

PERCEPÇÃO DE RISCO E ESCOLHA DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Risk perception and choice of hormonal contraceptives: an integrative review

Raiana Garibaldi da Silva Leal^{1*}, Talita Bischof²

¹Discente do Curso de Enfermagem. UniGuairacá. Guarapuava – Paraná. Brasil.

²Orientadora. Especialista em Saúde Pública, com ênfase em Doenças Infecciosas e Parasitárias, pela Unicentro. Mestranda do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde da UniGuairacá. Paraná. Brasil.

Submetido em: 11.09.2026; Aceito em: 12.09.2026; Publicado em: 13.09.2026.

*raigaribaldidasilvaleal@gmail.com

Resumo: Objetivo: Analisar a percepção de risco e os fatores que influenciam decisões de mulheres sobre iniciar, manter, trocar ou interromper anticoncepcionais hormonais. Método: revisão integrativa em PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Google Scholar, com publicações de 2020 a julho de 2026 em português, inglês e espanhol. Resultados: a decisão mostrou-se multifatorial. Destacaram-se receio de eventos adversos, alterações de humor e sangramento, experiências anteriores, eficácia, praticidade, controle sobre a interrupção, influência de familiares e redes sociais, confiança profissional e barreiras de acesso. Relatos pessoais frequentemente tiveram maior peso subjetivo que estimativas populacionais. Conclusão: o aconselhamento de enfermagem deve ser individualizado, não coercitivo e baseado em comunicação transparente de benefícios, riscos absolutos, incertezas e alternativas, com acompanhamento e respeito à escolha da mulher.

Palavras-chave: Anticoncepcionais hormonais; Percepção de risco; Tomada de decisão; Saúde da mulher; Enfermagem.

Abstract: Objective: To analyze risk perception and the factors influencing women's decisions regarding starting, continuing, switching, or discontinuing hormonal contraceptives. Method: An integrative review using PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library (VHL), SciELO, and Google Scholar, covering publications from 2020 to July 2026 in Portuguese, English, and Spanish. Results: The decision-making process proved to be multifactorial. Key factors included fear of adverse events, mood changes, and bleeding patterns; previous experiences; efficacy; convenience; control over discontinuation; the influence of family and social networks; trust in healthcare professionals; and access barriers. Personal accounts often carried greater subjective weight than population-level estimates. Conclusion: Nursing counseling should be individualized, non-coercive, and based on transparent communication regarding benefits, absolute risks, uncertainties, and alternatives, while ensuring follow-up and respect for the woman's choice.

Keywords: Hormonal contraceptives; Risk perception; Decision-making; Women's health; Nursing.

INTRODUÇÃO

A contracepção hormonal integra as estratégias de planejamento reprodutivo e inclui formulações combinadas de estrogênio e progestagênio, métodos contendo apenas progestagênio, injetáveis, implantes subdérmicos, adesivos, anéis vaginais e sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel. Embora compartilhem o objetivo de prevenir a gestação, esses métodos diferem

quanto à via de administração, à dependência do uso correto, ao perfil de sangramento, aos benefícios não contraceptivos, às contraindicações e à reversibilidade prática. Por isso, a decisão não pode ser reduzida a uma classificação única de eficácia; ela exige compatibilizar evidências clínicas com valores, projetos reprodutivos e experiências corporais da usuária (Teal; Edelman, 2021; WHO; Johns Hopkins, 2022).

O conceito de risco é central nessa escolha. Em linguagem epidemiológica, risco corresponde à probabilidade de um evento ocorrer em determinado período, mas, no cotidiano, a mulher também interpreta a gravidade, a controlabilidade e a familiaridade do evento. Um efeito raro, porém amplamente divulgado, pode ser percebido como mais ameaçador do que um problema mais frequente e menos visível. Ao mesmo tempo, sintomas comuns, como sangramento irregular, cefaleia, sensibilidade mamária, náusea ou mudanças de humor, podem ser toleráveis para algumas usuárias e inaceitáveis para outras, especialmente quando interferem no trabalho, na sexualidade, na imagem corporal ou nas relações sociais (Mu; Kulkarni, 2022; Baker; Creinin, 2022).

A percepção de risco não resulta apenas do conhecimento técnico. Ela é construída por histórias familiares, experiências anteriores, aconselhamento profissional, informações de bulas, reportagens, comunidades digitais e conteúdos produzidos em redes sociais. Em plataformas online, relatos de efeitos adversos tendem a ser detalhados, emocionalmente marcantes e organizados em torno de experiências individuais. Esse tipo de narrativa pode suprir lacunas deixadas por consultas breves, mas também pode dificultar a distinção entre associação temporal, efeito causal, variação fisiológica e desinformação. As usuárias recorrem a diferentes plataformas para comparar métodos e interpretar sintomas, evidenciando necessidades informacionais não atendidas pelos serviços (McDowall; Antoniak; Mimno, 2023).

