

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PATRÍCIA ARCHANJO LOPES

**EXPERIÊNCIAS E SABERES SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS DE MULHERES
À ESPERA DE INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

BRASÍLIA

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PATRÍCIA ARCHANJO LOPES

**EXPERIÊNCIAS E SABERES SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS DE
MULHERES À ESPERA DE INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem
Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Walterlânia Silva Santos
Coorientadora: Profa. Dra. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo

BRASÍLIA

2021

PATRÍCIA ARCHANJO LOPES

**EXPERIÊNCIAS E SABERES SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE
MULHERES À ESPERA DE INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 15, dezembro, 2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Walterlânia Silva Santos - Presidente
Universidade de Brasília (UNB)

Profa. Dra. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo - Vice-Presidente
Universidade de Brasília (UNB)

Profa. Dra. Teresa Christine Pereira Morais - Membro Titular
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Profa. Dra. Andrea Franco Amoras Magalhães - Membro Titular
Centro Universitário Euroamericano (Unieuro)

Prof. Dr. Marcelo Medeiros - Membro Suplente
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Dedico este trabalho a cada uma das mulheres que participaram desta pesquisa, pelo comprometimento, disponibilidade e parceria em todas as etapas deste percurso, pois sem elas não seria possível a sua realização. Dedico também aos meus amigos enfermeiros(as), que sempre me apoiaram para que eu não desistisse durante a caminhada. Dedico e agradeço às minhas orientadoras, por compartilharem o saber.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que me fortalece e me guia sempre, para que eu persevere diante de todos os obstáculos, enfrentando-os com delicadeza e coragem.

À minha família, meu esposo, Rômulo, o maior presente de Deus na minha vida, que permaneceu firme ao meu lado, secando minhas lágrimas e me fortalecendo em todos os momentos, e meus filhos, Mateus e Manuela, que são a razão do meu sonhar e lutar, a minha força.

Aos meus pais, Sansão e Carmela, que sempre me apoiam, e a meus sogros, João e Amirtes, que muitas vezes ficaram com meus filhos quando precisei. É impossível traduzir tanto amor e gratidão em palavras!

À Profa. Dra. Walterlânia Silva Santos e à Profa. Dra. Alecssandra de Fátima Silva Viduedo, pelos ensinamentos valiosos, pela confiança e amizade dedicadas a mim, por todas as oportunidades concedidas para o meu desenvolvimento acadêmico. Foi uma satisfação tê-las tido como orientadoras, pessoas a quem eu admiro profissionalmente.

Aos meus colegas da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), que me inspiraram e me apoiaram a entrar no programa de mestrado, pelas ajudas e suporte em momentos difíceis, trocas de experiência e amizade.

Ao amigo Vítor Hugo Nascimento Firmino, pela preciosa e cuidadosa ajuda na formatação do artigo da dissertação. Agradeço a todas as pessoas aqui não citadas, mas que direta ou indiretamente colaboraram nesta jornada.

Aos componentes da banca, por aceitarem o convite e disponibilizar seu tempo para fazer parte deste momento tão especial para mim.

*Eu não sou quem eu gostaria de ser,
eu não sou quem eu poderia ser,
ainda,
eu não sou quem eu deveria ser. Mas graças a Deus
eu não sou mais quem eu era!*
*(Martin Luther
King)*

RESUMO

LOPES, P. A. **Experiências e saberes sobre direitos reprodutivos de mulheres à espera de inserção do dispositivo intrauterino.** 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

Introdução: O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método contraceptivo do grupo dos *Long-Acting Reversible Contraceptive* (LARC). O DIU com cobre, quando inserido dentro do útero, exerce ações locais que culminam por evitar a gestação, apresentando-se como um método seguro e de longo prazo. Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura, inclusive no pós-parto e pós-abortamento. **Objetivo:** Compreender saberes e experiências de mulheres acerca da escolha pelo DIU, bem como dos direitos reprodutivos inter-relacionados. **Metodologia:** Trata-se de estudo qualitativo realizado por meio de entrevista em plataforma virtual com mulheres com idades de 18 a 49 anos inscritas em lista de uma Unidade Básica de Saúde da Região de Saúde Sudoeste de Brasília, Distrito Federal, referente à espera para inserção do DIU. Os dados foram saturados com 15 participantes. O procedimento de coleta de dados foi constituído por duas etapas: 1) enviado questionário online por e-mail, após contato telefônico. 2) Entrevista em áudio, gravada, norteadas pelo item: Conte-me como decidiu pelo DIU como método contraceptivo. Os dados qualitativos foram analisados conforme técnica de análise de conteúdo, constituída por pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação. **Resultados:** As participantes referiram os profissionais de saúde como principal fonte de conhecimento sobre DIU, no entanto, tiveram influência de sua rede social de apoio para escolher esse método, reconheceram o tempo de espera como barreira, tanto que duas mulheres engravidaram aguardando a inserção, uma mais de uma vez, e visualizavam o DIU como oportunidade de melhorar questões de bem-estar e saúde. Emergiram quatro categorias: fonte de conhecimento sobre o DIU; processo motivador na decisão pelo DIU como método contraceptivo; obstáculos interpostos à colocação do DIU; e aspectos favoráveis à escolha do DIU. **Discussão:** Apesar de profissionais de saúde oferecerem informações sobre DIU, as mulheres adquiriram informações equivocadas em conversas informais; o compartilhamento de experiências entre as mulheres e a busca por método não cirúrgico e seguro são as principais influências na tomada de decisão; as principais barreiras percebidas pelas participantes foram o tempo de espera, a escassez de recursos humanos e materiais, bem como a burocracia, nomeada como barreiras organizacionais; os aspectos favoráveis relatados pelas participantes foram a busca por saúde e bem-estar, expressos em relatos de desejo por método com menos hormônios e que não sejam dificultador no controle de peso. **Conclusão:** A escolha pelo DIU é um processo subjetivo (individual) que inclui questões sociais e que representa mudança e melhora no estilo de vida das mulheres, porém, é interposto por obstáculos que podem ser transpostos por ações intersetoriais de promoção da saúde, que incluam o empoderamento dessas mulheres sobre seus direitos, assim como de processos de trabalho que descentralizem o procedimento de inserção, garantindo o acesso a quem optar por esse método.

Palavras-chave: Dispositivos Intrauterinos; Saúde da Mulher; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

ABSTRACT

LOPES, P. A. **Experiences and knowledge about sexual and reproductive rights of women awaiting insertion of the intrauterine device.** 2021. Dissertation (Masters in Nursing) - Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2021.

Introduction: The Intrauterine Device (IUD) is a contraceptive method of the Long-Acting Reversible Contraceptive (LARC) group. The copper IUD, when inserted into the uterus, exerts local actions that culminate in preventing pregnancy, presenting itself as a safe and long-term method. It can be used at any age of the reproductive period, without the need for daily intervention by the woman and without harming future fertility, including postpartum and post-abortion. **Objective:** To understand women's knowledge and experiences about the choice of the Intrauterine Device, as well as the interrelated reproductive rights. **Methodology:** This is a qualitative study carried out through an interview on a virtual platform with women aged 18 to 49 years old registered in a Basic Health Unit in the Southwest Health Region of Brasília (DF) regarding waiting for the insertion of the IUD. The data was saturated with 15 participants. The data collection procedure consisted of two stages: 1) an online questionnaire was sent by e-mail, after telephone contact. 2) Audio recorded interview guided by the item: Tell me how you decided to use the IUD as a contraceptive method. Qualitative data were analyzed according to the content analysis technique, consisting of: pre-analysis; exploration of the material; treatment of results and interpretation. **Results:** The participants mentioned health professionals as the main source of knowledge about IUD, however they were influenced by their social support network to choose this method, they recognized the waiting time as a barrier, so much so that two women became pregnant waiting for insertion, one more than once, and saw the IUD as an opportunity to improve well-being and health issues. Four categories emerged: Source of knowledge about the IUD; Motivating process in the decision to use the IUD as a contraceptive method; Obstacles to IUD placement and Aspects favorable to IUD selection. **Discussion:** Although health professionals provide information about IUDs, women acquired wrong information in informal conversations; the sharing of experiences among women and the search for a non-surgical and safe method are the main influences on decision-making; the main barriers perceived by the participants were waiting time, scarcity of human and material resources, as well as bureaucracy, named as organizational barriers; the favorable aspects reported by the participants were the search for health and well-being, expressed in reports of desire for a method with less hormones and that does not hinder weight control. **Conclusion:** Choosing the IUD is a subjective (individual) process that includes social issues, which represents change and improvement in women's lifestyles, but it is posed by obstacles, which can be overcome by intersectoral health promotion actions, which include the empowerment of these women about their rights; as well as work processes that decentralize the insertion procedure, guaranteeing access to those who choose this method.

Keywords: Intrauterine Devices; Women's Health; Sexual and Reproductive Rights.

ABSTRACTO

LOPES, P. A. **Experiencias y conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en espera de la inserción del dispositivo intrauterino.** 2021. Disertación (Maestría en Enfermería) - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2021.

Introducción: El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo del grupo de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC). El DIU de cobre, cuando se inserta en el útero, ejerce acciones locales que culminan en la prevención del embarazo, presentándose como un método seguro y de largo plazo. Puede utilizarse a cualquier edad del período reproductivo, sin necesidad de la intervención diaria de la mujer y sin perjudicar la fertilidad futura, incluido el posparto y postaborto. **Objetivo:** Comprender los conocimientos y experiencias de las mujeres sobre la elección del dispositivo intrauterino, así como los derechos reproductivos interrelacionados. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo realizado a través de entrevistas en una plataforma virtual con mujeres de 18 a 49 años inscritas en una Unidad Básica de Salud de la Región Suroccidental de Salud de Brasilia, (DF) respecto a la espera de inserción del DIU. Los datos estaban saturados con 15 participantes. El procedimiento de recolección de datos consistió en dos etapas: 1) se envió un cuestionario en línea por correo electrónico, después del contacto telefónico. 2) Entrevista en audio grabado guiada por el ítem: Cuéntame cómo te decidiste por el DIU como método anticonceptivo. Los datos cualitativos se analizaron según la técnica de análisis de contenido, consistente en: preanálisis; exploración del material; tratamiento de resultados e interpretación. **Resultados:** Los participantes mencionaron a los profesionales de la salud como la principal fuente de conocimiento sobre el DIU, sin embargo, fueron influenciados por su red de apoyo social para elegir este método, reconocieron el tiempo de espera como una barrera, tanto que dos mujeres quedaron embarazadas esperando inserción, más de una vez, y vio el DIU como una oportunidad para mejorar el bienestar y los problemas de salud. Surgieron cuatro categorías: fuente de conocimiento sobre el DIU; proceso motivador en la decisión de utilizar el DIU como método anticonceptivo; obstáculos para la colocación del DIU; y aspectos favorables a la elección del DIU. **Discusión:** Aunque los profesionales de la salud brindan información sobre los DIU, las mujeres adquirieron información incorrecta en conversaciones informales; el intercambio de experiencias entre mujeres y la búsqueda de un método no quirúrgico y seguro son las principales influencias en la toma de decisiones; las principales barreras percibidas por los participantes fueron el tiempo de espera, la escasez de recursos humanos y materiales, así como la burocracia, denominada como barreras organizativas; los aspectos favorables reportados por los participantes fueron la búsqueda de salud y bienestar, expresada en reportes de deseo por un método con menos hormonas y que no obstaculice el control de peso. **Conclusión:** La elección del DIU es un proceso subjetivo (individual) que incluye temas sociales, lo que representa cambio y mejora en los estilos de vida de las mujeres, pero está planteado por obstáculos, que pueden ser superados por acciones intersectoriales de promoción de la salud, que incluyen el empoderamiento de estas mujeres. sobre sus derechos; así como procesos de trabajo que descentralicen el procedimiento de inserción, garantizando el acceso a quienes opten por este método.

