.49; IC 95% = 0.33-0.74), paridad - dos y más niños (OR = 15 , 9; IC 95% = 4.29-59.1); y planificación del embarazo: planeado (OR = 0,69; IC 95% = 0,73-0,94) y ambivalente (OR = 2,94; IC 95% = 1,30-3,83). No hubo diferencia estadística entre el fuerte deseo de evitar el embarazo y el tipo de anticonceptivo utilizado. **Conclusión:** las mujeres con un fuerte deseo de evitar el embarazo utilizaron básicamente los mismos tipos de métodos anticonceptivos que las mujeres en general, lo que demuestra que no recibieron apoyo para lograr sus preferencias reproductivas.

**Descriptorios:** Anticoncepción; Salud Sexual y Reproductiva; Intención; Salud de la Mujer; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Melo CRM, Borges ALV, Duarte LS, Nascimento NC. Contraceptive use and the intention to become pregnant among women attending the Brazilian Unified Health System. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3328. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3451.3328>.

mes día año

URL

## Introducción

Actualmente, la salud sexual se entiende como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad. No solamente abarca determinados aspectos de la salud reproductiva, sino también la posibilidad de tener una vida sexual agradable y segura, libre de coerción, discriminación y violencia. Lograr el más alto nivel posible de salud sexual está estrechamente relacionado con el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos, la no discriminación, la privacidad y la confidencialidad, para estar libres de violencia y coerción, así como los derechos a la educación, información y acceso a servicios de salud<sup>(1)</sup>.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994<sup>(2-3)</sup>, los gobiernos se comprometieron a posibilitar que las personas tomaran decisiones conscientes sobre su salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta los derechos humanos fundamentales, ya que, en general, millones de mujeres querían evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas usaban ningún método anticonceptivo, o los usaban de manera inapropiada y discontinua, o aún usaban métodos poco eficaces y de corta duración<sup>(4)</sup>.

En cambio, muchas mujeres en el mundo usan métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo, pero fracasan por varias razones, como no haber recibido instrucciones esclarecedoras sobre cómo usar el método correctamente, no haber obtenido el método que mejor se adapte a sus necesidades clínicas, sociales y reproductivas o a raíz de limitaciones en la disponibilidad en los servicios de salud<sup>(5)</sup>.

Brasil ha experimentado una fuerte caída en la tasa de fertilidad en las últimas décadas, la cual, registró una baja de 6,3 hijos por mujer en 1960 a 1,7 hijos en 2018<sup>(6)</sup>. El historial de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (*Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*, PNDS) muestra que la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años, que se encontraban en pareja, aumentó del 66,2% en 1986 al 80,6% en 2006<sup>(7)</sup>.

La ocurrencia de embarazos no deseados representó el 44% de los embarazos que ocurrieron en los cinco años anteriores al PNDS 2006<sup>(8)</sup>, los resultados ratificados por la encuesta *Pesquisa Nascer no Brasil* de 2014 indican que el 55,4% de las gestaciones no fueron intencionadas entre las púérperas encuestadas. Se sabe que las gestaciones no intencionales pueden tener un efecto negativo en las mujeres y sus hijos; contribuyen a la ocurrencia de abortos inducidos resultando en la principal causa de mortalidad materna en países con leyes restrictivas de aborto. Además, los nacimientos no deseados se asocian con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, atención prenatal tardía y bebés con mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, parto prematuro, depresión materna<sup>(9-10)</sup>.

Un estudio realizado en Oklahoma examinó el efecto de las intenciones de embarazo en tres momentos diferentes: el período prenatal, el período posparto inmediato y el período de la primera infancia. Los efectos estimados fueron más fuertes en el período prenatal y disminuyeron a los dos años de edad, lo que sugiere que, con el tiempo, las madres se adaptan a los partos involuntarios y responden a las necesidades de salud de sus hijos pequeños, independientemente del *status* de la intención. En el período prenatal, las mujeres con embarazos no deseados tenían menos probabilidades de participar en comportamientos de promoción de la salud que las mujeres con un embarazo deseado<sup>(11)</sup>.

En vista de lo anterior, es esencial abordar el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos y rastrear sus intenciones y preferencias reproductivas, a fin de brindar la asesoramiento y suministros anticonceptivos de acuerdo con sus necesidades. En cuanto a las responsabilidades que tiene la red de salud pública para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la Estrategia de Salud Familiar (ESF) juega un papel importante. Para el correcto funcionamiento del programa, es esencial que la Unidad de Salud ponga a disposición los diversos métodos anticonceptivos y en una cantidad compatible con la realidad local, porque la falta de insumos limita la elección de los usuarios e impone el uso de un determinado método sin observar características individuales. La provisión de anticonceptivos suficientes para los usuarios garantiza el acceso equitativo a los métodos y su ausencia constituye la negación de un derecho constitucional<sup>(12)</sup>.

Así, se supone que el contexto de atención inadecuada en la anticoncepción puede causar discrepancias entre las preferencias reproductivas de las mujeres usuarias del Sistema Público de Salud (*Sistema Único de Saúde*, SUS) y sus prácticas anticonceptivas, es decir, no se sabe en qué medida las prácticas anticonceptivas de las mujeres que utilizan el SUS están subsidiadas en función de una elección individual e informada o se deben a las limitaciones de los cuidados anticonceptivos, lo que las lleva a utilizar métodos anticonceptivos que son poco o nada congruentes con sus preferencias reproductivas y su intención de embarazo.

El objetivo de este estudio es, por lo tanto, analizar el uso de métodos anticonceptivos y la intencionalidad de embarazo entre las mujeres que acceden al SUS, así como describir los métodos anticonceptivos utilizados por esas mujeres, analizando sus preferencias y comparando el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con la intención de quedar embarazada. Este conocimiento puede facilitar la toma de decisiones al establecer prioridades de inversión en políticas públicas, con el objetivo de cumplir con la intención reproductiva y el método anticonceptivo ofrecido por Atención Primaria.