A literatura recente também questiona modelos de aconselhamento centrados exclusivamente na eficácia contraceptiva. Métodos reversíveis de longa duração possuem elevada efetividade e reduzida dependência da usuária, porém a preferência por um método de curta duração pode expressar desejo de autonomia para iniciar e interromper o uso sem procedimento clínico. Quando a equipe enfatiza uma opção como superior, desconsidera prioridades pessoais ou dificulta a remoção de um dispositivo, o cuidado pode ser percebido como pressão. A literatura destaca a transição de uma lógica de promoção de métodos para uma lógica de acesso, escolha informada e aconselhamento centrado na paciente (Horvath; Bumpus; Luchowski, 2020; ACOG, 2022).

No Brasil, as desigualdades sociais e territoriais influenciam o planejamento reprodutivo, o acesso às consultas, a disponibilidade de métodos e a continuidade do acompanhamento. A escolha aparente pode ser limitada pelo método existente na unidade de saúde, pelo custo no setor privado, pelo tempo de espera, pela necessidade de receita ou procedimento e pelo receio de julgamento. O uso contraceptivo deve ser interpretado em conjunto com desigualdades de escolaridade, renda, raça/cor, idade e acesso aos serviços, evitando responsabilizar individualmente a mulher por decisões produzidas em condições estruturais desiguais (Trindade et al., 2021).

Para a enfermagem, compreender a decisão contraceptiva como processo é particularmente relevante. Enfermeiros atuam na educação em saúde, no acolhimento, na identificação de contraindicações, no acompanhamento de sintomas, na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e no encaminhamento para outros profissionais. A consulta de enfermagem pode reduzir incertezas quando apresenta riscos em números compreensíveis, esclarece o que é esperado nos primeiros meses, identifica sinais de alerta e estabelece um plano de retorno. Também pode ampliar a autonomia quando pergunta primeiro sobre os objetivos da mulher, em vez de iniciar a conversa pela indicação de um método específico.

Diante disso, formulou-se a seguinte questão norteadora: como as mulheres percebem os riscos dos anticoncepcionais hormonais e quais fatores influenciam suas decisões de iniciar, manter, trocar ou interromper esses métodos? O estudo justifica-se pela necessidade de integrar evidências clínicas, psicossociais e assistenciais que subsidiem práticas de enfermagem mais seguras, comunicativas e respeitadas. Assim, o objetivo foi analisar a percepção de risco e os fatores que influenciam a decisão de mulheres quanto ao uso de anticoncepcionais hormonais, por meio de revisão integrativa da literatura publicada entre 2020 e 2026.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, método que permite reunir pesquisas com diferentes delineamentos para compreender um fenômeno complexo, identificar convergências e lacunas e produzir

uma síntese aplicável à prática. A condução foi organizada em seis etapas: definição do problema; elaboração da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; busca e seleção das publicações; extração e avaliação crítica das informações; e síntese temática. Para aumentar a transparência, foram adotados elementos de relato do PRISMA 2020 compatíveis com a natureza integrativa do estudo (Page et al., 2021).

A questão foi estruturada pelo acrônimo PICO: população (P), mulheres em idade reprodutiva ou usuárias potenciais de contracepção; interesse (I), percepção de risco e fatores relacionados à decisão; e contexto (Co), uso de anticoncepcionais hormonais em serviços de saúde ou na comunidade. A formulação final foi: quais percepções de risco, experiências, valores e condições assistenciais influenciam a decisão de mulheres sobre anticoncepcionais hormonais?

As buscas foram realizadas em julho de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Google Scholar. Foram combinados descritores e termos livres em português e inglês: “anticoncepcionais hormonais”, “contracepção hormonal”, “percepção de risco”, “tomada de decisão”, “preferência”, “efeitos adversos”, “aconselhamento contraceptivo”, “autonomia reprodutiva”, “hormonal contraceptivos”, “risk perception”, “decision making”, “contraceptive counseling”, “side effects” e “reproductive autonomy”. Os operadores booleanos AND e OR foram adaptados às particularidades de cada fonte.

Foram incluídas publicações de janeiro de 2020 a julho de 2026, em português, inglês ou espanhol, com texto completo acessível, que apresentassem resultados ou sínteses diretamente relacionados à escolha, continuidade, troca, interrupção, efeitos percebidos, aconselhamento, acesso ou segurança de métodos hormonais. Consideraram-se estudos observacionais, pesquisas qualitativas, revisões sistemáticas, revisões clínicas, documentos de consenso e diretrizes com contribuição direta para a questão. Foram excluídas duplicatas, editoriais sem análise, textos exclusivamente sobre contracepção masculina, pesquisas sem relação com decisão da usuária e publicações centradas apenas em contracepção de emergência.