Palabras llave: Dispositivos intrauterinos; La salud de la mujer; Derechos sexuales y reproductivos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIU-TCu 380A	Dispositivo Intrauterino com cobre
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LARC	Long-Acting Reversible Contraceptive
MAC	Métodos Anticoncepcionais
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PF	Planejamento Familiar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 HISTÓRICO DA POSIÇÃO FEMININA NA FAMÍLIA/SOCIEDADE	13
1.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER	17
1.3 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E O DISPOSITIVO INTRAUTERINO	19
1.4 SOBRE EXPERIÊNCIAS E SABERES.	21
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 MÉTODO	24
4 RESULTADOS	28
4.1 FONTES DE CONHECIMENTO SOBRE O DIU	30
4.2 PROCESSO MOTIVADOR NA DECISÃO PELO DIU COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO	32
4.3 OBSTÁCULOS INTERPOSTOS À COLOCAÇÃO DO DIU	33
4.4 ASPECTOS FAVORÁVEIS À ESCOLHA DO DIU	37
5 DISCUSSÃO	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	57
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA	63
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	64
ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA	66
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	67

1 INTRODUÇÃO

O serviço público de saúde visa garantir acesso universal aos indivíduos para terem suas necessidades atendidas. A porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) se dá pela atenção básica, onde se inicia o atendimento. É também na atenção básica que ocorre o primeiro passo para se buscar a saúde sexual e reprodutiva. Porém o limitado acesso aos métodos contraceptivos, principalmente ao Dispositivo Intrauterino (DIU), pode levar a consequências negativas, como o aumento de gestações não planejadas, prematuridade, mortes maternas, abortos inseguros e complicações relacionadas (ARAÚJO; BORGES, 2017).

Esse acesso aos métodos contraceptivos (MAC) ainda é um desafio no mundo todo, sendo que a sua introdução constitui parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Se esse direito fosse plenamente garantido a todas as mulheres, no Brasil, em 2012, 54 milhões de mulheres teriam evitado gravidezes indesejadas, prevenindo 26 milhões de aborto, quase 80 mil óbitos maternos e mais de 1 milhão de mortes infantis (ARAÚJO; BORGES, 2017). Apesar desses números, o Brasil, sendo um país em desenvolvimento e de média renda, apresenta prevalências de uso de MAC equivalentes aos países desenvolvidos, especialmente nas últimas décadas. O uso de MAC no país chega a 80%, no entanto, concentra-se em pílula anticoncepcional, camisinha e laqueadura. O uso do DIU é de apenas 1,9%, o que demonstra um uso limitado desse método (NICOLAU *et al.*, 2012).

Na tentativa de melhorar a oferta de MAC, o Brasil implantou e implementou diferentes políticas para alcançar os objetivos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, com vistas a garantir os direitos da mulher. Como referências, tem-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar (PF), e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, de 2005. Esses programas presumem a oferta de MAC disponibilizados na rede pública de saúde, assim como informações, orientações, aconselhamento e acompanhamento clínico, de forma que qualquer usuário tenha a possibilidade de escolher o método que mais atenda às suas necessidades. Sabe-se que o uso de MAC traz benefícios já bem estabelecidos cientificamente à saúde da mulher, recém-nascidos, suas famílias e comunidades, porém, o que se percebe é que ainda falta muito para conquistar e alcançar esse direito (ARAÚJO; BORGES, 2017).

Uma das áreas consideradas estratégicas para a consolidação do SUS é a educação em saúde, uma vez que a proposta com a construção do SUS visa priorizar a atenção primária

como espaço de inovação das práticas de atenção à saúde. A atenção básica é a face mais capilarizada



do SUS e o ensino em saúde constitui-se em ferramenta importante para abrir espaços para reflexão, gerando oportunidade de aprendizado. Desse modo, pretende-se, com esta investigação contribuir para a ampliação da produção científica, tecnológica e de inovação sobre o tema direitos sexuais e reprodutivos – fundamental tanto por reduzir as iniquidades quanto por promover a saúde e a qualidade de vida da mulher (MEIRELES; BARBOSA, 2016).

1.1 HISTÓRICO DA POSIÇÃO FEMININA NA FAMÍLIA/SOCIEDADE

No Brasil e na Europa, a organização familiar moderna foi definida considerando o papel da mulher e a relação com a maternidade e os cuidados de mãe. Essa definição sofreu influência com a ascensão da burguesia no fim do século XVIII, com o objetivo de defender e promover a família, estimulada e alicerçada pelo sistema capitalista, por meio da monogamia e da criação dos filhos (ROMIO *et al.*, 2018).

A família burguesa moderna, para se firmar, estabeleceu funções para as mulheres, que se tornaram as responsáveis por reproduzir e repassar o comportamento adequado para seus filhos. A mulher passa a ter a obrigação de gestar os filhos legítimos e criá-los, com vistas a replicarem o mesmo modelo de produção. E ainda para a mulher, a contribuição invisível em casa por meio do trabalho doméstico não remunerado, em um contexto em que a maternidade surge como o ideal intrínseco de toda mulher (ROMIO *et al.*, 2018).

Por volta de 1930, surgem, no Brasil, os movimentos feministas, e com eles os direitos sexuais e reprodutivos tiveram maior visibilidade e tornaram-se essenciais na ampliação dos Direitos Humanos. Para as mulheres, esses direitos trouxeram a possibilidade da tomada de decisão do seu corpo, sua reprodução, sua sexualidade, e escolha de com quem procriar. Os direitos sexuais trazem o exercício livre, pleno e de igualdade da sexualidade, que garante à mulher total direito sobre seu corpo e lhe assegura condições de recusa a relações sexuais indesejadas e a inserção da busca pelo prazer como parte dos seus direitos. A consumação desses direitos está vinculada ao acesso a recursos e poder de decisão pelas mulheres (ROMIO *et al.*, 2018).

A maioria remonta o movimento feminista às décadas de 1950 e 1960, quando grupos formados por mulheres ganharam maior visibilidade, especialmente na Europa e nos Estados Unidos. Embora nessa época a mulher já tivesse conquistado uma maior visibilidade, a luta por seus direitos e reivindicação de espaços trouxe também a problemática do aborto, pois a maternidade era uma função exclusiva da mulher. No Brasil, o aborto é um tema muito



complexo que envolve saúde pública, direitos sexuais e reprodutivos da mulher e o processo de

escolha e empoderamento feminino. E estudos mostram uma evolução no processo de conquista e promoção de transformações sociais nesse sentido (EVANGELISTA, 2017).

Apesar da ampliação do papel da mulher ao longo dos anos, no mercado do trabalho, inclusive com aumento do número de mulheres ocupando cargos de chefia, a batalha pelo reconhecimento e a valorização da carreira profissional ainda é um desafio. Associado a isto, a mulher vem adiando a maternidade, mesmo com a garantia em lei da igualdade de gênero e a proteção ao trabalho feminino que avançou na “Era Vargas”, garantindo proteção à maternidade. Outro avanço foi durante o “regime militar” que, em 1967, proibiu ao empregador a discriminação de gênero, raça, cor e estado civil, além de garantir aposentadoria às mulheres após 30 anos de contribuição (PRONI; PRONI, 2018).

No sentido dessas conquistas, em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que influenciou na elaboração da nova Constituição Federal de 1988 a qual definiu o SUS com o intuito de prover ações e serviços de saúde no país o que trouxe um avanço nas conquistas. Com a promulgação da Constituição Cidadã, houve uma redemocratização do ambiente, onde os direitos e a proteção à maternidade foram consolidados. Além de garantir igualdade de remuneração entre os sexos e proteção ao trabalho das gestantes e lactentes, com vistas a garantir a saúde do recém-nascido, alongou também de 90 para 120 dias a licença- maternidade, sem prejuízos do emprego e do salário (PRONI; PRONI, 2018; RODOLPHO, 2015).

Consolidado pelas leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990, o SUS possui como princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, com a proposta de prestar uma ampla assistência à saúde, que considera o processo saúde-doença e faz emergir uma perspectiva coletiva que leva em consideração a totalidade da população e suas necessidades. A partir da consolidação do SUS, o sistema reconheceu muitos princípios de cidadania que fez emergir os determinantes sociais de saúde os quais interferem na saúde e condições de vida da população, como econômicos, políticos, sociais e culturais. Portanto, na busca pela promoção à saúde, o conhecimento e a prática devem estar em sintonia com o processo saúde-doença e seus determinantes (PRONI; PRONI, 2018; RODOLPHO, 2015).

Atualmente, o crescente número de mulheres trabalhando fora de casa e investindo cada vez mais na carreira profissional é um dos motivos para que elas optem por não terem filhos cedo ou não terem nenhum, como mostra a Pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada em 2014, que relata um percentual de mais de 50% das puérperas entrevistadas que não planejaram a gestação (COSTA, G. *et al.*, 2018).

Estudos reforçam ainda que investimento na formação intelectual e profissional promove um maior nível de instrução educacional; a igualdade de gênero e a tomada de decisões junto ao parceiro/marido também influenciam diretamente no empoderamento da mulher e na tomada de decisões sobre seu bem-estar. Essas mulheres tendem a buscar com maior frequência os serviços de saúde. O empoderamento é definido como o fortalecimento e envolvimento da mulher na escolha individual ou compartilhada tomada mediante fornecimento de informações, considerando suas preferências e necessidades durante a prestação de cuidados, melhorando seu contexto social e histórico (BRADY *et al.*, 2019; TIRUNEH; CHUANG; CHUANG, 2017).

Esta mulher pode contribuir na diminuição de outros problemas de saúde pública mundial, como o abortamento induzido e a mortalidade materna. O empoderamento para a saúde ainda auxilia não apenas na escolha do MAC de longa duração, mas também ajuda a superar barreiras sociais e culturais (sociais, culturais, dentre outras). Pode ajudar a evitar gravidezes indesejadas, pois estas estão diretamente relacionadas à escolha do MAC, uma vez que contraceptivos orais estão mais sujeitos a falhas. Entender o perfil dessas mulheres poderá auxiliar na compreensão de suas escolhas e como essas decisões foram tomadas (SAMARI, 2017).

Em todo o mundo, calcula-se que mais de 280 mil mortes maternas ocorreram em 2010 (MARTINS *et al.*, 2017). Pela extensão do problema, a redução da mortalidade materna foi selecionada para fazer parte da lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹ instituídos pela Organização das Nações Unidas (ONU) (MARTINS *et al.*, 2017). O propósito dos ODM era conter em 75% a razão da mortalidade materna (RMM) até o fim do ano de 2015, ou seja, uma RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Entretanto, as avaliações mundiais sobre a diminuição dessa mortalidade demonstraram que os valores obtidos foram insuficientes para atingir a meta na maior parte do mundo. A RMM no Brasil, em 2011, foi igual a 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Nota-se que os principais fatores que levam a óbito são consequentes às síndromes hipertensivas, hemorragia, abortamento, sepse e embolismo (MARTINS *et al.*, 2017).

¹As metas do milênio foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, com o apoio de 191 nações, e ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). São eles: 1 • Acabar com a fome e a miséria; 2 • Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 • Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 • Reduzir a mortalidade infantil; 5 • Melhorar a saúde das gestantes; 6 • Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7 • Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8 • Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

Decorrido o prazo para o alcance das metas dos ODM, Chefes de Estado e Governos reuniram-se, em 2015, e estabeleceram outros 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)² a serem alcançados nos próximos 15 anos, chamada *Agenda 2030*. Esses novos objetivos foram definidos a partir dos oito anteriores, buscando alcançar as metas não atingidas. O terceiro ODS – “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas, em todas as idades” traz, no item sete, a necessidade de redução da morte materna, infantil e neonatal, e as questões de saúde sexual e reprodutivas também são abordadas e reforça o “acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar” (COSTA, G. *et al.*, 2018).

Reduzir a mortalidade materna por aborto é um desafio ainda maior, levando em consideração a ilegitimidade e a clandestinidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em um levantamento realizado em 2008, apontou cerca de 13% das mortes maternas em território mundial, e um total de 47 mil mortes foram causadas por abortos inseguros (WHO *et al.*, 2012b).

Na América Latina, em 2013, o quantitativo de abortamento induzido foi de 1.443.350. No Brasil, o número de abortos provocados entre mulheres de 15 a 49 anos, em 2013, chegou a 687.347, o que reforça a permanência do aborto clandestino como um crítico problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Outro dado preocupante do Brasil foi o aumento de internações hospitalares por motivo de gestação terminadas em aborto espontâneo ou induzido (205.075), o que demonstra a magnitude do problema de saúde pública no país, que é o aborto. O abortamento está listado como uma das cinco principais causas de mortalidade materna, e relaciona-se a aproximadamente 5% do total de óbitos maternos com potencial de influenciar a razão da mortalidade materna (MARTINS *et al.*, 2017; MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015).