## Método

Este es un estudio cuantitativo y transversal realizado en el este de la ciudad de São Paulo/SP, Brasil. La población de estudio consistió en una muestra probabilística de mujeres de 18 a 49 años, usuarias de Unidades de Estrategia de Salud Familiar en la parte este de la ciudad de São Paulo/SP, específicamente en la microrregión Itaim Paulista.

El cálculo del muestreo se basó en la técnica de muestreo probabilístico<sup>(13)</sup>, con la cual, a partir de una muestra, se pueden generalizar las características de la población y ampliar los datos al grupo de mujeres entre 18 y 49 años en el municipio de São Paulo. En vista del propósito del estudio, para el dimensionamiento del tamaño de la muestra (n), se decidió utilizar la variable "uso de métodos anticonceptivos" como parámetro, con la finalidad de estimar el porcentaje de mujeres de 18 a 49 años, que han usado métodos anticonceptivos en la región Sureste, según PNDS 2006<sup>(14)</sup>. El cálculo mostró que sería necesario entrevistar a 684 mujeres en el grupo de edad establecido. Cuatro Unidades Básicas de Salud, de entre diez Unidades de Estrategia de Salud Familiar de la microrregión de Itaim, fueron sorteadas, y se invitó a las mujeres que esperaban una cita médica o de enfermería en las Unidades de Estrategia de Salud Familiar (UESF) a participar en el estudio. El criterio de inclusión fue haber comenzado la vida sexual; y el de exclusión estar embarazada, haber hecho ligadura de trompas y/o tener una pareja vasectomizada. El número de mujeres entrevistadas en cada Unidad de Salud de la Supervisión Técnica de Salud Itaim Paulista fue de 171. A las mujeres elegibles, se les explicó el objetivo de la investigación y, después de la aceptación, se leyó y firmó el formulario de Consentimiento Libre Previo e Informado.

Para llevar a cabo la recopilación de datos, se formó un equipo de investigadoras mujeres, estudiantes universitarias y profesionales de la salud debidamente capacitadas, con experiencia previa en la recopilación de datos con entrevistas personales. Las investigadoras de campo fueron supervisadas continuamente por los coordinadores de investigación, a través de visitas de seguimiento a la UESF y reuniones para entregar entrevistas realizadas durante la semana.

El instrumento estructurado utilizado para la recopilación de datos consistió en preguntas sobre características sociodemográficas, antecedentes reproductivos, uso de métodos anticonceptivos e intención reproductiva.

Los datos se recopilaron en *tablets* y se gestionaron utilizando las herramientas electrónicas de captura de datos de *Research Electronic Data Capture* (REDCap)<sup>(15)</sup>. La recolección tuvo lugar de diciembre de 2017 a febrero de 2018, durante los días laborables de la semana, por la mañana y por la tarde. El análisis de

datos se realizó utilizando el *software* Stata versión 14.0 dividido en los siguientes pasos: a) caracterización del perfil sociodemográfico, el comportamiento reproductivo y anticonceptivo de las mujeres, además de la intención reproductiva, a través de números y proporciones absolutas. Las variables analizadas para el perfil sociodemográfico fueron: edad (18-24; 25-34; 35 y más); raza/color de piel auto declarada (blanco, pardo, negro, amarillo); religión (ninguna, católica, evangélica, otras); escolaridad (último ciclo que concluyó con la aprobación de 8 años, 9 años o más); estado civil (unido: sí, no); propia fuente de ingresos (sí o no); plan de salud (sí o no); clase económica A/BC/D/E según el Criterio de Clasificación Económica de Brasil 2015<sup>(16)</sup>. Para el análisis del comportamiento reproductivo y anticonceptivo, se analizaron las siguientes variables: edad de la menarca; edad de iniciación sexual; número de parejas sexuales en su vida; embarazo anterior (sí o no); edad al primer embarazo; número de embarazos; antecedentes de aborto (sí o no) y número de hijos vivos.

Para analizar la relación entre las preferencias reproductivas y las prácticas anticonceptivas, se optó por la medición de la planificación del embarazo utilizando la *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), versión de Brasil. Este instrumento es breve y autoadministrado, y consta de seis elementos que conforman el dominio de planificación del embarazo. Una de las potencialidades de LMUP es la clasificación más allá de la posición dicotómica y artificial de "planeado" o "no planeó el embarazo", ya que hace posible clasificar a las mujeres como teniendo un embarazo ambivalente. Esto significa que el instrumento no ignora la complejidad de las experiencias femeninas relacionadas con la reproducción, incluidas las ambivalencias o incertidumbres<sup>(17)</sup>. A tal efecto, durante la entrevista el uso de anticonceptivos se definió como uso de cualquier método. En un principio, la variable "fuerte deseo de evitar el embarazo" se creó combinando las variables "le gustaría quedar embarazada" (no quiere (más) quedar embarazada, quiere inmediatamente, entre 1 y 2 años, 2 años o más, no sabe/no está segura); "importancia de prevenir el embarazo" (muy importante, indiferente, poco importante); "hora de quedar embarazada" (incorrecto, ni correcto/ni incorrecto, correcto); y "sentimiento si ocurre un embarazo inesperado" (triste/infeliz, indiferente, no sabe, contenta/feliz). Así, la variable "fuerte deseo de evitar el embarazo" es la suma de los códigos para estas cuatro variables, que variaron de 4 a 12, cuanto mayor es el puntaje, mayor es el deseo de evitar el embarazo y menor es el puntaje, más débil es el deseo de evitar el embarazo. Sin embargo, la variable se analizó de forma dicotómica, atribuyéndose el código 0 (cero) a las mujeres que sumaron hasta 10 y el código 1 (uno) a las mujeres que sumaron 11 y 12, es decir, informaron al menos tres situaciones que expresan

fuertemente que no quisieron quedar embarazadas, entre los cuatro posibles<sup>(18)</sup>.