A triagem ocorreu inicialmente por título e resumo, seguida da leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Para cada publicação selecionada, foram registrados autoria, ano, país ou abrangência, delineamento, população ou fonte de dados, método contraceptivo, fatores decisórios e implicações para o cuidado. A análise crítica considerou clareza dos objetivos, adequação metodológica, coerência entre resultados e conclusões, limitações e aplicabilidade ao contexto da saúde da mulher.

A síntese foi conduzida por análise temática. Os achados foram comparados, agrupados por semelhança de sentido e organizados em cinco categorias: percepção de riscos clínicos e efeitos adversos; experiências corporais e impacto na qualidade de vida; atributos do método e projeto reprodutivo; informação, relações sociais e ambiente digital; e acesso, aconselhamento e autonomia. Documentos técnicos internacionais foram utilizados para contextualizar elegibilidade clínica e comunicação de segurança, sem substituir a análise das experiências das mulheres (CDC, 2024a; 2024b).

Por utilizar publicações disponíveis publicamente e não envolver coleta direta de dados com seres humanos, a pesquisa não necessitou de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados os princípios de integridade científica, atribuição das fontes, fidelidade aos resultados e distinção entre evidências de associação e causalidade. Uma limitação metodológica é a heterogeneidade dos estudos e dos sistemas de saúde, que impede estimar um único efeito ou generalizar todas as experiências para a população brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de síntese reuniu 15 publicações centrais, complementadas por documentos técnicos recentes. Predominaram estudos e revisões internacionais, refletindo maior volume de pesquisas sobre aconselhamento, segurança e experiências de uso em países de alta renda. A produção brasileira contribuiu principalmente para a discussão das desigualdades de acesso e do planejamento reprodutivo. Os trabalhos foram publicados entre 2020 e 2024, com atualização das recomendações clínicas por documentos de 2024. O Quadro 1 apresenta as características essenciais das fontes que sustentaram as categorias analíticas.

Autor/ano	Abrangência e delineamento	Foco	Contribuição para a revisão
Horvath; Bumpus; Luchowski (2020)	EUA; revisão de programa	Acesso a métodos de longa duração	Defende mudança de metas de adesão para acesso e escolha sem coerção.
Kavanaugh; Pliskin (2020)	EUA; inquéritos populacionais	Padrões de uso contraceptivo	Idade, paridade, intenção reprodutiva e disponibilidade influenciam o método utilizado.
Trindade et al. (2021)	Brasil; estudo transversal	Desigualdades no planejamento reprodutivo	Escolha e uso são condicionados por fatores sociais e acesso aos serviços.
De Wit et al. (2021)	Internacional; revisão sistemática e metanálise em rede	Contracepção hormonal e sintomas depressivos	Ensaio randomizados não demonstraram piora depressiva consistente no conjunto, mas heterogeneidade individual permanece relevante.
Teal; Edelman (2021)	Revisão clínica	Efetividade e eventos adversos	Comparação deve considerar eficácia, contraindicações, sangramento, benefícios e preferências.
Haakenstad et al. (2022)	204 países; análise sistemática	Mix de métodos e demanda atendida	Oferta e contexto nacional moldam as opções efetivamente disponíveis.
Mu; Kulkarni (2022)	Revisão clínica	Humor e contracepção hormonal	Reações variam; história de saúde mental e temporalidade dos sintomas precisam ser avaliadas.
ACOG (2022)	Consenso profissional	Aconselhamento centrado na paciente	Recomenda decisão compartilhada, neutralidade e respeito à autonomia.
Baker; Creinin (2022)	Revisão clínica	Métodos reversíveis de longa duração	Alta eficácia convive com sangramento irregular, necessidade de procedimento e preferência individual.
Reed et al. (2022)	Coorte multicêntrica	Perfuração associada ao DIU	Eventos graves são incomuns, mas comunicação deve considerar momento de inserção e fatores clínicos.
Anthony et al. (2022)	Coorte de grande porte	Expulsão de DIU	Risco varia conforme idade, paridade, sangramento e contexto reprodutivo.
UN DESA (2022)	Análise global	Uso por idade e método	Preferências e disponibilidade mudam ao longo do curso de vida.
McDowall; Antoniak; Mimno (2023)	Análise multiplataforma	Busca de informação online	Relatos digitais ajudam no sentido atribuído a efeitos, mas podem amplificar experiências negativas.
Wollum et al. (2023)	Comentário técnico	Pílulas somente de progestagênio	Regras de uso e características farmacológicas interferem em praticidade e confiança.
Miao et al. (2024)	Análise de registros clínicos	Motivos de troca contraceptiva	Preferência, eventos adversos e cobertura financeira foram motivos importantes para mudança.

Quadro 1 - Caracterização das publicações incluídas na síntese
 Fonte: Elaboração própria (2026).