Além disso, a morte materna por abortamento faz parte do grupo das iniquidades em saúde, que poderá ser reduzida se adotadas medidas e tecnologias adequadas. Nessa perspectiva, a busca pelo empoderamento da mulher, pela melhora da assistência, a necessidade por resoluções com ações efetivas para a extinção da prática do abortamento inseguro, visto

² Os ODS contemplam uma agenda com 17 objetivos e 169 metas para serem atingidos até 2030. Os 193 Estados- Membros da ONU adotaram formalmente a *Agenda 2030* para o Desenvolvimento Sustentável composta pelos 17 ODS, que são: 1. Erradicação da Pobreza; 2. Fome Zero; 3. Saúde e Bem-estar; 4. Educação de Qualidade; 5. Igualdade de Gênero; 6. Água Potável e Saneamento; 7. Energia Limpa e Acessível; 8. Trabalho Decente e Crescimento Econômico; 9. Indústria, Inovação e Infraestrutura; 10. Redução das Desigualdades; 11. Cidades e Comunidades Sustentáveis; 12. Consumo e Produção Responsáveis; 13. Ação Contra a Mudança Global do Clima;

14. Vida na Água; 15. Vida Terrestre; 16. Paz, Justiça e Instituições Eficazes; 17. Parcerias e Meios de Implementação



que este é categorizado como um evento evitável, caminham conjuntamente com avanços na formação e capacitação do profissional de saúde, assim como na apropriada discussão dos preconceitos da sociedade em relação à mulher na situação de abortamento (MARTINS *et al.*, 2017).

1.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

Em 1949, a ONU criou a Comissão sobre o Status da Mulher com o intuito de garantir às mulheres e meninas o seu desenvolvimento humano pleno como direito. Em 1975, a ONU declarou como o Ano Internacional da Mulher e a Década ONU para a mulher. Nesse período, foram realizados vários movimentos para o fortalecimento dos direitos das mulheres, como a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação, que aconteceu em 1979, com vista a discutir sobre a garantia dos direitos como uma forma importante para a proteção e promoção da saúde (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019).

Sob fortes pressões internacionais, as lideranças políticas do mundo e do Brasil se posicionaram e tomaram providências para acabar com as desigualdades de gênero, violência e olhar com mais atenção à saúde das mulheres. Foi realizada na China, em 1995, a IV Conferência sobre a mulher, que estabelece a igualdade de gênero, o empoderamento da mulher e os seus direitos para que se proporcione seu desenvolvimento integral. O Brasil participou e assinou todas as convenções em prol da mulher com o objetivo de reconhecer a atenção necessária à situação das mulheres, principalmente no quesito saúde (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019).

O PAISM, elaborado em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS), trouxe os princípios norteadores da política de saúde das mulheres. Posteriormente, ele foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Em 1985, criou-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019). Em 1994, a saúde reprodutiva foi discutida na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e foi definida como:

“um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (BRASIL, 2004, p. 11).

Este conceito de saúde baseado na definição da OMS vem incorporar a sexualidade e a reprodução humana como direitos da mulher. Apesar do avanço, a definição de saúde reprodutiva fica restrita e não aborda a doença que está relacionada com diversos fatores sociais, culturais e econômicos, cujas desigualdades interferem no processo de adoecimento das populações e de cada indivíduo em particular (BRASIL, 2004).

Em 1996, o Programa de Planejamento Familiar foi sancionado pelo Congresso Nacional na forma da Lei nº 9.263/1996, e traz como proposta atividades educativas, acompanhamento e aconselhamento para as mulheres, buscando torná-las mais preparadas para a reprodução sexual, além de propiciar acesso aos meios de prevenção da gravidez indesejada, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, a partir desse momento, a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo (BRASIL, 2018). Em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) para promover melhores condições de saúde e de vida e articular com outras áreas técnicas novas ações e, com este objetivo, elaborou três versões do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) - 2004-2007, 2007-2011 e 2013-2015 (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019).

Os PNPMs são importantes conquistas de direitos e melhorias para a vida das mulheres, pois combatem as desigualdades e promovem o empoderamento feminino. Entende que as mulheres são um grupo que possui diversidades étnicas, sexuais, econômicas e necessidades diferentes e, por isso, propõe melhorias na saúde, trabalho, moradia, segurança e educação. Ainda estabelece ações específicas para a conquista da autonomia econômica, educação, saúde integral, direitos sexuais e reprodutivos, participação em espaços de poder, cultura, enfrentamento das desigualdades e discriminações, desenvolvimento sustentável, combate à violência (SOUSA; TAVARES; ROCHA, 2019). Portanto, os PNPMs trazem medidas que articulam políticas públicas, intersetoriais, na tentativa de atingir e aproximar do campo de ação e promoção da saúde, como consta na Carta de Ottawa: “reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 4).

A PNAISM determina também que, para a sua execução, todos os métodos cientificamente aceitos, maneiras e técnicas de concepção e de contracepção devem ser oferecidos, desde que não causem nenhum risco à vida e à saúde das mulheres, garantida a sua liberdade de opção. A Lei nº 9.263/1996 traz como premissa a liberdade e a autonomia para que as mulheres definam livremente e de maneira responsável se querem ter ou não filhos e quantos filhos desejam em suas vidas. Um levantamento realizado por Freitas (2017)

mostra



que, no cenário nacional, 65% das mulheres estão em idade reprodutiva, ou seja, entre 10 e 49 anos de idade, sendo necessária a integralização da atenção e promoção à sua saúde e a organização do processo de gestão da assistência à saúde da mulher. Essa Lei busca a democratização do acesso aos meios de contracepção nos serviços de saúde pública, bem como regulamenta esta prática nas instituições privadas, sob controle do SUS (BRASIL, 2018; COSTA, G. *et al.*, 2018).

Entre 1998 e 2002, foi realizada uma análise das ações e situações referentes à saúde da mulher que, apesar de todos os movimentos e discurso integralizador, demonstrou, ainda, que as políticas públicas voltadas ao cuidado e assistência integral à saúde da mulher continuaram voltadas à parte reprodutiva, essa atuação comprometeu a integralidade apesar do avanço percebido. Ainda nesse período, alguns temas foram incorporados, como a violência sexual, porém, ainda há lacunas, como infertilidade e reprodução assistida, climatério/menopausa, saúde ocupacional e saúde mental (BRASIL, 2004).

Em 2011, com a Portaria n.º 1.459, o MS instituiu a Rede Cegonha, que regulariza e legitima um modelo de atenção ao parto e ao nascimento. A Rede é composta por medidas que visam garantir às mulheres, usuárias do SUS, o atendimento apropriado, seguro e humanizado, a partir do momento em que a gravidez é confirmada, em toda a atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Essa rede de cuidados ainda assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, e propõe a informação e oferta de métodos contraceptivos. Neste intuito, o acesso ampliado ao DIU é um plano e um complemento às ações de saúde sexual e reprodutiva da atenção primária (BRASIL, 2018; WANDERLEY *et al.*, 2012).

1.3 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS E O DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Na pesquisa realizada com 250 participantes para observar a preferência das mulheres ao escolherem entre os MAC que elas pretendiam usar ao chegarem no serviço de saúde, o DIU obteve maior porcentagem de escolha (59%), em segundo lugar, a laqueadura (24%) e hormônios injetáveis (13%) sendo a pílula escolhida por apenas (3,2%) das mulheres pesquisadas (OSIS *et al.*, 2004). Apesar de a maioria escolher o DIU como sua primeira opção por um MAC, no Brasil, há um baixo registro de sua utilização, com estimativa de uso em torno de 1,9%, conforme dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006, em contraste a nível mundial, que revela uma porcentagem em torno de 15% no uso do DIU-TCu 380A com cobre, o que demonstra uma larga utilização. Ressalta-se que

no decorrer do texto o termo DIU, corresponderá ao DIU-TCu 380A, disponibilizado no SUS, objeto deste estudo. (BRASIL, 2009; GONZAGA *et al.*, 2017).

Um estudo realizado nos EUA verificou que há uma preferência das mulheres pela contracepção, porém, as informações por elas recebidas podem afetar seu processo de escolha na tomada de decisão. Esta pesquisa relata que muitos médicos gineco-obstetras especializados restringem o acesso ao DIU a pacientes elegíveis. Eles acreditam ser o DIU inadequado para nulíparas, adolescentes, no pós-abortamento e pós-parto imediato. Em contraponto, profissionais com treinamento mais recente e conhecimento sobre o DIU tendem a aumentar os critérios de elegibilidade no processo de seleção contraceptiva. Como o DIU é colocado somente por médicos, além de restringir o acesso e direito da mulher à livre escolha pelo MAC, também impõe uma capacidade e disponibilidade desse profissional muitas vezes deficitário (THOMPSON *et al.*, 2018).

O DIU é um método contraceptivo eficaz do grupo dos LARCs (*Long-Acting Reversible Contraceptive*), sigla em inglês para Método Contraceptivo de Longa Duração. Quando introduzido no fundo do útero, o DIU com cobre provoca efeitos locais, como a liberação de íons proveniente do metal cobre que, por sua vez, age alterando a composição celular e bioquímica no endométrio. Os íons liberados na cavidade uterina provocam uma inflamação local, promovendo uma citotoxicidade com efeito espermicida. O cobre também é responsável por aumentar a produção de prostaglandinas (atuação no processo inflamatório) e pela inibição de liberação de enzimas endometriais. Essas ações desencadeiam efeito tanto nos espermatozoides como nos ovócitos (BRASIL, 2018).

Outro efeito do DIU de cobre no útero é o espessamento do muco cervical, que atua na motilidade dos espermatozoides, dificultando seu avançar da vagina às tubas uterinas e impedindo o encontro com o óvulo. Pondera-se, ainda, que o DIU afeta a qualidade espermática, levando também à morte deles, porque promove o aumento da substância citotóxica (citocinas fagocíticas). Todas essas ações provocadas pela implantação do DIU-TCu impedem a gestação, portanto, se apresenta de forma segura para evitar, a longo prazo, uma gravidez por vezes não planejada. O DIU pode ainda ser implantado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a obrigação para a mulher da intervenção diária, além de não prejudicar sua fertilidade futura (BRASIL, 2018).

Algumas evidências apontam que as mulheres que tiveram mais de quatro filhos possuem risco aumentado de mortalidade materna e doença cardiovascular a longo prazo. Acesso à contracepção eficaz ajuda as mulheres a evitarem gravidez com espaçamento estreito. Essas gestações indesejadas contribuem para altos níveis de taxas de mortalidade

materna.



Além disso, os bebês de mães que morrem no parto têm um maior risco de problemas de saúde e morte precoce. A contracepção melhora a saúde geral das mulheres e pode oferecer oportunidades únicas de empoderamento durante vários capítulos de vida da mulher (TYSON, 2019).

Especificamente em relação ao DIU, seu uso é baixo (1,5%) de acordo com a PNDS 2006, o que pode ser explicado pela falta do dispositivo nos serviços de saúde, falta de profissionais treinados para inseri-lo, orientação precária dada às mulheres sobre esse MAC, equívocos entre usuárias e profissionais de saúde sobre seus mecanismos de ação e efeitos no corpo e, finalmente, baixo índice de indicação pelos profissionais (ARAÚJO; BORGES, 2017; BRASIL, 2009).

No entanto, o MS distribui vários métodos contraceptivos aos municípios do país, dentre eles, o dispositivo intrauterino com cobre (DIU-TCu 380A). Este se destaca por ser um método seguro, prático, com alta eficácia, de longa duração, não hormonal e reversível a qualquer momento. Outra vantagem é a possibilidade de sua implantação, sobretudo, no pós-parto e no pós-abortamento. Portanto, é imprescindível o planejamento e desenvolvimento de ações e estratégias que buscam a redução das desigualdades sociais e atuem de forma concreta para a redução da vulnerabilidade social e promova a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2018; MARTINS *et al.*, 2017).

1.4 SOBRE EXPERIÊNCIAS E SABERES.

A palavra experiência vem do latim *experientia* e significa aprendizado obtido por meio da prática ou da vivência; todo o conhecimento adquirido com a utilização dos sentidos. O termo experiência vem sendo usado particularmente de maneira expressiva no âmbito da formação de adultos, sobretudo quando se refere em caracterizar e analisar seus processos próprios de aprendizagens. Isso porque, para os adultos, a experiência se faz necessária para o desenvolvimento de novas aprendizagens, o que a torna cada vez mais valorizada e reconhecida (VILLAS BÔAS, 2017).