Los aspectos asociados con tener un fuerte deseo de no embarazarse fueron analizados mediante regresión logística múltiple, en la que las variables se insertaron simultáneamente en el modelo. La principal variable independiente fue el tipo de método anticonceptivo utilizado. Esta variable consideró la efectividad de los métodos reversibles y permanentes de acuerdo con *Effectiveness of Family Planning Methods*<sup>(19)</sup> siendo de "alta eficacia" (menos de 01 embarazos por cada 100 mujeres/año); "eficacia media" (6-12 embarazos por cada 100 mujeres/año) y "eficacia baja" (18 o más embarazos por cada 100 mujeres/año).

El estudio siguió los preceptos éticos de la Resolución 466/2012 y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con la Opinión nº 60967616.5.0000.5390.

## Resultados

Se contactó a 847 mujeres que esperaban por sus citas médicas o de enfermería, de las cuales 688 fueron elegibles, 72 se negaron a participar y 87 no fueron elegibles. Entre

las 688 mujeres entrevistadas, 255 (37,7%) tenían entre 25 y 34 años, 573 (83,3%) asistieron a la Escuela Secundaria, 308 (44,8%) eran adeptas de alguna religión evangélica, 508 (73,9%) se declararon no blancas, 444 (64,5%) no unidas en pareja, 365 (53,1%) no tenían sus propios ingresos, 565 (82,1%) no tenían seguro médico y 479 (70,9%) encajaban en la clase económica C. En cuanto a la paridad, 297 (43,2%) tenían dos o más hijos, 266 (62,1%) revelaron que no les gustaría tener (más) hijos y 389 (56,5%) estaban usando algún método anticonceptivo; 179 (41,8%) de las mujeres no les gustaría tener (más) hijos, siendo asociado con la edad ( $p < 0,001$ ) y la paridad ( $p < 0,001$ ). El uso de métodos anticonceptivos (MAC) no fue asociado con el número de mujeres a las que no les gustaría tener (más) hijos, edad y paridad (Tabla 1).

Para conocer la intencionalidad del embarazo, se preguntó a las mujeres si les gustaría tener (más) hijos cuyos resultados fueran estadísticamente significativos para la edad ( $p < 0,001$ ), sin acuerdo médico ( $p < 0,005$ ) y paridad ( $p < 0,001$ ). En cuanto a la importancia de prevenir el embarazo, hubo una asociación entre la paridad ( $p < 0,001$ ) y el no uso de anticoncepción ( $p < 0,001$ ), como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 1 - Características y proporción de mujeres que desearían o no tener (más) hijos según las variables socioeconómicas y demográficas. São Paulo, SP, Brasil, 2018

Variable	Le gustaría tener (más) hijos							
	N	%	No	%	Sí	%	No sabe	%
Edad (años)								
				p<0,001				
18-24	214	31,1	86	20,1	111	50,2	17	43,6
25-34	255	37,7	162	37,8	79	35,7	14	35,9
35+	219	31,9	180	42,1	31	14,0	8	20,5
Educación				p 0,061				
Escuela Primaria	21	3,0	15	3,5	5	2,3	1	2,6
Escuela Secundaria	573	83,3	367	85,7	174	78,7	32	82,0
Enseñanza Superior	94	13,7	46	10,7	42	19,0	6	15,4
Religión				p 0,121				
Ninguna	176	26,4	113	26,4	59	26,7	4	10,3
Católica	175	25,4	117	27,3	49	22,2	9	23,1
Evangélica	308	44,8	179	41,8	104	47,1	25	64,1
Otras	29	4,22	19	4,4	9	4,1	1	2,6
Color declarado*				p 0,094				
Branca	179	26,1	102	23,9	62	28,2	15	38,5
No blanca	508	73,9	326	76,2	158	71,8	24	61,5
Unida				p 0,412				
Sí	244	35,5	144	33,6	84	38,0	16	41,0
No	444	64,5	284	66,4	137	62,0	23	59,0
Ingresos propios				p 0,367				
No	365	53,1	225	52,6	115	52,3	25	64,1
Sí	322	46,9	203	47,4	105	47,7	14	35,9
Seguro de salud				p 0,006				
No	565	82,1	363	84,8	167	75,6	35	89,7
Sí	123	17,9	65	15,2	54	24,4	4	10,3

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variable	Le gustaría tener (más) hijos								
	N	%	No	%	Sí	%	No sabe	%	
Clase económica*									p 0,542
A+B	158	23,4	92	21,7	55	25,36	11	28,9	
C	479	70,9	303	71,6	151	70,2	25	65,8	
D+E	39	5,8	28	6,6	9	4,2	2	5,3	
Paridad									p<0,001
Ninguno	128	18,6	33	7,7	82	37,1	13	33,3	
1 hijo	263	38,2	129	30,1	114	51,6	20	51,3	
2 hijos +	297	43,2	266	62,1	25	11,3	6	15,4	
Utiliza MAC†									p 0,422
No	299	43,5	179	41,8	104	47,1	16	41,0	
Sí	389	56,5	249	58,2	117	53,0	23	59,0	
Total	688	100	428	100	221	100	39	100	

\*Algunas mujeres no respondieron; †MAC = Métodos anticonceptivos

Tabla 2 - Número y proporción de mujeres según intencionalidad e importancia en la prevención del embarazo. São Paulo, SP, Brasil, 2018