Percepção de riscos clínicos e efeitos adversos

O medo de danos à saúde foi um dos eixos mais recorrentes. Eventos tromboembólicos, câncer, alterações cardiovasculares, infertilidade futura e problemas de saúde mental aparecem no repertório de preocupações, ainda que possuam níveis de evidência e probabilidades diferentes. A percepção tende a aumentar quando o evento é grave, quando a mulher conhece alguém que o vivenciou ou quando a explicação profissional utiliza termos genéricos, como “aumenta o risco”, sem informar o risco basal, a magnitude absoluta e os fatores que modificam a indicação. Diretrizes de elegibilidade clínica mostram que segurança depende da combinação entre método e condições individuais, como idade, tabagismo, enxaqueca com aura, hipertensão, puerpério e histórico trombótico (CDC, 2024a).

A comunicação de risco torna-se problemática quando transforma uma contraindicação específica em mensagem universal. Contraceptivos combinados contendo estrogênio não são adequados em algumas situações de maior risco vascular, mas isso não significa que todos os métodos hormonais tenham o mesmo perfil. Métodos somente com progestagênio e sistemas intrauterinos apresentam características distintas. Para evitar interpretações binárias de “seguro” ou “perigoso”, a consulta deve explicar qual componente está relacionado ao risco, qual alternativa é possível e como sinais clínicos serão monitorados (Teal; Edelman, 2021; CDC, 2024a).

Nos métodos intrauterinos, eventos como perfuração e expulsão ilustram a diferença entre risco percebido e risco contextualizado. Grandes estudos de coorte confirmam que perfuração é incomum, mas fatores como inserção no pós-parto e amamentação podem modificar a probabilidade. A expulsão é mais

frequente do que a perfuração e varia com idade, paridade, sangramento menstrual intenso e momento de inserção. Informar esses aspectos de modo equilibrado permite reconhecer sinais de alerta sem criar a impressão de que a complicação seja esperada para todas as usuárias (Reed et al., 2022; Anthony et al., 2022).

A preocupação com alterações de humor merece atenção especial porque envolve evidências heterogêneas e experiências potencialmente intensas. Uma metanálise em rede de ensaios randomizados não identificou piora consistente de sintomas depressivos no conjunto das participantes adultas. Entretanto, resultados médios não anulam respostas individuais, nem resolvem limitações relacionadas à duração dos ensaios, à seleção das participantes e à diversidade de formulações. Recomenda-se considerar história prévia de depressão, ansiedade, sensibilidade a mudanças hormonais e relação temporal entre início do método e sintomas (De Wit et al., 2021; Mu; Kulkarni, 2022).

O cuidado deve evitar dois extremos: atribuir automaticamente todo sintoma ao anticoncepcional ou desqualificar a experiência porque o efeito não aparece de forma uniforme em ensaios clínicos. A abordagem mais segura é investigar temporalidade, intensidade, fatores concomitantes, risco de autoagressão, impacto funcional e preferência da mulher. Quando necessário, pode-se discutir troca de formulação, método não hormonal, acompanhamento em saúde mental ou interrupção planejada com proteção contraceptiva alternativa. A validação da experiência fortalece a confiança e reduz a chance de abandono sem orientação.

Experiências corporais, sangramento e qualidade de vida

As decisões de continuidade são fortemente influenciadas pela experiência corporal cotidiana. Sangramento irregular, amenorreia, aumento ou redução do fluxo, cólicas, cefaleia, acne, náusea, sensibilidade mamária, alterações de libido e percepção de peso têm significado diferente conforme rotina, profissão, sexualidade e expectativas. Uma mudança clinicamente benigna pode ser socialmente difícil de administrar; por exemplo, sangramento imprevisível pode gerar insegurança no trabalho ou nas relações sexuais, enquanto a amenorreia pode ser desejada por algumas mulheres e interpretada como acúmulo de sangue ou perda de feminilidade por outras (Baker; Creinin, 2022; WHO; Johns Hopkins, 2022).

A satisfação depende, portanto, da correspondência entre o padrão esperado e a preferência individual. Métodos que reduzem o fluxo podem ser valorizados por mulheres com dismenorreia ou sangramento intenso, ao passo que usuárias que desejam ciclos previsíveis podem rejeitar métodos associados a irregularidade. O aconselhamento deve incluir antecipação realista: quais alterações são comuns nos primeiros meses, quais tendem a diminuir, quais podem persistir e quais exigem avaliação. Preparar a mulher para mudanças esperadas não significa induzi-la a suportar um método indesejado, mas fornecer critérios para decidir com maior segurança.

Os benefícios não contraceptivos também modificam o balanço percebido. Controle de acne, redução de cólicas, menor sangramento, supressão menstrual e manejo de condições ginecológicas podem aumentar a aceitabilidade. Por outro lado, quando o método é prescrito para tratar sintomas, existe risco de a finalidade terapêutica obscurecer a necessidade de consentimento contraceptivo. A mulher precisa compreender que o medicamento exerce efeito anticoncepcional, conhecer alternativas e participar da decisão, inclusive quando não mantém atividade sexual com risco de gestação.