Apesar de o seu uso estar em alta, a experiência ainda possui baixo valor, pois somente há experiência se a ação do sujeito promove uma transformação, seguida de mudança. No contexto sobre experiências e saberes voltados à saúde reprodutiva e ao DIU, autores como Villas Bôas (2017) e Borges (2020) relatam que as mulheres buscam maiores informações e conhecimento sobre o DIU, porém, ainda é desafiador, pois esse conhecimento compõe

apenas



uma parte dos desafios para ampliação do uso do DIU (BORGES *et al.*, 2020; VILLAS BÔAS, 2017).

Já a palavra saberes remete a ficar ou permanecer informado, por ser um conjunto de conhecimento sobre algo ou alguém com a preocupação de ampliar o diálogo entre a ciência e a sociedade. Para isso, a interação entre os profissionais de saúde e as usuárias do SUS deve buscar compreender as realidades e agir compartilhando decisões, baseada na participação e com o objetivo de um consenso comum na busca por respostas e soluções capazes de promover a transformação. Há evidências de que ações educativas proporcionam o aumento de atitudes positivas em mulheres acerca do DIU, como também de que mulheres com conhecimento prévio sobre esse método têm mais interesse em usá-lo (BORGES *et al.*, 2020; GIATTI; LANDIN; TOLEDO, 2014). Por isso, o MS, em 2017, com a intenção explicitada, traçou a meta do uso do DIU por 10% das mulheres brasileiras (BRASIL, 2018).

O desconhecimento da mulher sobre o DIU não é apenas técnico, mas também fisiológico, e possui influência direta no processo de autonomia e escolha pelo método contraceptivo. Como prevê a lei que determina a livre escolha da mulher pelo método de sua preferência, a maioria, por possuir informações restritas sobre o DIU, tem como principal método contraceptivo a cultura do anticoncepcional oral. A construção de um saber consolidado visa à produção da mulher informada e empoderada, que lutará por seus direitos e por sua liberdade de escolha (BITTELBRUN, 2017).

O interesse em realizar esta pesquisa em saúde pode revelar potenciais efeitos positivos no setor ao ser bem direcionada, com vista a amplificar o acesso, melhorar a alocação de recursos e conseqüente melhoria nos serviços. Esta pesquisa se justifica a partir de busca preliminar em bases de dados, em que foram identificados 4.044 artigos como resultado para busca genérica sobre a temática; porém, em busca mais específica, foram encontrados 329 artigos. Assim, explicita esta lacuna na literatura de estudos com foco na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos para uma melhor qualidade de vida da mulher no uso do DIU (SAMARI, 2017).

Diante do exposto, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa norteadas pela seguinte questão: como as mulheres que aguardam pela inserção do dispositivo intrauterino (DIU) têm experienciado a escolha pelo método e a construção de seus conhecimentos em direitos sexuais e reprodutivos inter-relacionados?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender saberes e experiências de mulheres acerca da escolha pelo DIU, bem como dos direitos reprodutivos inter-relacionados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das participantes à espera pela inserção do DIU.
- Identificar o conhecimento sobre o DIU de mulheres que aguardam a sua inserção
- Conhecer a percepção das participantes que aguardam inserção do DIU e aspectos inter-relacionados à saúde da mulher e direitos reprodutivos.
- Analisar barreiras para a tomada de decisão pelo DIU como método contraceptivo.

3 MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo do tipo pesquisa social, em que há uma preocupação com o ponto de vista dos participantes e que busca compreender as diversidades culturais, o que significa entender o global e o local, uma vez que o ser humano é o autor das sementes das transformações. Os métodos de pesquisa qualitativos são utilizados para obter ações e comportamentos, crenças e valores, emoções e perspectivas construídas pelos participantes a respeito das experiências vivenciadas, neste caso, o significado de experiências e saberes de mulheres em lista de espera para inserção do DIU ao invés da percepção do pesquisador.

A pesquisa social tem por finalidade ajudar a esclarecer a própria realidade dos participantes e ao mesmo tempo entender sob sua visão o que para ele é importante (MINAYO, 2006). São constatações do ser humano em sociedade que emanam do real. Na saúde, ela está voltada para a verificação dos fenômenos representados por vários atores, incluindo os profissionais e os usuários do SUS. Dentro da pesquisa social foi escolhida a pesquisa estratégica, que visa ressaltar problemas concretos com o intuito de sugerir ação governamental ou da sociedade para conhecimento e avaliação do problema e política do setor saúde (MINAYO, 2006).

Essas estratégias embasam a luz do problema, mesmo que não caiba ao pesquisador solucioná-las, e promovem um vislumbre da realidade, podendo, assim, gerar conhecimento e possíveis mudanças (MINAYO, 2006).

O estudo foi desenvolvido com mulheres que aguardam pela inserção do DIU-TCu. Para a realização da pesquisa foi aplicado um questionário semiestruturado, por meio de um formulário online, e àquelas que preencheram o questionário era, então, agendada uma entrevista individual com perguntas na busca da compreensão de suas percepções e conhecimentos relacionados ao DIU (CRESWELL, 2007).

Dentre as variantes de pesquisa qualitativa, escolheu-se, para o desenvolvimento deste estudo, a entrevista individual, utilizando plataforma de encontros online, por permitir realizar chamadas de áudio e vídeo entre usuários, de forma a evitar o contato direto com as participantes e promover sua segurança neste contexto pandêmico. Os encontros foram realizados pelo celular, computador ou tablet. A plataforma utilizada foi do Google, por meio do Google Meet, por ser segura e permitir o armazenamento das chamadas gravadas em nuvem para facilitar o acesso aos dados em todos os dispositivos por um período em média de 30 (trinta) dias. Depois deste período, as entrevistas são apagadas automaticamente, aumentando a segurança e a privacidade das participantes.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico inspirado na proposta de Araújo e Borges (2017), disponibilizado via formulário online (Apêndice A), ferramenta que permite coletar informações sobre as participantes, com questões explicitadas. Esse questionário foi enviado por meio de correio eletrônico às participantes da pesquisa. Para maiores esclarecimentos, o questionário contou com uma breve apresentação do projeto de pesquisa seguida do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) e da apresentação das perguntas do questionário.

A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para a realização da pesquisa, com o número do parecer: 4.344.174, quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) disponibilizou uma lista com o nome e o telefone das mulheres que estavam aguardando a inserção do DIU-TCu 380A. O contato prévio com as mulheres foi realizado por meio de ligações telefônicas onde se explicitou o objetivo da pesquisa, convidando-as a participarem. Esse momento também foi utilizado para esclarecer possíveis dúvidas e acordar sobre a assinatura do TCLE e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e/ou Som de Voz (Anexo B) para a realização do estudo. Era informado também, nesta ligação, sobre a possibilidade de não adesão/participação ou desistência a qualquer momento. Se houvesse interesse em participar, era então registrado o endereço eletrônico (e-mail) das participantes para o envio do questionário. Nesta ocasião, estas mulheres eram ainda informadas da data do envio do e-mail com os documentos para assinatura dos dois termos para a realização da entrevista para o estudo.

Das 199 mulheres que constavam na lista, 126 não atenderam ao telefonema ou a ligação não completou mesmo após três tentativas em dias e horários diferentes, 7 responderam que não tinham mais interesse em colocar o DIU, 21 não tinham interesse em participar da pesquisa, 30 já haviam colocado o DIU e, por fim, 15 mulheres aceitaram participar da pesquisa sobre o DIU.

Na pesquisa social, é recomendado usar diversas técnicas de coleta de dados para cada fase do processo de investigação e, por isso, para as participantes que aceitaram o convite, foi enviado o questionário por correio eletrônico e, após o retorno com as respostas, era agendado um dia e horário de preferência da participante para a realização da entrevista, sendo utilizada a plataforma de encontros online escolhida, Google Meet (MINAYO, 2006).

A entrevista seguiu um roteiro guiado por um item inicial disparador: Conte-me como decidiu pelo DIU como método contraceptivo. É necessário que o moderador utilize estratégias para manter os participantes envolvidos na conversação, conectando-se com emoções, atitudes e comportamentos inconscientes.

O TCLE e o Áudio, para fins de pesquisa, são instrumentos utilizados com o intuito de garantir a autonomia dos sujeitos nela envolvidos. Eles foram escritos de forma clara e acessível, e serão apresentados ao sujeito e lidos junto com ele para dirimir quaisquer dúvidas que ainda restem após a leitura dos esclarecimentos nele contidos.

Os dados foram coletados no período de 1º de março de 2021 a 30 de junho de 2021 com as mulheres da UBS de uma região de saúde do Distrito Federal, por meio da Pesquisa Social com as técnicas de entrevistas gravadas em áudio, e com a aplicação do questionário sociodemográfico (Apêndice A). Ao todo 15 mulheres responderam ao formulário no qual, além de perguntas de características sociodemográficas, havia também 10 questões sobre o DIU que podiam ser respondidas com “Sim”, “Não” e “Não sei”, inspirado da proposta de Araújo e Borges (2017).

Foram selecionadas como participantes da pesquisa: mulheres residentes na Região Administrativa em que foi realizada a pesquisa, em idade reprodutiva, ou seja, entre 18 e 49 anos, que estão à espera pela inserção do DIU-TCu 380A; que concordem em participar da pesquisa e assinem o TCLE e o Termo de Áudio. Foram excluídas as que autorreferissem ter condições impeditivas para o procedimento no momento da coleta de dados, conforme os critérios da OMS, tais como: anemias, anormalidades uterinas, mioma uterino, vigência de IST, AIDS em estágio 3 e 4, infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta, mulheres com câncer de colo uterino (BRASIL, 2018; WHO, 2015).

Os estudos descritivos pretendem apresentar com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. Já os estudos quantitativos se associam aos experimentos, às pesquisas, às questões fechadas ou aos estudos em que se empregam instrumentos de medição padronizados. Esses dados serão categorizados e dizem respeito à caracterização sociodemográfica das participantes (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2012).

A fim de se obter uma melhor compreensão dos dados levantados, foi realizada uma análise conjunta dos instrumentos utilizados no processo de coleta de dados. Após a transcrição das entrevistas iniciou-se o processo de análise que buscou, inicialmente, organizar os materiais obtidos com os diversos instrumentos, a saber: o registro da fala e as anotações de campo da pesquisadora. As informações relevantes foram agrupadas por tema e os dados assim gerados foram processados por meio de análise de conteúdo de Bardin (2011).

A análise de conteúdo é definida por um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. A análise de

conteúdo proposta



por Bardin está subdividida em três grandes etapas: 1) Pré-análise: Fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; 2) Exploração do material: nesta fase, os dados são codificados a partir das unidades de registro; 3) Tratamento dos resultados e interpretação: onde ocorre a categorização, que consiste na classificação dos elementos com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2011).

Um possível risco e desconforto é o tempo gasto no momento de realização da aplicação do questionário e da entrevista. Para minimizá-lo, serão garantidos, às entrevistadas: esclarecimentos sobre a duração do questionário e da entrevista; sigilo e privacidade quanto aos dados da pesquisa; liberdade de recusar-se a participar como participante de pesquisa ou se retirar do estudo a qualquer momento, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização. Todas as despesas relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, internet ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas e ressarcidas pelo pesquisador responsável.

4 RESULTADOS

As 15 mulheres responderam ao formulário na totalidade, sendo que uma delas assinalou a alternativa “Não sei” para todas as questões acerca do DIU. A mediana de idades foi de 36 anos, variando entre 24 e 43. Quanto à autodeclaração de cor, sete (46,7%) se declararam pardas, três (20,0%) pretas, três (20,0%) brancas e duas (13,3%) amarelas. A maioria possui ensino superior completo (53,4%, n=8), exercem atividade remunerada (66,7%, n=10), casadas (46,7%, n=7), tiveram a menarca aos 12 anos, coitarca aos 17 anos, somente uma das participantes nunca engravidou. A maioria teve dois filhos ou mais, com primeira gravidez próxima dos 20 anos, sem ocorrência de abortamento, com o desejo de ter apenas dois filhos e sem o desejo de ter mais filhos no futuro (78,7%, n=13), em uso de método contraceptivo, sendo anticoncepcionais orais e injetáveis os mais utilizados, e que nunca usou DIU por dificuldade de acesso.