Variable	Quiere tener (más) hijos			Importante prevenir el embarazo						
	No	Sí	No sabe	Mucho	Indif.*	Poco				
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)				
Edad (años)							p <0,001			p 0,282
18-24	98(21,7)	113(51,6)	3(16,7)	195(32,4)	7(20,6)	12(23,1)				
25-34	169(37,4)	75(34,2)	11(61,1)	223(37,0)	13(38,2)	19(36,5)				
35 y más	184(40,8)	31(14,2)	4(22,2)	184(30,6)	14(41,2)	21(40,4)				
Educación							p 0,063			p 0,168
Escuela Primaria	15(3,3)	5(2,3)	1(5,6)	17(2,8)	1(2,9)	3(5,8)				
Escuela Secundaria	386(85,6)	172(78,5)	15(83,3)	506(84,0)	24(70,6)	43(82,7)				
Enseñanza Superior	50(11,1)	42(19,2)	2(11,1)	79(13,1)	9(26,5)	6(11,5)				
Clase económica							p 0,735			p 0,980
A y B	98(22,0)	56(26,4)	4(22,2)	139(23,4)	9(26,5)	10(20,4)				
C	320(71,7)	146(69,0)	13(72,2)	420(70,8)	23(67,6)	36(73,5)				
D y E	28(6,3)	10(4,7)	1(11,1)	34(5,7)	2(5,9)	3(6,1)				
Color declarado							p 0,208			p 0,302
Branca	108(23,9)	65(29,8)	6(33,3)	151(25,0)	11(33,3)	17(32,7)				
No blanca	343(76,0)	153(70,2)	12(66,7)	451(74,9)	22(66,8)	35(67,3)				
Religión							p 0,557			p 0,444
Ninguna	118(26,1)	55(25,1)	3(16,7)	158(26,2)	9(26,5)	9(17,3)				
Católica	122(27,0)	48(21,9)	5(27,8)	149(24,7)	8(23,5)	18(34,6)				
Evangélica	191(42,3)	107(48,9)	10(55,6)	272(45,2)	14(41,2)	22(42,3)				
Otra	20(4,4)	9(4,1)	-	23(3,8)	3(8,8)	3(5,8)				
Ingresos propios							p 0,507			p 0,894
No	238(52,7)	115(52,7)	12(66,7)	321(53,4)	18(52,9)	26(50,0)				
Sí	213(47,2)	103(47,2)	6(33,3)	280(46,6)	16(47,1)	26(50,0)				
Acuerdo médico							p 0,005			p 0,886
No	386(85,6)	165(75,3)	14(77,8)	493(81,9)	28(82,3)	44(84,6)				
Sí	65(14,4)	54(24,7)	4(22,2)	109(18,1)	6(17,6)	8(15,4)				
Unión estable							p 0,312			p 0,761
No	156(34,6)	84(38,4)	4(22,2)	216(35,9)	12(35,3)	16(30,8)				
Sí	295(65,4)	135(61,6)	14(77,8)	386(64,1)	22(64,7)	36(69,2)				

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Variable	Quiere tener (más) hijos			Importante prevenir el embarazo		
	No	Sí	No sabe	Mucho	Indif.*	Poco
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Paridad (hijos)		p <0,001			p <0,001	
0	40(8,9)	88(40,2)	-	98(16,3)	14(41,2)	16(30,8)
1	142(31,5)	108(49,3)	13(72,2)	228(37,9)	12(35,3)	23(44,2)
2 y más	269(59,6)	23(10,5)	5(27,8)	276(45,9)	8(23,5)	13(25,0)
LMUP†		p 0,182			p 0,107	
Planificado	142(34,9)	52(37,4)	8(44,4)	174(34,5)	11(52,4)	17(43,6)
Ambivalente	181(44,5)	69(49,6)	9(50,0)	231(45,8)	9(42,9)	19(48,7)
No planificado	84(20,6)	18(12,9)	1(5,6)	99(19,6)	1(4,8)	3(7,7)
Uso de MAC‡		p 0,021			p <0,001	
No	190(42,1)	106(48,4)	3(16,7)	237(39,4)	23(67,6)	39(75,0)
Sí	261(57,9)	113(51,6)	15(83,3)	365(60,6)	11(32,4)	13(25,0)
Total	451(100)	219(100)	18(100)	602(100)	34(100)	52(100)

\*Indif. = Indiferente; †LMUP = *London Measure of Unplanned Pregnancy*; ‡MAC = Métodos anticonceptivos

Se les preguntó a las mujeres cómo tomarían la situación en caso de quedar embarazadas. Los resultados fueron estadísticamente significativos para la paridad ( $p < 0,001$ ) y el uso del método anticonceptivo ( $p < 0,001$ ). En cuanto a la sensación en relación con un embarazo inesperado, hubo una asociación entre la paridad ( $p < 0,001$ ) y la ambivalencia para un embarazo no deseado ( $p < 0,001$ ) (Tabla 3).

Según la Tabla 4, mujeres con fuerte deseo de evitar el embarazo, tenían, en mayor medida, 35

años o más ( $p = 0,015$ ); dos o más niños ( $p < 0,001$ ) y tuvieron su último embarazo no planeado ( $p = 0,002$ ). El análisis de regresión logística múltiple mostró que estar en una unión estable (OR=0,49; IC 95% 0,33-0,74), tener dos o más hijos (OR=15,9; IC 95% 4,29-59,1) y el último embarazo no planeado (OR=2,94; IC 95% 1,30-3,83) se asociaron con un fuerte deseo de evitar el embarazo.