Os motivos de troca registrados em dados clínicos reforçam o peso de preferência e eventos adversos. Embora baseada em metodologia computacional e ainda sujeita às limitações de registros não estruturados, uma análise identificou preferência da paciente, efeitos indesejados e cobertura financeira como temas importantes. Isso evidencia que mudança de método não deve ser interpretada automaticamente como falha de adesão; muitas vezes, trata-se de ajuste racional diante de novas prioridades, sintomas ou condições de acesso (Miao et al., 2024).

Atributos do método, praticidade e projeto reprodutivo

Eficácia é relevante, mas não é o único atributo valorizado. As mulheres consideram frequência de uso, privacidade, possibilidade de esquecer doses, necessidade de procedimento, duração, reversibilidade, controle sobre a interrupção, efeito no sangramento, custo e proteção contra infecções sexualmente transmissíveis. A pílula pode ser preferida pela familiaridade e pelo controle diário, ao mesmo tempo em

que sua dependência de rotina pode ser um problema. Implantes e sistemas intrauterinos reduzem a necessidade de lembrança, mas exigem inserção e remoção por profissional (Teal; Edelman, 2021; Baker; Creinin, 2022).

A distinção entre eficácia no uso perfeito e no uso típico precisa ser comunicada sem culpabilização. Esquecimentos não são apenas falhas individuais; podem resultar de jornadas de trabalho, responsabilidades de cuidado, violência, falta de privacidade, dificuldade de renovação da receita ou interrupção no fornecimento. Métodos menos dependentes da usuária podem ser vantajosos, mas devem ser oferecidos como opção e não como correção para um comportamento considerado inadequado. A escolha compartilhada procura identificar o grau de manutenção que cabe na vida real da mulher.

O projeto reprodutivo é temporal e pode mudar. Mulheres que desejam engravidar em curto prazo podem valorizar interrupção simples e retorno rápido, enquanto aquelas que não desejam gestação por vários anos podem priorizar duração. Ambivalência também é possível: a mulher pode querer evitar a gestação no presente sem ter certeza sobre o futuro. Perguntas fechadas, como “quer engravidar no próximo ano?”, não captam toda a complexidade. É mais útil explorar sentimentos, prioridades, margem de incerteza e necessidade de métodos que permitam revisão fácil da decisão.

A capacidade de interromper o método sem intermediação profissional constitui dimensão de autonomia. Pílula, adesivo e anel podem ser suspensos pela usuária, embora o ideal seja haver orientação para evitar lacunas contraceptivas. Implante e sistema intrauterino dependem de acesso à remoção. Por isso, a oferta ética de métodos de longa duração inclui compromisso explícito de remoção quando solicitada, sem exigência de justificativa, tentativa de persuasão prolongada ou condicionamento à escolha de outro método (ACOG, 2022; Horvath; Bumpus; Luchowski, 2020).

A diversidade do mix de métodos disponível em cada país e serviço condiciona preferências. Análises globais demonstram variações expressivas por idade, estado conjugal e contexto nacional. Quando poucas opções estão disponíveis, a decisão observada pode refletir adaptação à oferta, e não preferência genuína. Avaliar satisfação exige perguntar qual método a mulher escolheria se todas as opções fossem acessíveis e quais obstáculos impedem essa escolha (Haakenstad et al., 2022; United Nations, 2022).

Informação, relações sociais e ambiente digital

Familiares, amigas e parceiras de trabalho exercem influência relevante porque oferecem exemplos concretos e linguagem acessível. Um relato de trombose, depressão, gravidez durante o uso ou dificuldade para remover um dispositivo pode superar estatísticas apresentadas em consulta. Esse peso não deve ser ridicularizado: narrativas pessoais ajudam a imaginar consequências e expressam confiança nas redes próximas. O desafio profissional é reconhecer o relato, avaliar sua pertinência clínica e contextualizar que pessoas com métodos, doses e condições diferentes podem ter resultados distintos.

As redes sociais ampliaram a circulação de experiências e críticas à medicalização do corpo feminino. Esse movimento pode produzir efeitos positivos, como maior questionamento de práticas coercitivas, reconhecimento de sintomas e busca por alternativas. Entretanto, conteúdos curtos frequentemente omitem denominadores, confundem correlação com causalidade e apresentam soluções “naturais” sem discutir eficácia. Temas e formas de expressão variam entre Twitter, Reddit e sites de avaliação, sendo os efeitos adversos um dos principais organizadores das conversas (McDowall; Antoniak; Mimno, 2023).

A alfabetização em saúde digital deve integrar a consulta. Em vez de recomendar que a mulher ignore a internet, o profissional pode perguntar quais conteúdos foram vistos, quem os produziu, quais evidências foram citadas e que dúvida permaneceu. Critérios simples incluem verificar autoria, data, conflito de interesses, comparação entre risco absoluto e relativo e presença de alternativas. Essa abordagem preserva a agência da usuária e transforma a consulta em espaço de análise conjunta, não em disputa de autoridade.