Após as questões sobre caracterização das participantes, as mulheres responderam itens sobre o DIU propriamente dito, e o retorno dessas respostas foram organizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das respostas conforme conhecimento acerca do DIU. Brasília-DF, 2021.

Questões	Acerto		Sim		Não		%
	%	n	%	n	%	n	
O DIU deve ser colocado apenas por médico?	-	-	80	12	6,7	1	13
O DIU pode ser usado apenas por mulheres que já têm filhos?	80	12	0	0	80	12	20
O homem sente o DIU durante a relação sexual?	60	9	0	0	60	9	40
O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes?	46,7	7	46,7	7	20	3	33,3
O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade?	46,7	7	46,7	7	13,3	2	
				40	6		

continua

conclusão



Questões	Acerto		Sim Não sei		Não			
	%	n	%	n	%	n		
O DIU é colocado por meio de uma cirurgia?								
O DIU é abortivo?								
Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar?								
O DIU aumenta o risco de câncer de útero?								
O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis?								
<hr/>								
	73,3	11	13,3	2	73,3	11	13,3	2
	86,7	13	0	0	86,7	13	13,3	2
	86,7	13	0	0	86,7	13	13,3	2
	53,3	8	0	0	53,3	8	46,7	7
	26,4	4	40	6	26,7	4	33,3	5

*A questão 1 não foi avaliada em relação ao gabarito proposto por Araújo e Borges (2017).

A mediana dos acertos das participantes foi 7, sendo que uma das participantes acertou todas as questões. A questão referente a efeitos colaterais desagradáveis relacionados ao uso do DIU teve menor número de acertos (26,4%, n=4) e as questões sobre o DIU ser abortivo e a dificuldade de gravidez após retirada do dispositivo obteve maior número de respostas adequadas (86,7%, n=13).

Da análise dos dados qualitativos, ou seja, as entrevistas, elaborou-se o Quadro 1, com as organizações das categorias e suas subcategorias.

Quadro 1. Categorias da Análise de Conteúdo. Brasília-DF, 2021.

Categoria	Subcategoria
Fonte de conhecimento sobre o DIU	Conhecimento formal
	Saberes informais
	Origem das informações
Processo motivador na decisão pelo DIU como método contraceptivo	Indicação clínica
	Segurança do método



	Influência social
Obstáculos interpostos à colocação do DIU	Acesso
	Dependência do SUS
	Critério
Aspectos favoráveis à escolha do DIU	Controle hormonal
	Melhora qualidade de vida
	Divulgação do serviço

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, as categorias emergentes da análise serão apresentadas com síntese descritiva ilustrada por alguns trechos de falas das participantes deste estudo.

4.1 FONTES DE CONHECIMENTO SOBRE O DIU

As participantes deste estudo, ao longo de cada entrevista, relataram seus processos de significação do DIU, não apenas como uma tecnologia anticoncepcional, mas como escolha de vida e suas subjetividades relacionadas. Esta categoria foi constituída das subcategorias: conhecimento formal, saberes informais, reconhecendo como um processo de estabelecimento de sentidos (social, econômico) e significados (subjetivos da mulher) a partir da realidade do sujeito.

Na subcategoria conhecimento formal, agruparam-se ideias que exprimiram informações técnicas sobre o DIU, que as participantes se apropriaram por leituras ou conversas com profissionais que entendem sobre o assunto. Tanto que a participação nas reuniões de planejamento reprodutivo realizadas na UBS foi relatada como marco decisivo na troca de método anticoncepcional. Uma das mulheres descreveu sobre as apresentações do dispositivo e seu funcionamento, espontaneamente, durante a entrevista.

[...] o de cobre tem dois modelos até, não sei se todo mundo sabe que tem o T de cobre e o multiload que o formato é diferente, um é em formato de T e o outro de U, e assim, o de T são dez anos e o multiload são cinco e [...] o outro fabricante já lançou, relançou. Ele é inserido normalmente no período menstrual aí ele fica no... eu não sei tecnicamente como fica, mas ele é inserido no útero né, tem o local certinho e com isso ele, o cobre no organismo mata lá ou é o óvulo ou esperma lá. (E1)

A decisão, foi eu fiquei sabendo do DIU no posto de saúde quando eu fui fazer o pré-natal da minha filha. (E14)

Aí conversando com o doutor aqui do posto de saúde da Vicente Pires, ele falou que o posto tinha um programa social que colocaria o DIU nas mulheres que quisessem a opção. (E6)

Na subcategoria “saberes informais”, vem citação de medos e anseios, que está associada à construção coletiva de conhecimento, e difusão de informações sem embasamento científico. Algumas participantes discorreram sobre dúvidas específicas, por exemplo, sobre o tipo de DIU ofertado pelo SUS; assim como informações equivocadas sobre o dispositivo, tal como que se faz necessário acompanhamento médico periódico.

Aí eu falei né, os meus medos e o que as pessoas falavam sempre na questão que às vezes ele prejudicava a saúde, muita das vezes a mulher engravidava, a mulher às vezes ficava com sangramento, e aí elas falaram que nada disso era verdade, que isso tudo era mito e tal [...] aí ela falou vamos testar! aí testou outro remédio, também não me adaptei, outro anticoncepcional, então aí eu vi assim eu conversando com uma pessoa, com as pessoas lá no posto de saúde, as meninas falou assim: não, é muito bom porque você não sente nada! eu falei assim: ah eu vou ter essa hipótese e aí eu conversei com ela e ela falou cê quer colocar? Eu falei que eu quero. (E13)

Eu queria perguntar sobre o DIU mesmo, porque existe o de cobre e o de Mirena, o posto de saúde ele disponibiliza o Mirena, o de cobre né? (E10)

Havia um acompanhamento depois que colocavam o DIU que se chegou a alguma mulher a acontecer essas coisas é porque não teve o acompanhamento certinho. (E13)

Eu falei sim, já ouvi uma vez quando a gente fazia planejamento, a gente ouve as palestras né. (E11)

Então eu fui fazer a consulta né, me indicaram pro planejamento familiar, e nesse planejamento familiar explicaram sobre todos os métodos, eu já estava querendo mudar, eu tomava injetável, e depois dessa reunião eu decidi colocar o DIU mesmo. (E9)

Mas foi na reunião lá que a gente tem. Eu tentei a ata, eu to na fila também para fazer laqueadura, todos os meses eu estou tentando, to tentando fazer laqueadura já tem 6 anos, naquela reunião que fala lá sobre o motivo. (E7)

A experiência compartilhada por pessoas próximas também é um forte gatilho para despertar o desejo pelo DIU. Foi por meio de relatos de amigas e familiares que tiveram o entendimento de que haveria melhora da qualidade de vida se mudassem o seu MAC de escolha, como relatado em:

Só familiar mesmo, não foi com médico não e a decisão foi familiar mesmo, minha irmã usa e minhas tias já usaram e ela se adaptou muito bem. (E12)

Minhas cunhadas usam, e pouco que eu estudei alguns anos atrás né, técnica de enfermagem. (E10)

E uma minoria das participantes pesquisou e estudou por conta própria, e depois buscou um profissional de saúde, como aconteceu como ilustrado abaixo:

Aí eu comecei a pesquisar alguma coisa que não fosse hormonal assim, que resolvesse esse problema mais que não fosse um veneno a longo prazo, aí eu me deparei com o DIU de cobre. (E3)

4.2 PROCESSO MOTIVADOR NA DECISÃO PELO DIU COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO

A segunda categoria representa a motivação e os aspectos envolvidos na tomada de decisão, que podem ser o desejo de mudar de método contraceptivo, por problemas de saúde ou outras questões, expressa nas duas subcategorias: indicação clínica e motivação pessoal.

Dentro de “indicação clínica”, situação emergida por avaliações clínicas, foi citada a contraindicação do uso de MAC hormonais, devido ao histórico familiar de trombose, o que limita a escolha, já que os anticoncepcionais orais e injetáveis não são uma opção, visto no seguinte caso:

O que que acontece, minha família tem muito caso de trombose assim, a gente não pode tomar anticoncepcional de jeito nenhum, minha mãe deu embolia, a irmã deu trombose com 18 anos, minha tia também deu trombose na perna, a minha mãe depois de anos também ela tinha dado uma embolia ela deu uma AVC isquêmico, uma prima minha também deu AVC e chegou a falecer, então o histórico da minha família tem muitos casos disso, então com isso eu não posso tomar hormônio e sempre o médico me aconselha a colocar né ou o DIU ou usar camisinha, esses métodos né, porque anticoncepcional eu não posso. (E2)

As participantes também revelaram que o DIU seria a alternativa para não se submeter à esterilização cirúrgica, pela dificuldade de acesso ou negação desse procedimento.

Na verdade, foi que eu queria aquele, aquela cirurgia de ligadura que a partir de 27 anos a gente tem direito dentro né da lei. (E9)

Aí fui participando das reuniões dos planejamentos familiares que inclusive se desse certo, se tivesse dado certo era pra ter feito a laqueadura né? Mas eu não consegui fazer a laqueadura no parto da minha filha, então eu fiquei na fila aguardando pelo DIU. (E14)

Eu já tenho duas filhas né, e não quero passar por um processo de cirurgia pra poder fazer a ligadura, né? Então eu preferi o DIU. (E10)

Em relação à subcategoria segurança do método, às participantes, durante a entrevista, referem a possibilidade de falhas no uso de MAC hormonais, sendo o fator esquecimento citado em mais de um relato:

Eu uso a pílula, né? anticoncepcional desde os 15 anos que foi quando eu tive minha primeira filha. Sempre tem aquelas falhas, a gente esquece um dia, não toma, enfim. (E6)

Então assim, tem a questão de quem é esquecido, quem tem problemas na correria do dia a dia, sai cedo, sai atrasado às vezes acaba esquecendo de tomar, então ele (DIU) está ali o tempo todo você não precisa se preocupar na verdade com nada, com hora de tomar, porque tem que ter, né? Todo um procedimento tem que ser sempre naquele mesmo horário nunca pode esquecer. (E3)

O compartilhamento de vivências entre vínculos sociais pode ter influência na tomada de decisão, incentivando a pessoa a conhecer novos métodos, conversar com profissionais de saúde e tentar reajustar a partir de experiências de amigas e familiares, situação encontrada em vários relatos.

Porque na minha família, já tem pessoas que usam né, elas se adaptaram bem ao DIU. (E12)

Ah, é porque eu já tenho duas filhas né, e não quero passar por um processo de cirurgia pra poder fazer a ligadura né, então eu preferi o DIU, conversei com meu esposo, nós temos duas filhas juntos, então a gente não quer mais filhos. (E10)

4.3 OBSTÁCULOS INTERPOSTOS À COLOCAÇÃO DO DIU

A terceira categoria contempla as falas que representam os obstáculos interpostos à colocação do DIU que foram referidos pelas participantes desde o início do processo de escolha até o momento da entrevista e as subcategorias elencadas foram: acesso, dependência do SUS e critério.

Assim, algumas das participantes referiram o acesso como uma subcategoria na qual vivenciaram barreiras ao tentar agendar a primeira consulta para discutir a decisão com profissionais de saúde.

Aí no caso hoje no meu caso está sendo as marcações das consultas, eu moro numa rua da (nome do local) que não tem uma equipe, então quando você se marca você vai para o HRT, [...] mas o ginecologista a agenda não está aberta. Então, como essa consulta eu tenho que fazer lá, aí eu tô com essa dificuldade realmente de marcação, [...] mais como meu marido foi lá não tinha agenda aberta para poder tá marcando, então assim, no momento seria isso mesmo, a questão de não ter disponibilidade. (E1)

Porque assim, eu tive uma dificuldade de fazer o cartãozinho, de ter uma primeira consulta no posto, eu acho que a primeira consulta é sempre a mais

difícil, você



faz o cartãozinho, você tem o número, tem que ligar, tem que chegar cedo pra conseguir marcar uma consulta. (E10)

Outra subcategoria que surgiu foi a dependência do SUS que emergiu aspectos relacionados a problemas financeiros que foram ressaltados nas falas das participantes ao verem-no como barreira, e o fato de não conseguirem comprar o DIU e realizar sua inserção no particular, dependendo, então, do serviço público de saúde para ter acesso a esse MAC.