Tabla 3 - Número y proporción de mujeres según cómo consideran el momento del embarazo y la sensación de embarazo no planificado. São Paulo, SP, Brasil, 2018

Variable	Momento del embarazo			Sentimiento para embarazo inesperado.			
	Incorrecto	No sabe	Correcto	Triste	Indif.*	N.sabe†	Feliz
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Edad (años)		p 0,219			p 0,504		
18-24	141(32,9)	44(33,8)	29(22,5)	57(28,0)	15(32,6)	56(36,1)	86(30,4)
25-34	153(35,7)	48(37,0)	54(41,9)	85(41,7)	15(32,6)	48(31,0)	107(38,0)
35 y +	135(31,5)	38(29,2)	46(35,7)	62(30,4)	16(34,8)	51(34,8)	90(31,8)
Educación		p 0,308			p 0,144		
Ed. Prim.‡	16(3,7)	1(0,8)	4(3,1)	11(5,4)	- (0,0)	4(2,6)	6(2,1)
Ed. Sec.	360(83,9)	110(84,6)	103(79,8)	166(81,4)	41(89,1)	135(87,1)	231(81,7)
Ed. Superior	53(12,3)	19(14,6)	22(17,0)	27(13,2)	5(10,9)	16(10,3)	46(16,2)
Clase económica§		p 0,581			p 0,411		
A+B	94(22,2)	33(25,8)	31(25,0)	45(22,4)	14(31,1)	30(19,7)	69(24,8)
C	304(71,7)	86(67,2)	89(71,8)	144(71,6)	30(66,7)	109(71,7)	196(70,5)
D+E	26(6,1)	9(7,0)	4(3,2)	12(6,0)	1(2,2)	13(8,5)	13(4,7)
Color		p 0,514			p 0,413		
Blanca	106(24,7)	35(26,9)	38(29,7)	49(24,0)	11(23,9)	36(23,2)	83(29,4)
N.blanca	323(75,3)	95(73,1)	90(70,3)	155(76,0)	35(76,1)	119(76,8)	199(70,6)
Religión		p 0,947			p 0,500		
Ninguna	110(25,6)	34(26,1)	32(24,8)	53(26,0)	12(26,1)	45(29,0)	66(23,3)
Católica	110(25,6)	36(27,7)	29(22,5)	47(23,0)	13(28,3)	43(27,7)	72(25,4)
Evangélica	190(44,3)	56(43,1)	62(48,1)	98(48,0)	20(43,5)	57(36,8)	133(47,0)
Otra	19(4,4)	4(3,1)	6(4,6)	6(2,9)	1(2,2)	10(6,4)	12(4,2)

(continúa...)

Tabla 3 - continuación

Variable	Momento del embarazo			Sentimiento para embarazo inesperado.			
	Incorrecto	No sabe	Correcto	Triste	Indif.*	N.sabe†	Feliz
Ingresos propios <sup>§</sup>		p 0,922				p 0,424	
No	229(53,5)	67(51,5)	69(53,5)	103(50,5)	22(49,0)	79(51,0)	161(57,0)
Sí	199(46,5)	63(48,5)	60(46,5)	101(49,5)	23(51,0)	76(49,0)	122(43,0)
Acuerdo médico		p 0,749				p 0,575	
No	356(83,0)	105(80,8)	104(80,6)	166(81,4)	38(82,6)	133(85,8)	
Sí	73(17,0)	25(19,2)	25(19,4)	38(18,6)	8(17,4)	22(14,2)	
Unión Estable		p 0,007				p 0,249	
No	171(39,9)	39(30,0)	34(26,4)	77(37,7)	18(39,1)	61(39,3)	88(31,1)
Sí	258(60,1)	91(70,0)	95(73,6)	127(62,2)	28(60,9)	94(60,6)	195(69,0)
Paridad		p<0,001				p<0,001	
Ninguno	59(13,7)	26(20,0)	43(33,3)	15(7,3)	9(19,6)	26(16,8)	78(27,6)
01 hijo	160(37,3)	54(41,5)	49(38,0)	64(41,3)	19(41,3)	64(41,3)	113(40,0)
02 y +	210(49,0)	50(38,5)	37(28,7)	122(59,8)	18(39,1)	65(41,9)	92(32,5)
LMUP <sup>§</sup>		p 0,053				p<0,001	
Planif.	123(33,5)	40(38,1)	39(42,4)	51(27,4)	17(43,6)	38(29,2)	96(46,9)
Ambiv. <sup>  </sup>	167(45,5)	55(52,4)	37(40,2)	91(48,9)	10(25,6)	66(50,8)	92(44,0)
No planif. <sup>¶</sup>	77(21,0)	10(9,5)	16(17,4)	44(23,7)	12(30,8)	26(20,0)	21(10,0)
Uso de MAC**		p<0,001				p 0,394	
No	175(40,7)	49(37,7)	75(58,1)	86(42,2)	24(52,2)	61(39,4)	128(45,2)
Sí	254(59,3)	81(62,3)	54(41,9)	118(57,8)	22(47,8)	94(60,6)	155(54,8)
Total	429(100)	130(100)	129(100)	204(100)	46(100)	155(100)	283(100)

\*Indif. = Indiferente; †N. sabe = No sabe; ‡algunas mujeres no respondieron; §LMUP = *London Measure of Unplanned Pregnancy* utilizada solamente para mujeres que ya tenían hijos; ||Ambiv. = Ambivalente; ¶No planif. = No planificado; \*\*MAC = Métodos anticonceptivos

Tabla 4 - Número y proporción de mujeres con fuerte deseo de evitar el embarazo. São Paulo, SP, Brasil, 2018