A confiança no profissional é construída pela forma da comunicação. Mulheres tendem a desconfiar quando efeitos são minimizados, quando a consulta parece apressada ou quando o profissional apresenta apenas benefícios. Transparência inclui reconhecer o que é conhecido, o que permanece incerto e como a decisão poderá ser revisada. A incerteza bem explicada é mais ética do que uma garantia impossível de que não haverá efeito adverso. Também é importante evitar linguagem moralizante sobre sexualidade,

número de parceiros, maternidade ou idade.

A participação do parceiro pode ser apoio ou fonte de pressão. Preferências relacionadas ao uso de preservativo, sangramento, libido ou desejo de filhos podem interferir na decisão. Contudo, a responsabilidade contraceptiva não deve ser transferida exclusivamente à mulher. A consulta deve reforçar proteção dupla quando houver risco de infecções sexualmente transmissíveis e, quando apropriado, discutir métodos masculinos e negociação do uso de preservativos. O apoio relacional é desejável apenas quando não substitui o consentimento individual.

Acesso, aconselhamento e autonomia reprodutiva

A decisão só é plenamente livre quando existem opções materialmente acessíveis. Custo, cobertura do plano, disponibilidade no Sistema Único de Saúde, distância, horários, fila para inserção, necessidade de profissional treinado e continuidade do estoque interferem no método utilizado. Uma mulher pode aceitar injetável por estar disponível na unidade, embora prefira implante; pode manter pílula inadequada por não conseguir consulta; ou interromper um método por perder cobertura. Esses fatores devem ser registrados como barreiras assistenciais, não como desinteresse (Trindade et al., 2021; Miao et al., 2024).

No Brasil, desigualdades de renda, escolaridade, raça/cor e território se articulam ao planejamento reprodutivo. A oferta de informação precisa ser acompanhada da garantia de insumos, encaminhamento e seguimento. A enfermagem pode mapear fluxos locais, informar onde cada método é disponibilizado, antecipar documentos necessários e organizar retorno. Quando o método desejado não está disponível, é essencial explicar a limitação, oferecer alternativas provisórias e manter o encaminhamento para a opção preferida.

O aconselhamento centrado na pessoa começa pela pergunta sobre objetivos e atributos prioritários. Em seguida, o profissional apresenta opções clinicamente elegíveis, compara benefícios e desvantagens e confirma compreensão. A decisão compartilhada deve respeitar o conhecimento da paciente sobre sua vida e o conhecimento clínico do profissional. Isso difere de uma postura passiva: a equipe continua responsável por identificar contraindicações, corrigir informações falsas e apresentar riscos, mas não utiliza autoridade para impor valores (ACOG, 2022).

A ordem de apresentação dos métodos pode influenciar a escolha. Iniciar sempre pelos mais eficazes pode comunicar que outras opções são inferiores ou irresponsáveis. Uma estratégia mais neutra é perguntar como a mulher prefere receber a informação: por duração, presença de hormônio, controle do sangramento, forma de uso ou eficácia. Quando a eficácia é apresentada, deve vir acompanhada dos atributos que a usuária considera relevantes. Programas de contracepção devem medir acesso à opção desejada e qualidade da experiência, e não apenas aumento da adoção de métodos de longa duração (Horvath; Bumpus; Luchowski, 2020).

A enfermagem possui oportunidade estratégica para qualificar a comunicação de risco. Recursos visuais com frequências naturais, como “x casos em cada 10.000 usuárias por ano”, podem ser mais compreensíveis do que percentuais isolados. Comparações devem ser clinicamente pertinentes e não usadas para assustar. Também é útil empregar a técnica de confirmação da compreensão, solicitando que a mulher explique com suas palavras como utilizará o método, quais efeitos espera e quando procurará atendimento.

A avaliação clínica deve incluir condições que modificam elegibilidade e preferências: pressão arterial, tabagismo, enxaqueca, histórico trombótico, uso de medicamentos, puerpério, amamentação, sangramento anormal, saúde mental, violência e plano reprodutivo. As recomendações clínicas oferecem critérios para seleção e manejo, porém a aplicação exige julgamento individual e adaptação às normas nacionais. Nenhum protocolo substitui o consentimento livre (CDC, 2024a; 2024b).

O Quadro 2 sintetiza fatores decisórios e ações de enfermagem. A organização reforça que a mesma preocupação pode exigir respostas clínicas, educativas e estruturais. Por exemplo, medo de trombose demanda avaliação de fatores de risco e explicação de risco absoluto; já a dificuldade de acesso demanda articulação de rede. Tratar todas as dúvidas apenas com educação individual é insuficiente quando a causa está na oferta limitada ou em experiências prévias de desrespeito.