Foi financeiro realmente, porque não é nem o fato de eu comprar o DIU porque ele não é caro, é um valor tranquilo, é possível, só que a colocação de 500 reais onera muito no momento pra mim. (E1)

Então são coisas que às vezes eu não tenho como fazer, eu até tinha perguntado pro médico né se teria como eu comprar o DIU né e ele colocaria, mas ele falou que tinha que usar o DIU de vocês, aí eu falei então tá bom então. Fica inviável para comprar o DIU e ainda colocar na rede privada né ficaria um custo muito alto. (E2)

[...] e pela questão de pagar eu acho que é muito caro hoje em dia, não tá no meu custo, hoje eu não consigo colocar o DIU nem o Mirena e nem o DIU de cobre. (E4)

Ah na verdade eu, o grande o impeditivo mor que eu vejo tanto em relação a isso quanto em relação a todos os métodos contraceptivos, são as barreiras de valores, entendeu? [...] Se você for comprar um DIU pra colocar, você não vai gastar menos de mil, mil e quinhentos reais, se dependendo de onde for, porque você paga pelo trem que é um bichinho deste tamanhozinho e ainda paga pro médico poder colocar. (E9)

Houve participantes que também sinalizaram que não há DIU suficiente para atender à demanda de mulheres, já que afirmaram que os processos de trabalho se desenvolvem adequadamente na UBS, reforçando a ideia de que só não é feito devido à falta de recursos materiais:

Não, são muitas mulheres e poucos dispositivos. (E10)

Na verdade, é assim, é ter o material né? porque principalmente é esse, porque no posto eles dão toda a assistência, eles fazem o processo todo, tudo certinho só que se não tem o DIU, não tem como colocar e são poucas quantidades que vão para o posto, então acaba que a gente indo pra fila de espera por conta disso e vai, e vai demorando mais. (E2)

Eu acho que tem muita gente na fila de espera e eu acho que a demanda é pouca é pro tanto de pessoas. (E11)

Então né, a dificuldade de acesso ao DIU mesmo, a falta de profissionais, falta de material na rede pública né, tudo isso é um dificultador do meu acesso ao DIU né. (E9)

Outro ponto reconhecido pelas participantes foi o reduzido número de profissionais treinados para a inserção de DIU na rede pública, sobrecarregando aqueles com competência técnica e gerando atraso no atendimento.

É, também, eu acho que o profissional são poucos né? Porque é um, querendo ou não é uma coisa íntima, tem que ter uma pessoa especializada pra fazer, também é, acho que falta profissional na área né? Porque nem todo médico, assim eu não sei eu não entendo nada de medicina, mas eu acho que é isso. (E11)

Olha, com certeza não, porque, eu acredito que nenhum setor público tenha funcionário suficiente para atender toda a população, nenhum, a falta de pessoal é um problema que a gente vive há muitos anos no país e infelizmente as pessoas responsáveis só vão passando o pano para camuflar e acabam sobrecarregando outros funcionários que ficam doente e se distanciam do serviço para cuidar da saúde. (E6)

As participantes relataram que o não compartilhamento com elas sobre a atualização de andamento da fila ou lista para inserção do DIU propicia que não tenham perspectiva de quando conseguirão esse serviço.

Esse período de dois anos eu engravidei de novo e depois outra vez. Ser chamado porque tem uma lista grande no posto né e aí com isso a gente só espera dá o telefone e fica aguardando. Já tem quatro anos, foi quando eu engravidei de novo... (E2)

Okay, fui, preenchi tudo bonitinho, mas como você explica, que temos uma demanda grande tal e tal, agora a gente coloca em tempo de pandemia, porque em tese a gente já vai pro segundo ano consecutivo, mas o que explica uma fila de cinco anos pra inserção de um aparelho digamos assim? (E8)

É, eu fiquei durante esse período todo, né, minha filha vai fazer três anos em setembro agora, é na espera na fila de espera aguardando por esse ser chamada pra colocar esse DIU só que até hoje eu nunca recebi nenhuma ligação. (E14)

Ainda se destaca que a espera para implantação do DIU pode ter implicações pessoais e sociais, uma vez que duas participantes engravidaram e uma delas vivenciou duas gestações não planejadas que poderiam ter sido evitadas.

[...] pra colocar esse DIU e na verdade eu já fiz foi engravidar, acabei engravidando na espera pelo DIU eu acabei engravidando, então eu to grávida de cinco meses, nem se eles me ligassem agora não teria como né fazer, colocar o DIU, porque estou grávida não tem como fazer então teria que ser novamente uma nova espera de novo. (E14)

Esse período de dois anos eu engravidei de novo e depois outra vez. Ser chamado porque tem uma lista grande no posto né e aí com isso a gente só espera dá o telefone e fica aguardando. Já tem quatro anos, foi quando eu engravidei de novo... (E2)

Segundo as participantes, há profissionais que se pautam em etapas burocráticas para se recusar a realizar procedimentos, o que limita o acesso a outros métodos como relatado por participantes que haviam optado pela ligadura de trompas:

Eu falei pra ela que eu quando tava no quarto filho, eu pedi a laqueadura pra minha médica, pra minha obstetra, ela me deu a ata, eu levei lá direitinho, o médico disse que não, que não fazia cirurgia porque eu era uma pessoa saudável, eu tive minha gravidez, correu bem, meus parto tudo normal, eu tenho uma recuperação de parto muito boa, então ele disse que não, que eu tinha que fazer o planejamento familiar. (E11)

Assim como o médico que fez o meu parto, minha cesariana, não fez a minha laqueadura porque ele não quis, simplesmente porque ele não quis, porque eu tava com a ata na mão, só porque não tinham dois meses de autenticada no cartório ele não iria fazer. (E14)

As participantes descreveram que, com a pandemia do vírus SARS-Cov-2, o serviço ficou mais moroso, potencializando fatores de adiamento para inserção do DIU, mas ainda questionaram o longo período de atraso:

Você faz a solicitação aí aguarda a resposta aí fica esperando, esperando, esperando, aí veio a pandemia e bloqueou tudo, então eu acredito que as formalidades do setor público e a pandemia foram as maiores barreiras para que esse processo continuasse. (E6)

Okay, fui, preenchi tudo bonitinho, mas como você explica, que temos uma demanda grande tal e tal, agora a gente coloca em tempo de pandemia, porque em tese a gente já vai pro segundo ano consecutivo, mas o que explica uma fila de cinco anos pra inserção de um aparelho digamos assim? (E8)

A participante E3 pontuou a situação da existência de critérios que dificultavam seu acesso a inserção do dispositivo, como idade e o fato de a mulher ser nulípara:

[...] e eles usavam sempre essa questão da idade e principalmente a questão de ter filhos então eu nunca me encaixava por causa disso. (E3)

4.4 ASPECTOS FAVORÁVEIS À ESCOLHA DO DIU

A quarta categoria elenca os fatores impulsionadores para o processo de escolha do DIU como método contraceptivo, sendo composta pelas subcategorias: controle hormonal, melhora da qualidade de vida e atendimento.

A utilização de anticoncepcionais orais e injetáveis preocupa muitas mulheres devido ao consumo constante de hormônios, a perspectiva de um método não hormonal é uma questão de saúde, como identificado nas falas:

Tem a questão do hormônio no organismo da mulher né que tem N consequências, né. Então assim o DIU pra mim foi menos agressivo por mais que ele ainda tem assim umas reações, como aumento de fluxo, tem umas cólicas, mas são totalmente suportável em vista de outros fatores que acontece com o anticoncepcional. (E2)

Primeiro é a questão hormonal que eu achei que quanto mais natural melhor né já consome tanta coisa que nos prejudica... (E3)

Eu tava achando que tava muito inchada, eu passava o tempo todo com meu peito muito inchado, aí eu conversei com ela e de repente a gente podia trocar né de repente por causa do hormônio. (E13)

Associada à queixa hormonal há o relato de mudanças físicas percebidas pelas mulheres no uso contínuo de anticoncepcionais orais, principalmente o aumento de peso, como relatado a seguir.

Hormonal principalmente né porque tá muito descompensado, como eu tomo pílula a muitos anos eu acredito que possa melhorar bastante, ganhei muito peso com essa “tiroide” né então fica na expectativa você pode ficar só no alface que não diminui nada [risos], você pode passar o dia tomando água que não faz diferença. Aí eu falo, gente quando eu tinha 20 anos, só bastava ficar sem uma refeição que eu já dava certo. (E1)

Sim, justamente por eu estar engordando muito tomando o injetável. (E9)

Eu fui no ginecologista e eu tava engordando muito sem nada sem tipo, eu tava achando que eu tava engordando, talvez por causa da idade a gente ficou entre eu e a ginecologista. (E13)

O DIU é descrito pelas mulheres como um método cômodo quando comparado a outros, por não haver necessidade de cortes no corpo, sofrimento e nem ser preciso adicioná-lo à rotina, como é o caso da ingestão do anticoncepcional oral.

Eu acho muito mais fácil (o DIU) porque, se eu tivesse tomando o comprimido tem a questão de esquecer, às vezes você sai, às vezes esquece a bolsa em casa com o negócio. (E2)

[...] olhasse pra saúde de um método tipo um DIU não é a forma mais rápida mais fácil que a mulher não sofre, não passa por um corte, se é, hum não colocasse pra ser rápido pra marcar pra colocar, tipo, a mulher passa por todo o processo ali das reuniões, coloca o DIU. (E14)

Um chamativo também associado à facilidade é a durabilidade do DIU, fator que conquistou a preferência como método para E3, e como E14 traz em seu relato, tal durabilidade pode ser interrompida e quando retirado o dispositivo a mulher pode se organizar para gestar normalmente.

O DIU de cobre, que achei interessante pelo tempo que são 10 anos e também por não ter nada lançado no seu organismo né aí eu fiquei muito interessada. (E3)

Se daqui a 7, 8 anos a mulher [pausa] 4, 5 anos a mulher quisesse engravidar novamente, era só simplesmente a mulher tirar e engravidar. (E14)

Quanto ao atendimento, às participantes alertaram para o fato de os profissionais se dispuseram a conversar sobre, apresentando as informações necessárias para auxiliar na tomada de decisão.

A forma que chegou até mim achei muito bacana, foi um médico que me informou, as enfermeiras que depois seguiram com meu atendimento, explicaram tudo direitinho como que seria e enfim eu achei bacana por causa disso, mas eu acho que falta um pouquinho de publicidade dessas informações que são tão úteis para muitas pessoas. (E6)

Posso dizer que o acesso a informação é fácil, mas a pessoa precisa saber que existe essa informação, eu sei porque eu fui atrás eu perguntei e eu questionei e ele teve uma resposta pra dúvida que eu tive naquele momento. (E8)

5 DISCUSSÃO

Após análise das respostas do questionário, percebe-se que a maioria das participantes detém nível de conhecimento sobre o DIU razoável, conforme classificação do resultado de acertos das respostas (ARAÚJO; BORGES, 2017), apesar de algumas respostas inadequadas, principalmente referentes aos efeitos colaterais, se o homem sente o dispositivo durante relações sexuais, se pode ser inserido em mulheres acima dos 40 anos ou se o DIU provoca câncer. O índice de equívocos não foi motivo para a desistência da escolha, ao contrário do estudo de Araújo e Borges (2017), que aponta a não escolha pelo DIU de mulheres por falta de conhecimento ou dúvidas a respeito desse MAC. Talvez porque as mulheres deste estudo não tivessem certeza de suas respostas, ou mesmo, porque os motivos que consideraram como benefícios poderiam ser suficientes para superar as dificuldades de tê-lo.

Ainda sobre o questionário, um achado importante foi que a maioria das mulheres sabia da disponibilização do DIU pelo SUS. Na hipótese inicial da pesquisa de Araújo e Borges (2017), referia que as mulheres não detinham tal conhecimento, porém, a conclusão do seu estudo divergiu de sua hipótese inicial e converge com os resultados aqui apresentados, sendo que apenas uma participante referiu dúvida sobre o tipo do dispositivo ofertado pelo SUS.

As participantes relataram ainda dúvidas a respeito de: efeitos colaterais, dor durante procedimento, risco de desenvolvimento de câncer e redução no prazer sexual, também identificados em um estudo realizado com mulheres casadas e em idade reprodutiva no Nepal (KHATRI *et al.*, 2019) e em pesquisa multicêntrica brasileira cuja amostra eram mulheres usuárias de UBS (BORGES *et al.*, 2020).