Variable	Fuerte deseo de evitar el embarazo.		Quiere embarazarse/ es ambivalente			OR	IC 95%
	n	%	N	%	p		
Edad (años)							
18-24	71	33,2	143	66,8	0,015	1	-
25-34	108	42,3	147	57,6		0,98	0,62-1,54
35+	102	46,6	117	53,4		1,12	0,68-1,86
Educación							
Ed. Primaria	11	52,3	10	47,6	0,067	1	-
Ed. Secundaria	241	42,1	332	57,9		0,66	0,24-1,77
Ed. Superior	29	30,8	68	59,1		0,51	0,16-1,57
Clase económica							
A+B	60	38,0	98	62,0	0,643	1,0	-
C	201	42,0	278	58,0		0,87	0,56-1,35
D+E	17	43,6	22	56,4		0,63	0,27-1,46
Color declarado							
Branca	63	65,2	116	64,8	0,071	1	-
No blanca	218	42,9	290	57,1		1,18	0,80-1,76
Religión							
Ninguna	72	40,9	104	59,1	0,675	1	-
Católica	77	44,0	98	56,0		1,19	0,73- 1,94
Evangélica	119	38,6	189	61,4		0,90	0,59-1,37
Otras	13	44,8	16	55,2		2,21	0,88-5,54
Ingresos propios							
No	146	40,0	219	60,0	0,608	1	-
Sí	135	41,9	187	58,1		1,01	0,71-1,44

(continúa...)

Tabla 4 - *continuación*

Variable	Fuerte deseo de evitar el embarazo.		Quiere embarazarse/ es ambivalente			OR	IC 95%
	n	%	N	%	p		
Acuerdo médico							
No	238	42,1	327	57,9	0,143	1	-
Sí	43	35,0	80	65,0		1,01	0,63-1,61
Unión Estable							
No	102	41,8	142	58,2	0,704		-
Sí	179	40,3	265	59,7		0,49	0,33-0,74
Paridad							
Ninguno	16	12,5	112	87,5	<0,001	1	-
1 hijo	95	36,1	168	63,9		6,61	1,97-24,3
2 hijos +	170	57,2	127	42,8		15,9	4,29-59,1
LMUP*							
N. embarazo <sup>†</sup>	79	32,6	23	10,2		0,2	0,1-0,5
Planificado	77	38,1	125	61,9	0,002	0,69	0,73-0,94
No planif. <sup>‡</sup>	124	47,9	135	52,1		1,71	0,95-2,14
Ambivalente	61	59,2	42	40,8		2,94	1,30-3,83
Tipo de MAC <sup>§</sup> utilizado (efectividad)							
No utiliza	182	44,7	007	41,6	0,845	1	-
Baja	117	41,6	182	44,7		1,12	0,55-2,25
Media	1	6,8	26	6,4		1,33	0,91-1,92
Alta	137	48,7	190	46,7		1,23	0,40-3,71

\*LMUP = *London Measure of Unplanned Pregnancy*; <sup>†</sup>N. embarazo = Nunca se embarazó; <sup>‡</sup>No. planif. = No planificado; <sup>§</sup>MAC = Métodos anticonceptivos

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre tener un fuerte deseo de evitar el embarazo y el tipo de método anticonceptivo utilizado, es decir, las mujeres con un fuerte deseo de evitar el embarazo utilizaron básicamente los mismos métodos anticonceptivos que utilizaba la generalidad de las mujeres. Durante la entrevista se definió el uso de anticonceptivos como uso de cualquier método anticonceptivo. Ningún método anticonceptivo se asoció con el fuerte deseo de prevenir el embarazo. Se destaca que, incluso la no utilización de métodos anticonceptivos fue similar (Tabla 5).

Tabla 5 - Número y proporción de mujeres con un fuerte deseo de evitar el embarazo, asociado con el uso de anticonceptivos. São Paulo, SP, Brasil, 2018

Método anticonceptivo en uso	Fuerte deseo de evitar el embarazo.				
	No		Sí		p
	n	%	n	%	
Ninguno	182	44,7	117	41,6	0,423
Inyección trimestral	97	43,5	84	51,2	0,128
Pastilla	94	42,3	53	32,7	0,055
Condón masculino	40	18,1	25	15,4	0,492
DIU	10	4,5	8	4,9	0,858
Condón femenino	1	0,4	1	0,6	0,822
Interrupción del coito	1	0,5	1	0,6	0,825
Calendario	1	0,4	1	0,6	0,823

## Discusión

Este estudio contempló sentimientos, intenciones y actitudes hacia un posible embarazo con mujeres que tenían una vida sexual activa, pero que no necesariamente tenían hijos, entre 18 y 49 años, sin ligadura de trompas, parejas no vasectomizadas, con un fuerte deseo de evitar el embarazo. Aunque la mayoría manifestaba un fuerte deseo de evitar el embarazo, el uso de anticonceptivos fue similar para quienes no lo tenían. Se mostraron ambivalentes sobre los embarazos no planificados, hacían uso de métodos anticonceptivos de efectividad media y baja.

El no uso de métodos anticonceptivos por un número considerable de mujeres que no deseaban quedar embarazadas, se puede comparar a los datos del PNDS, que mostró que el uso de métodos anticonceptivos aumentó sustancialmente en Brasil, pero no se puede ignorar que la práctica anticonceptiva se basa en la subjetividad y no en la racionalidad<sup>(9)</sup>. Aunque el uso de métodos anticonceptivos es alto en el país, un estudio a nivel nacional mostró que la mayoría de las mujeres no tenían la intención de quedar embarazadas, deseaban esperar más o no deseaban ser madres en ningún momento<sup>(10)</sup>.

En un análisis prospectivo con mujeres latinas de la frontera de los Estados Unidos de América (EE. UU.)-México, se investigó en qué medida el uso

de métodos anticonceptivos se asoció con el deseo de prevenir un embarazo. Utilizando la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar (NSFG), las mujeres que respondieron que no querían otro embarazo, no estaban usando métodos anticonceptivos, ni les preocupaba quedar embarazadas<sup>(17,20)</sup>.