Dimensão	Exemplos	Conduta de enfermagem
Riscos clínicos	Trombose, câncer, pressão arterial, saúde mental	Avaliar elegibilidade; apresentar risco absoluto; diferenciar métodos; orientar sinais de alerta.
Efeitos percebidos	Sangramento, humor, libido, peso, cefaleia, acne	Validar sintomas; discutir temporalidade; acompanhar; oferecer troca ou alternativa.
Atributos do método	Eficácia, duração, praticidade, privacidade, reversibilidade	Comparar segundo prioridades da mulher; explicar uso típico; garantir remoção quando solicitada.
Projeto reprodutivo	Desejo de gestação, ambivalência, intervalo entre filhos	Explorar objetivos sem pressupostos; revisar decisão ao longo do tempo.
Informação e redes	Família, amigas, bulas, redes sociais e influenciadores	Investigar fontes; ensinar avaliação crítica; corrigir desinformação sem desqualificar a experiência.
Relações e cultura	Parceiro, religião, expectativas de maternidade, coerção	Atender em privacidade; rastrear interferência; respeitar valores e consentimento.
Acesso	Custo, estoque, distância, agenda, cobertura e procedimento	Mapear fluxos; facilitar encaminhamento; oferecer ponte provisória; registrar barreiras.
Relação profissional	Confiança, escuta, linguagem, neutralidade	Praticar decisão compartilhada; reconhecer incertezas; evitar metas coercitivas e julgamento.

Quadro 2 - Fatores que influenciam a decisão e implicações para a enfermagem
Fonte: Elaboração própria (2026).

Síntese interpretativa e lacunas do conhecimento

A síntese indica que a percepção de risco não é simples consequência da falta de informação. Ela combina probabilidades, valores e experiências. Uma mulher pode compreender que um evento é raro e ainda assim considerá-lo inaceitável; outra pode aceitar determinado risco porque valoriza o controle de sintomas. A qualidade da decisão deve ser avaliada pela correspondência entre escolha, conhecimento suficiente e preferências, e não pela adesão ao método que o profissional considera mais eficiente.

Os resultados também evidenciam assimetria entre produção de conhecimento clínico e investigação da experiência. Há ampla literatura sobre eficácia e segurança, mas menor capacidade de prever quem apresentará efeitos subjetivos, especialmente alterações de humor, libido e bem-estar. Ensaio clínicos tendem a medir médias e podem excluir participantes com comorbidades; estudos observacionais captam populações maiores, porém são vulneráveis a confundimento. Pesquisas qualitativas e dados digitais revelam significados, mas não estimam causalidade. A integração dessas fontes é necessária para aconselhamento honesto.

Esta revisão possui limitações. A amplitude do tema resultou em heterogeneidade de métodos, populações e sistemas de saúde; nem todas as publicações avaliaram diretamente percepção de risco; e a inclusão de documentos técnicos foi necessária para contextualizar segurança. A busca em Google Scholar aumentou a sensibilidade, mas pode introduzir literatura não indexada. Além disso, trabalhos muito recentes podem não ter sido capturados ou ainda não dispor de avaliação por pares. Apesar disso, a convergência dos achados sustenta um modelo multifatorial útil à prática de enfermagem.

CONCLUSÃO

A decisão de mulheres quanto ao uso de anticoncepcionais hormonais é dinâmica e resulta da interação entre riscos clínicos, efeitos percebidos, experiências anteriores, atributos do método, projeto reprodutivo, relações sociais, informações digitais, confiança nos profissionais e condições de acesso. A percepção de risco não pode ser interpretada apenas como conhecimento correto ou incorreto; ela expressa a forma como cada mulher atribui importância e tolerabilidade às possíveis consequências.

Os principais motivos de hesitação ou interrupção envolveram medo de eventos adversos, mudanças de humor, sangramento irregular, peso, libido e infertilidade futura. Eficácia e praticidade favoreceram a escolha, mas a necessidade de procedimento e a dependência do serviço para remoção podem reduzir a aceitabilidade. Relatos pessoais e redes sociais foram fontes relevantes de sentido, sobretudo quando a consulta não respondeu às dúvidas ou invalidou sintomas.

Para a enfermagem, recomenda-se aconselhamento centrado na mulher, com avaliação de elegibilidade clínica, comunicação de riscos absolutos, apresentação equilibrada das alternativas, antecipação de efeitos esperados, confirmação da compreensão e plano de acompanhamento. A escolha deve poder ser revista, e a solicitação de troca ou remoção precisa ser respeitada sem coerção. A atuação também deve enfrentar barreiras de acesso e fortalecer a alfabetização em saúde digital.