Essas dúvidas, muitas vezes carregadas de preconceitos, geram uma relevante barreira que culmina com mulheres não optantes pela contracepção intrauterina com o DIU, principalmente pelos conhecimentos limitantes e desinformações como: crença de ser um método abortivo, suposta dificuldade de engravidar após retirada do DIU, de a inserção do dispositivo ser um procedimento cirúrgico. Porém, mesmo com as incertezas surgidas sobre alguns aspectos (BARRETO *et al.*, 2021; SANTOS; FERREIRA; SILVA, 2015), este estudo mostrou que as dúvidas não foram motivos suficientes para a desistência da escolha pelo método.

O sentimento de medo, a falta de conhecimento e a difusão de informações erradas podem favorecer ao senso comum negativo quanto o uso do DIU, para tal, é necessário manter correntes bem estruturadas de educação em saúde reprodutiva, que alcance as pessoas

para que possam tomar decisões embasadas e que de fato contemplem suas necessidades em saúde, como



propõe o planejamento reprodutivo, que é oferecer subsídio de escolha de métodos para alinhar segurança e conforto na vivência da sexualidade e reprodução, que alcancem pessoas com vida sexual ativa, em relacionamento ou não, que tenham o desejo de ter ou de não ter filhos (BRASIL, 2013; KHATRI *et al.*, 2019; SANTOS; FERREIRA; SILVA, 2015).

Outras situações que podem ser comumente atribuídas como efeito adverso ao uso de anticoncepcionais orais foram complicações cardiovasculares, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e tromboembolismo venoso que causam constante medo e insegurança na população, porém, esses estudos que apontam esses efeitos adversos também têm vieses importantes para serem avaliados e as pesquisas precisam ser atualizadas (FINOTTI, 2015). Todavia, a ética é soberana e, por isso, não se deve expor os usuários a riscos desnecessários, razão pela qual a existência de fatores de risco predispostos a essas complicações disparam a consideração de outros métodos como primeira escolha, sendo que o DIU possui características de grande abrangência em sua elegibilidade.

A maioria das entrevistadas nesta pesquisa demonstrou em suas falas que recebeu as informações que subsidiaram a escolha do método por parte dos profissionais de saúde, o que vai ao encontro com o achado da revisão de literatura de Damasceno, Magalhães e Queiroz (2020), ao referirem o aconselhamento contraceptivo como uma estratégia positiva para adesão aos métodos, porém, encontra divergência com a pesquisa de Melli (2019), que aponta alto percentual de mulheres que não receberam informações suficientes sobre métodos de alta eficácia, como o DIU, nos serviços de saúde. No entanto, por ser uma revisão de literatura, o estudo de Damasceno, Magalhães e Queiroz (2020) aponta aspectos destacados em diferentes políticas brasileiras, inclusive a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2018). Isso fortalece a importância de diferentes abordagens educativas, principalmente, se for considerado o acesso às diferentes redes sociais como ferramenta de comunicação com os usuários.

Dentre o assunto a respeito do conhecimento sobre o DIU, houve afirmativa, por parte das participantes deste estudo, de reconhecimento da importância de precisar de acompanhamento após inserção de DIU, mas, conforme orientação do MS, após o procedimento, é necessário apenas constatar correto posicionamento e realização de orientações, manejo de efeitos adversos e atendimento de outras demandas que surgirem. A reavaliação por profissional deve ser feita após o próximo ciclo menstrual, ou de 30 a 40 dias depois da inserção; depois, não há necessidade de manutenção, somente diante de eventos ou dúvidas (BRASIL, 2018). Isto demonstra que, mesmo decididas, as mulheres ainda possuem dúvidas sobre o método e o procedimento.

Outra fonte de informação sobre o DIU citada pelas participantes desta pesquisa foram amigas e parentes que conhecem ou fazem uso do método, porém, o estudo de Silva *et al.* (2021) aponta que há pouco diálogo e troca de conhecimentos sobre MAC no ambiente familiar, diferentemente das participantes desta pesquisa que tinham como principal fonte de conhecimento sobre o DIU a vivência e compartilhamento de experiência com pessoas do seu círculo familiar/amizade.

Não foi encontrado na literatura dado específico sobre mulheres que pesquisam e se inteiram sozinhas sobre os métodos disponíveis por meio de buscas na internet e afins, mas, como Borges *et al.* (2020) levantaram como hipótese, o fácil acesso à informação, apesar de positivo, pode levar a fontes de conhecimento inconsistentes e com informações equivocadas, o que pode ser corrigido com intervenções educativas.

Pode ser observado nos relatos das participantes deste estudo que a tomada de decisão ocorreu após participação na ação educativa, a qual favoreceu a mudança para estratégia anticoncepcional que melhor se encaixa com o perfil delas. Ações educativas em grupo são preferencialmente recomendadas com momentos que utilizem de metodologia participativa, pois o compartilhamento de experiências e essa abordagem centrada no sujeito favorecem troca de ideias e validação de práticas corretas, sendo reforçadas depois com ação educativa individual, onde será possível ouvir a escolha fundamentada e autônoma sobre o método anticoncepcional (BRASIL, 2013; PAIVA *et al.*, 2019). No entanto, percebe-se que, em geral, a usuária tem acesso às informações, apesar de a crença nessas informações, assim como sua interpretação, têm influência do contexto social. Porém, após a tomada de decisão pelo método do DIU, iniciou-se um processo longo de espera, o que transpareceu a necessidade na ampliação da oferta do DIU pelos serviços de saúde no Distrito Federal.

Além do DIU, a esterilização voluntária é regulamentada pela Lei nº 9.623/1996 (Planejamento Familiar), método cirúrgico e considerado definitivo; embora a reversão não ser acessível devido ao alto custo e à baixa taxa de sucesso do procedimento; a esterilização voluntária não pode ser feita por outro procedimento que não seja a laqueadura tubária ou a vasectomia, e para sua realização é necessário: ter idade maior que 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos; ter sido acolhida por profissional de saúde; ser orientado sobre os outros métodos contraceptivos; ter tido orientação sobre reversibilidade junto à equipe multidisciplinar; aguardar prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo da esterilização e a realização; preencher documento que expresse a vontade do indivíduo, onde contenha afirmativa sobre conhecimento da dificuldade de reversão, riscos, efeitos colaterais e outras opções de contracepção (BRASIL, 2016).

Assim, a laqueadura de trompas foi a opção relatada também por participantes deste estudo, porém, por recusa da realização desse procedimento por parte de profissionais como relatado pelas mulheres, ou pelos critérios legais não contemplados, o DIU se tornou uma alternativa viável e que pode ser utilizada até na espera pela cirurgia. Principalmente para aquelas mulheres que, ao longo de suas vidas, já tiveram ou optam por não ter filhos. Na perspectiva de não precisar se preocupar com métodos contraceptivos que demandam rotina diária, mensal ou trimestral, o DIU é uma opção atrativa.

Um estudo internacional sobre risco de gravidez e métodos contraceptivos usados no pós-parto analisa as relações da fertilidade no pós-parto e o planejamento familiar em países de baixa e média renda (MOORE *et al.*, 2015). Nesse estudo, mostrou-se que a dependência de métodos de curta duração foi o que, de acordo com a pesquisa, aumentou de forma crescente o risco de uma nova gravidez no período de seis meses a dois anos após o nascimento de um filho.

Vale esclarecer que a taxa de falha de um método contraceptivo pode ser identificada pelo índice de Pearl, método que utiliza o número de falhas com a utilização de um método após um ano de uso em 100 mulheres. Com esse parâmetro, quanto menor o valor, mais eficaz é o método, e o DIU de cobre em uso típico tem taxa de falha de 0,8, que pode ser comparada com anticoncepcionais orais cuja taxa é de 8. O preservativo masculino tem taxa de 15, o que demonstra que o DIU ainda é a escolha mais segura (BRASIL, 2018).

Apesar de o DIU ser considerado internacionalmente um método seguro e recomendável para mulheres de todas as idades, mesmo em adolescentes e nulíparas (BRASIL, 2016, 2018), os serviços de saúde tendem a criar barreiras organizacionais estipulando outros critérios para acesso a esse dispositivo (GONZAGA *et al.*, 2017).

Uma barreira também apontada pelas mulheres é ter o SUS como única alternativa para ter acesso ao DIU e para suprir o atendimento em saúde. Pode estar relacionada a um conjunto de situações econômicas que assolam boa parte da população brasileira, e para esclarecer, faz-se necessário um breve histórico da conquista e perda de direitos e perspectivas para os trabalhadores. No entanto, o SUS é uma das conquistas que não foi destacado pelas mulheres participantes.

Após a última reforma trabalhista, o mercado de trabalho mudou e diversos trabalhadores entraram em situações de emprego informal, uma modalidade em que não se estabelece um contrato entre empregado e empregador, situação que precarizou essa relação ao abrir brecha para não contemplação dos direitos trabalhistas, seguido de ondas de demissões de pessoas empregadas com carteira assinada e crise para os autônomos, reduzindo

os rendimentos



familiares justo em um período cuja política de governo é a informalização crescente do trabalho com perda de direitos (COSTA, S., 2020).

Esse novo cenário com aumento do desemprego e número de famílias em situação de extrema pobreza, aliado a uma inflação crescente, reduz o poder de compra e acesso a questões básicas como alimentação (NEVES *et al.*, 2021), levando a uma redefinição de prioridades de onde destinar os recursos financeiros da família.

Como referido pelas entrevistadas, a escolha do método aponta como barreira a questão financeira. Em meio a um contexto de crise econômica e desemprego, a escolha de para onde direcionar sua renda recai sobre as necessidades mais básicas, e como achado na literatura (SILVA *et al.*, 2021) essa escolha se mantém mesmo que o resultado seja uma nova gestação.

A não disponibilização do DIU como atendimento de demanda espontânea em uma UBS, sem encaminhamento para unidade de referência que o ofereça, é uma barreira organizacional que pode ser considerada intransponível para as mulheres (GONZAGA *et al.*, 2017), uma indução quase mandatária aos métodos hormonais, que já foi demonstrado na execução do Projeto CHOICE de contracepção (BIRGISSON *et al.*, 2015; PEIPERT *et al.*, 2011; SECURA *et al.*, 2010). uma coorte prospectiva, quando foram retiradas as barreiras de acessibilidade, oferecendo ações educativas e o método à disposição no momento, os LARCs, sendo essa a primeira escolha da maioria das participantes. Outro ponto importante identificado por esse Projeto foi a quebra da principal barreira de uso dos LARCs: o custo.

Outra questão abordada pelas participantes foi que a falta de profissionais treinados para realizar esse procedimento também interfere no processo para a inserção do DIU, assim como mostra a pesquisa de Barreto *et al.* (2021) realizada com médicos em saúde da família e comunidade e com residentes da área que apresentaram diversas lacunas de conhecimento, principalmente no que tange à indicação e contraíndicação do uso do DIU, ao mesmo tempo em que não se sentem confortáveis em fazer inserção do dispositivo.

Figueiredo, Castro Filho e Kalckmann (2014) já levantaram a hipótese de interferência ideológica na prática de oferta de contraceptivos à população, questionando se adolescentes com vida sexual ativa não tinham acesso a alguns métodos anticoncepcionais devido a projeção de valores por parte dos profissionais. Bem como achado na revisão integrativa de Santos; Ferreira e Silva (2015) de que a conduta profissional em influenciar a escolha do método pode ser guiada por comodidade e, assim, reprimir a autonomia da mulher, fazendo com que a barreira ao acesso seja o próprio profissional de saúde.

Assim, a escolha do método contraceptivo deixa então de ser da mulher e passa a ser

do profissional de saúde que define quem é elegível ou não. Faz-se necessário explicitar que
as



contraindicações para uso do DIU são clínicas, conforme o Manual Técnico para profissionais de saúde sobre o DIU com cobre TCu 380A (BRASIL, 2018), quais sejam:

- anormalidades uterinas, como útero bicorno, septado ou intensa estenose cervical;
- mioma uterino submucoso com relevante distorção da cavidade endometrial, sendo que miomas que não distorcem cavidade uterina não são contraindicações;
- IST vigente, como clamídia, gonorreia e AIDS estágios clínicos 3 E 4, sendo que sorologia positiva para sífilis já tratada e HIV assintomáticas não são contraindicações;
- infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, sendo que histórica de doença inflamatória pélvica, adequadamente tratada há pelo menos 3 meses, não é contraindicação;
- bolsa rota a mais de 24h e/ou febre durante trabalho de parto;
- no pós-parto imediato: hipotonia ou atonia pós-dequitação, retenção placentária, situação de abortamento infectado;
- pessoa com câncer de colo uterino.