Las intenciones de embarazo pueden ser complejas e involucrar una variedad de factores emocionales y psicológicos, producto de intenciones individuales y múltiples influencias sociales y económicas entrelazadas, incluidos los factores comunitarios, las relaciones de pareja y las concepciones personales sobre el embarazo.

Comprender las intenciones del embarazo de una mujer puede ayudar a garantizar que use métodos más efectivos y/o más consistentes, reduciendo así la probabilidad de embarazos no deseados, siempre que tengan acceso a los medios para hacerlo<sup>(20-21)</sup>.

La relación entre la motivación para evitar el embarazo y las intenciones y sentimientos incongruentes a menudo se examina observando el tipo de método anticonceptivo utilizado y el uso correcto. Existe evidencia de que la ambivalencia de las mujeres en la prevención del embarazo está asociada con el uso inconsistente o incorrecto de anticonceptivos o el uso de métodos menos efectivos. Así, el uso de métodos anticonceptivos puede no ocurrir de manera constante y continua, lo que implica situaciones de vulnerabilidad anticonceptiva<sup>(22)</sup>.

Cuando las mujeres expresan la intención de embarazo, sus comportamientos anticonceptivos no son necesariamente congruentes. En función de factores emocionales, psicológicos y culturales, los comportamientos a menudo no se alinean con las intenciones y las intenciones pueden cambiar con el tiempo. Muchas mujeres expresan ambivalencia sobre su intención de embarazo. Formular planes para un embarazo puede parecer irrealista para muchas personas, ya que no se perciben a sí mismas con potestades de control reproductivo<sup>(22)</sup>.

Otra consideración es si el mero uso de anticonceptivos debe interpretarse como evidencia de una intención de prevenir el embarazo. En este estudio, la mayoría de las mujeres que usaban algún tipo de método anticonceptivo respondieron que era muy importante prevenir el embarazo y que si ocurría la gestación, esta sería en el momento equivocado, pero se sentirían gozosas y felices, mostrando ambivalencia de sentimiento.

Un estudio realizado en los EE. UU. entre 2008, 2012 y 2014 sobre el uso de métodos anticonceptivos, mostró que las mujeres usaron y descontinuaron los métodos seleccionados en función de las características de estos métodos, incluidos los efectos secundarios, la eficacia y la facilidad de uso<sup>(17)</sup> limitándose al acceso, servicios planificados, discriminación en entornos de salud y barreras financieras<sup>(18)</sup>.

Muchas mujeres pueden considerar que ciertos métodos son difíciles de usar correctamente porque no están satisfechas con ciertos aspectos, como la interferencia con la función sexual, los efectos secundarios negativos o la no aceptación por parte de su pareja (por ejemplo, condones masculinos y femeninos y/o pastillas)<sup>(23-24)</sup>.

En este sentido, el *The Contraceptive CHOICE Project* (CHOICE) buscó reducir los embarazos no deseados mediante la eliminación de barreras al costo, educación y acceso a anticonceptivos altamente efectivos. Fue un estudio de cohorte prospectivo de más de 9.000 mujeres de 14 a 45 años que recibieron asesoramiento anticonceptivo escalonado para crear conciencia sobre todos los métodos reversibles disponibles, particularmente los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC). La mayoría de las participantes del estudio eligieron el dispositivo intrauterino de levonorgestrel, el implante subdérmico y el dispositivo intrauterino de cobre, respectivamente<sup>(25)</sup>, lo que genera ahorros sustanciales debido a la mayor aceptación de anticonceptivos altamente efectivos y la consiguiente prevención del embarazo y el nacimiento no deseado<sup>(26)</sup>.

Nuestros resultados mostraron que una proporción considerable de mujeres que tenían un fuerte deseo de evitar el embarazo no usaban método anticonceptivo. Para aquellos que usaron algún método, se encontró el uso de métodos de eficiencia media y baja<sup>(19)</sup>, lo que demuestra que las mujeres pueden no estar asistidas en el logro de sus preferencias reproductivas.

Un análisis acerca de la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos y tradicionales por tipo de método en Brasil, encontró que la mayoría de las mujeres usaban la pastilla o no usaban ningún método<sup>(23)</sup> lo que se corresponde con nuestros resultados.

Se entiende que es imperativo que los servicios de salud se organicen para ofrecer anticonceptivos de calidad y en cantidad suficiente para satisfacer las demandas de los usuarios. La falta de anticonceptivos o incluso la falta de acceso y suministro se encuentran entre las razones más citadas en países de bajos y medianos ingresos para demandas no atendidas, no utilización e interrupción de la anticoncepción<sup>(23)</sup>.

La disponibilidad de anticonceptivos va más allá del hecho de apoyar el mejoramiento en la calidad de la salud de las mujeres. Es importante desarrollar y establecer sistemas confiables en la cadena de suministro para garantizar que los bienes y servicios satisfagan las necesidades de anticoncepción de las mujeres. Si son eficientes, mejoran la calidad de la atención y el apoyo para elegir métodos anticonceptivos modernos. El fortalecimiento de la cadena de suministro puede mejorar la seguridad anticonceptiva, ya que

todos los clientes podrán elegir libremente, obtener y usar anticonceptivos de buena calidad<sup>(27)</sup>.

El aspecto limitante de esta investigación se constituyó en su realización limitada a una región y la no inclusión de todas las regiones. De esa manera, se recomienda su replicación para conocer otros escenarios. A pesar de esta limitación, los resultados del presente estudio pueden aportar nuevas contribuciones para dilucidar la intención de embarazo, la importancia de la prevención, el momento oportuno para el embarazo, los sentimientos hacia un embarazo inesperado, el no uso métodos anticonceptivos o la discontinuidad asociada con la intencionalidad de embarazo.