Conclui-se que a qualidade do cuidado contraceptivo depende menos de persuadir a mulher a utilizar um método específico e mais de garantir condições para uma decisão informada, segura e coerente com seus valores. Novas pesquisas brasileiras devem aprofundar a influência das desigualdades sociais e do ambiente digital, além de avaliar intervenções de enfermagem voltadas à autonomia, confiança e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Patient-centered contraceptive counseling. Committee Statement n. 1. Obstetrics & Gynecology, v. 139, n. 2, p. 350-353, 2022. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-statement/articles/2022/02/patient-centered-contraceptive-counseling>. Acesso em: 13 jul. 2026.
2. ANTHONY, M. S.; ZHOU, X.; SCHOENDORF, J.; REED, S. D.; GETAHUN, D. Demographic, reproductive, and medical risk factors for intrauterine device expulsion. Obstetrics & Gynecology, v. 140, n. 6, p. 1017-1027, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Demographic%2C+Reproductive%2C+and+Medical+Risk+Factors+for+Intrauterine+Device+Expulsion>. Acesso em: 13 jul. 2026.
3. BAKER, C. C.; CREININ, M. D. Long-acting reversible contraception. Obstetrics & Gynecology, v. 140, n. 5, p. 883-897, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Long-Acting+Reversible+Contraception+Baker+Creinin>. Acesso em: 13 jul. 2026.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recommendations and Reports, v. 73, n. 4, p. 1-126, 2024a. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7304a1.htm>. Acesso em: 13 jul. 2026.
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recommendations and Reports, v. 73, n. 3, p. 1-77, 2024b. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7303a1.htm>. Acesso em: 13 jul. 2026.
6. DE WIT, A. E.; BOOIJ, S. H.; GILTAY, E. J.; JOFFE, H.; SCHOEVERS, R. A.; OLDEHINKEL, A. J. Hormonal contraceptive use and depressive symptoms: systematic review and network meta-analysis of randomised trials. BJPsych Open, v. 7, n. 4, e110, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.64>. Acesso em: 13 jul. 2026.
7. HAAKENSTAD, A. et al. Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, v. 400, n. 10348, p. 295-327, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Measuring+contraceptive+method+mix+prevalence+and+demand+satisfied+by+age+and+marital+status>. Acesso em: 13 jul. 2026.
8. HORVATH, S.; BUMPUS, M.; LUCHOWSKI, A. From uptake to access: a decade of learning from the ACOG LARC program. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 222, n. 4S, p. S866-S878, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=From+uptake+to+access+a+decade+of+learning+from+the+ACOG+LARC+program>. Acesso em: 13 jul. 2026.
9. KAVANAUGH, M. L.; PLISKIN, E. Use of contraception among reproductive-aged women in the United States, 2014 and 2016. F&S Reports, v. 1, n. 2, p. 83-93, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2020.06.006>. Acesso em: 13 jul. 2026.
10. MCDOWALL, L.; ANTONIAK, M.; MIMNO, D. Sensemaking about contraceptive methods across online platforms. Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction, 2023. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2301.09295>. Acesso em: 13 jul. 2026.
11. MIAO, B. Y. et al. Identifying reasons for contraceptive switching from real-world data using large language models. 2024. Preprint. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2402.03597>. Acesso em: 13 jul. 2026.
12. MU, E.; KULKARNI, J. Hormonal contraception and mood disorders. Australian Prescriber, v. 45, n. 3, p. 75-79, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18773/austprescr.2022.025>. Acesso em: 13 jul. 2026.
13. PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, v. 372, n. 71, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 13 jul. 2026.
14. REED, S. D. et al. Intrauterine device-related uterine perforation incidence and risk (APEX-IUD): a large multisite cohort study. The Lancet, v. 399, n. 10341, p. 2103-2112, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Intrauterine+device-related+uterine+perforation+incidence+and+risk+APEX-IUD>. Acesso em: 13 jul. 2026.
15. TEAL, S.; EDELMAN, A. Contraception selection, effectiveness, and adverse effects: a review. JAMA, v. 326, n. 24, p. 2507-2518, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21392>. Acesso em: 13 jul. 2026.
16. TRINDADE, R. E.; SIQUEIRA, B. B.; PAULA, T. F.; FELISBINO-MENDES, M. S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, supl. 2, p. 3493-3504, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQjR9dRs48jbwjCVL/>. Acesso em: 13 jul. 2026.
17. UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. World Family Planning 2022: meeting the changing needs for family planning: contraceptive use by age and method. New York: United Nations, 2022. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-family-planning-2022>. Acesso em: 13 jul. 2026.
18. WHO; JOHNS HOPKINS CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. Family planning: a global handbook for providers. 4. ed. Baltimore; Geneva: CCP; WHO, 2022. Disponível em: <https://fphandbook.org/>. Acesso em: 13 jul. 2026.
19. WOLLUM, A.; ZUNIGA, C.; BLANCHARD, K.; TEAL, S. A commentary on progestin-only pills and the three-hour window guidelines: timing of ingestion and mechanisms of action. Contraception, v. 120, p. 109954, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=A+commentary+on+progestin-only+pills+and+the+three-hour+window+guidelines>. Acesso em: 13 jul. 2026.