## Conclusión

Conocer la intencionalidad del embarazo es un elemento esencial para comprender por qué las mujeres con un fuerte deseo de evitar el embarazo usan los mismos métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres en general. Este estudio confirma la fuerte relación entre el embarazo no deseado, la ambivalencia y el uso o no de métodos anticonceptivos, lo que indica la necesidad de implementar políticas públicas que garanticen no solo el acceso, sino la expansión de opciones de métodos anticonceptivos más efectivos. Las evidencias sugieren un camino prometedor para futuras investigaciones sobre los impactos en la salud provenientes del embarazo no deseado.

## Referencias

1. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. 4<sup>th</sup> ed. [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2019 Dec, 14]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf)
2. Reproductive Health Supplies Coalition. Take Stock. An empty shelf is everyone's problem. [Internet]. 2016 [cited 2018 Set, 1] Available from: <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/initiatives/take-stock/>
3. United Nations Population Fund. Fecundidade e dinâmica da população brasileira. Sumário executivo Brasil. 2018 [Internet]. [Acesso 20 out 2018]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br>
4. World Health Organization. Family planning: a global handbook for providers evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. [Internet]. 2011 [cited 2018 Sep, 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44028>
5. World Health Organization. Every Woman Every Child 2015 The Global Strategy for women's, children's and adolescents health (2016-2030). [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug, 29]. Available from: <http://www.everywomaneverychild.org/>
6. United Nations Population Fund. Situação da População Mundial 2018 - O Poder de Escolha: Direitos reprodutivos e a transição demográfica. [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec, 18]. Available from: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/situacao-dapopulacao-mundial-2018>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rumos para Cairo + 20: Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Brasília; 2010. [Acesso 10 set 2018]. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cairo\\_spm.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cairo_spm.pdf)
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS: 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório. Brasília; 2008. [Acesso 19 mar 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
9. ESHRE Capri Workshop Group. Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. Hum Reprod. [Internet]. 2018 [cited Dec 14, 2019]33(5):777-83. Available from: <https://academic.oup.com/humrep/article/33/5/777/4967895>
10. Hall J. A., Stephenson J. Barrett G. On the Stability of Reported Pregnancy Intentions from Pregnancy to 1 Year Postnatally: Impact of Choice of Measure, Timing of Assessment, Women's Characteristics and Outcome of Pregnancy. Matern Child Health J. [Internet]. 2019 [cited Aug 18, 2019]23(10):1177-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6658581/>
11. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: An analysis of longitudinal data in Oklahoma. Matern Child Health J. [Internet]. 2015 [cited June 26, 2019];19(5):1087-96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388754/>
12. Bezerra, EJ, Almeida TSC, Passos NCR, Paz CT, Borges-Paluch LR Reproductive Planning and Family Health Strategy: Care Dynamics and the Challenges of the Program. Arq Cienc Saúde UNIPAR. [Internet]. 2018 [cited Dec 10, 2018];22(2):99-108. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6349>
13. Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP; 2001.
14. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009 [Acesso 15 dez 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)

15. REDCap Consortium International. Research Electronic Data Capture [Homepage]. São Paulo. 2011. Disponível em: <https://redcap.hc.fm.usp.br/>
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Homepage]. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org)
17. Mumford SL, Sapra KJ, King RB, Louis JF, Buck Louis GM. Pregnancy intentions - a complex construct and call for new measures. *Fertil Steril*. [Internet]. 2016 [cited Aug 22, 2018];106(6):1453-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5159192/>
18. 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 [cited Mar 22, 2018];50(2):208-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005>
19. World Health Organization. Family Planning: A Global Handbook for Providers. 4<sup>th</sup> ed. [Internet]. Geneva; 2011 [cited Mar 5, 2018]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>
20. Wekesa E, Askew I, Abuya T. Ambivalence in pregnancy intentions: The effect of quality of care and context among a cohort of women attending family planning clinics in Kenya. *PLoS One*. [Internet]. 2018 [cited Mar 19, 2018];13(1):e0190473. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29315327>
21. Keenan K. Novel methods for capturing variation in unintended pregnancy across time and place. *Lancet Glob Health*. [Internet] 2018 [cited Jul 22, 2018];6(4):e352-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29519648>
22. Borrero S, Nikolajski C, Steinberg JR, Freedman L, Akers AY, Ibrahim S, et al. "It just happens": a qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning. *Contraception* [Internet]. 2015 [cited Apr 20, 2018];91(2):150-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4303515/>
23. Aiken AR. Happiness About Unintended Pregnancy And Its Relationship to Contraceptive Desires Among a Predominantly Latina Cohort. *Perspect Sex Reprod Health*. [Internet]. 2015 [cited June 23, 2018];47(2):99-106, Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4487420/>
24. Aiken AR, Dillaway C, Mevs-Korff N. A blessing I can't afford: factors underlying the paradox of happiness about unintended pregnancy. *Soc Sci Med*. [Internet]. 2015 [cited Mar 22, 2018];132(1):149-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400251/>
25. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to longacting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2010 [cited Mar 28, 2018];203(2):115.e1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910826/>
26. Madden T, Barker AR, Huntzberry MK, Secura GM, Peipert JF, McBride TD. Medicaid savings from the Contraceptive CHOICE Project: a cost savings analysis. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. [cited Mar 28, 2018];219(6):595.e1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6741429/>
27. United Nations Population Fund. Fecundidade e dinâmica da população brasileira. [Internet]. 2018 [Acesso 20 nov 2018]. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop\\_brasil\\_web.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf)

Recibido: 03.07.2019

Aceptado: 08.04.2020

Editora Asociada:  
Maria da Graça Pereira

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:  
Celia Regina Maganha e Melo  
E-mail: [celiamelo@usp.br](mailto:celiamelo@usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0003-3007-971X>