Não há recomendação do uso do DIU para pessoas em uso de anticoagulante, devido ao provável aumento do fluxo menstrual.

Apesar de ter sido feita regulamentação, como o Parecer nº 17/2010 do COFEN/CTNL e a Orientação Fundamentada nº 60/2016 emitida pela Câmara Técnica do COREN/SP, que reconhecia o não impedimento do enfermeiro capacitado em implantar DIU (CARVALHO; OLIVEIRA, 2021), no final de 2019, por meio da Nota Técnica nº 38/2019, o MS revogou a Nota Técnica COSMU/DADES nº 5/2018, após pressão das entidades médicas (BRASIL, 2019), e confirmou o entendimento de que a inserção de DIU seria ato privativo do profissional médico, contrariando as recomendações internacionais e os próprios posicionamentos dos Conselhos de Enfermagem (WHO, 2012a). Essa foi uma importante barreira organizacional para o acesso ao DIU identificada por Gonzaga *et al.* (2017) foi a limitação da atuação de outros profissionais da saúde, que não o médico, na inserção do DIU, pois nem sempre o médico atuante na atenção primária está capacitado ou disponível para o procedimento.

Vale destacar que o estudo longitudinal-prospectivo de Trigueiro *et al.* (2020), realizado no município de Curitiba, Paraná, levantou intercorrências, aceitabilidade e causas da descontinuação de mulheres que inseriram o DIU. Nele não foi identificada diferença significativa no caso de intercorrências relacionadas à inserção por médicos ou enfermeiros, o que vai de encontro a achados de outro autor (GONZAGA *et al.*, 2017).

Outra barreira importante relatada pelas participantes deste estudo foi a do tempo de espera, em que elas aguardam até mais de quatro anos para inserção de DIU, o que é incompatível com achados de Gonzaga *et al.* (2017) devido a diferença exorbitante, em que mulheres aguardavam cerca de um mês para conseguir realizar o procedimento.

Uma das consequências da longa espera é o acontecimento de gravidez não planejada. Uma gravidez não planejada pode ser bem recebida e acolhida pela família, mesmo que demande mais dedicação de cada familiar; outra situação que pode acontecer é de ser indesejada, ou seja, quando não está nas expectativas da mulher ou do casal, e/ou inoportuna, quando não vem em um momento conveniente aos genitores, o que aumenta a possibilidade de tentativa de abortamento induzido (DELGADO *et al.*, 2020).

Uma gestação não planejada é sinônimo de aumento de gastos não apenas para a família, mas para o próprio serviço de saúde que vai custear todo o processo de hospitalização e assistência tanto à gestante quanto ao fruto da gesta. Em estudo comparativo entre três maternidades, duas no Rio de Janeiro e uma em Belo Horizonte, identificou-se que o custo médio de um procedimento de parto vaginal com internação em alojamento conjunto foi de R\$ 1.397,91, e de procedimento de parto cesariana com internação em alojamento conjunto foi de R\$ 1.843,87 (ENTRINGER *et al.*, 2019).

Aproximando-se mais da realidade da cidade desta pesquisa, foi realizado no Distrito Federal, para fins de uma nova proposta de faturamento, um levantamento dos gastos em um hospital referência em atendimento materno-infantil, cuja média de valor de um parto via vaginal foi de R\$ 8.113,77 e o custo médio de um parto cirúrgico foi de R\$ 10.995,15 (COSTA; ARRAIS, 2018). Valores estes que poderiam ser poupados com medidas de baixo custo no planejamento reprodutivo, como a inserção do DIU.

A rotina de inserção do nome na lista de espera e posterior agendamento para a inserção do DIU foi considerada pelas participantes como a primeira barreira, o que vai de encontro com a literatura (GONZAGA *et al.*, 2017), pois, da data em que a mulher optou pelo DIU como método contraceptivo até a sua inserção de fato, pode ocorrer gravidez ou outros eventos que a impossibilitem de voltar. Dessa forma, pode-se considerar que a ida ao serviço de saúde para agendar uma consulta futura é uma oportunidade perdida para inserção do dispositivo que poderia ser feito na modalidade de atendimento à demanda espontânea.

Enquanto não se consegue a inserção do DIU, os anticoncepcionais hormonais orais são os métodos mais utilizados por mulheres no Brasil. Atualmente, elas utilizam os de estrogênio e progestagênio associados ou o progestagênio isolado, que têm, em sua composição como mecanismo de ação o impedimento da ovulação (JUREMA; JUREMA,

2021).



A maior queixa relacionada ao método do anticoncepcional oral está nos efeitos colaterais que podem surgir, como aumento de apetite, aumento de peso, depressão, exaustão, cansaço, redução na libido, desenvolvimento de cravos e espinhas, aumento das mamas, maior sensibilidade mamária, alterações no colesterol, dores de cabeça, aumento da pressão arterial, risco aumentado para infecções no trato genital inferior, trombose, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e adenocarcinoma *in situ* no colo uterino (ALMEIDA; ASSIS 2017).

Essa questão referente aos efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais vai além de desconforto e mal-estar, pois há uma preocupação com o uso a longo prazo desses hormônios, já que aumenta o risco para doenças cardiovasculares graves (ALMEIDA; ASSIS, 2017; SILVA *et al.*, 2021).

Um dos efeitos colaterais que mais incomodam as mulheres é o ganho de peso, citado como um fator importante para a tomada de decisão na hora da escolha do método contraceptivo e como fator de descontinuidade e/ou troca. É também um efeito colateral citado na literatura como associado ao uso de anticoncepcionais orais, principalmente as pílulas combinadas (BAHAMONDES *et al.*, 2018; JUREMA; JUREMA, 2021; PALUDO; ZANELLA; POMPERMAIER, 2021).

Em estudo randomizado multicêntrico realizado em sete países, incluindo o Brasil, foi analisado o efeito no peso de participantes após três anos da inserção de DIU de cobre, implantes hormonais de levonorgestrel e etonogestrel e identificado ganho de peso por ano clinicamente pequeno, compatível com o ganho de peso normal de um adulto, o que leva a evidenciar que esses métodos têm pouca influência nessa questão (BAHAMONDES *et al.*, 2018).

O uso de progestágeno isolado via oral demanda precisão no horário da rotina de ingestão, pois atrasos e esquecimentos afetam a efetividade do medicamento (RIOS *et al.*, 2021). Por conta de esquecimento e outros impeditivos para se conseguir manter a rotina medicamentosa, como vômitos e diarreias, a taxa de falha de anticoncepcionais orais é de 8 no índice de Pearl, reiterando que é dez vezes mais alta quando comparada ao DIU de cobre que é de 0,8 (BRASIL, 2016).

Quando não ocorrem eventos adversos, a possibilidade de manter o DIU por até dez anos, sem necessidade de manutenção ou intervenções diárias como as pílulas é o diferencial do dispositivo de cobre. Outra vantagem dele é pode ser retirado a qualquer momento em que a mulher desejar engravidar e o retorno à fertilidade é quase imediato (BRASIL, 2016).

Cabe trazer a discussão da continuidade e descontinuidade no uso do MAC, pois mesmo que possa ser usado por dez anos, muitas podem desistir ou optar por outro método nesse percurso, mas em estudos internacionais e nacionais a taxa de continuidade após um ano é de mais de 70% (BIRGISSON *et al.*, 2015; PEIPERT *et al.*, 2011; SECURA *et al.*, 2010; TRIGUEIRO *et al.*, 2020).

Enfim, esta pesquisa sinalizou que, quando se oferece um aconselhamento compreensível, embasado e acolhedor, as mulheres podem preferir os métodos LARCs por serem mais efetivos e reversíveis, assim como demonstrado na conclusão da pesquisa do Projeto CHOICE (BIRGISSON *et al.*, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi planejada para alcançar lacunas ao abordar as subjetividades e singularidades das vivências de mulheres que aguardam o acesso ao direito de inserção do DIU como método contraceptivo.

Os saberes das participantes deste estudo foram construídos a partir de diferentes fontes, com pesquisas na internet, por meio da troca de experiências com pessoas próximas e consolidados, quando tiveram acesso ao serviço de saúde, por meio de consulta ou de reunião de planejamento reprodutivo, mesmo que permaneçam dúvidas, já que a compreensão de informações pode ser elaborada após os encontros, inclusive com profissionais.

A opção pelo uso de um LARC neste estudo está associada a uma busca por bem-estar e saúde em virtude da facilidade do uso do método, sua durabilidade, controle do peso, associado à autoestima positiva, e principalmente da qualidade de vida em se consumir menos hormônios.

As barreiras identificadas pelas participantes foram: financeira, por não conseguirem por meios particulares; escassez de recursos materiais e humanos na rede pública de saúde; dificuldade de acesso à consulta; burocracias institucionais para se efetivar o uso do método escolhido; instauração da pandemia SARS-Cov-2; e, como consequência desse conjunto, o tempo de espera, que em alguns casos resulta em gravidez não planejada e/ou não desejada.

Apesar de aspectos relevantes revelados para planejamento de ações de promoção da saúde, principalmente, por parte da gestão da saúde, uma das limitações do estudo pode estar relacionada às habilidades iniciais de estabelecer conexão com as entrevistadas por meio de plataforma digital; no entanto, esse aspecto foi minimizado à medida que se desenvolveram as entrevistas, de modo que as mulheres tiveram maior flexibilidade para marcação de horários.

Em relação às implicações para prática, a não inserção do DIU imediatamente após a escolha da mulher ou antes do próximo período fértil pode ser classificada como uma barreira; assim, esta pesquisa oferece a percepção das mulheres que têm seu direito negligenciado ou negado ao precisar esperar anos por um procedimento simples, que deveria ser oferecido em primeiro contato, como os outros métodos. Bem como ficam à mercê de agendamentos com profissional médico, uma vez que conflitos ideológicos e infundados das instituições médicas querem manter uma hegemonia decadente ao custo da qualidade de vida da população.

Evidencia-se a necessidade deste procedimento de baixa complexidade ser executado como procedimento de rotina nas UBS, pois a falta dessa rotina, além de causar a demora,

anda



priva as mulheres de ter uma perspectiva de quando vão conseguir o acesso, já que não há informações concretas de avanços em fila de espera.

Urge então a chamada por pesquisas que mapeiem quantitativamente o número de mulheres que aguardam pelo procedimento, a continuidade do presente estudo em outras regiões administrativas e a execução de pesquisas e ações que possam intervir de forma intersetorial nas lacunas de conhecimento tanto para profissionais de saúde quanto para as mulheres.

Este estudo propiciou vivenciar um aprendizado muito significativo, além de aguçar uma reflexão crítica. Cada etapa dessa trajetória possibilitou e favoreceu um amadurecimento e autoconhecimento, em busca de novos desafios no mundo científico. A elaboração do projeto de pesquisa que culminou neste estudo foi uma tarefa desafiadora, porque, dos objetivos propostos, para o seu alcance, alguns dependiam de aspectos que fugiam à nossa governabilidade. A ausência de vínculo com o serviço de saúde trouxe uma certa apreensão, pois, durante a apresentação do projeto e anuência do gerente da UBS, a enfermeira gestora, na ocasião, inclusive foi bastante acolhedora, porém, quando fui apresentar o parecer do CEP e buscar a lista das mulheres à espera pela inserção do DIU, o gerente era outro.

Por isso, mesmo sendo servidora da rede de serviços, tive esses sentimentos, com informações de que a gerente anterior assinou como gerente e, portanto, legalmente eu teria acesso ao serviço. Mas a partir disso, pode-se refletir sobre os sentimentos dessas mulheres que estão à espera de inserção do DIU, sem mesmo saber se é uma lista ou uma fila, ou seja, se segue a ordem de inserção ou se tem critérios de prioridade. Assim como a importância da comunicação para gerenciamento dos processos de trabalhos, visto que foram disponibilizadas ferramentas gratuitas de compartilhamento de informações, e que isso poderia direcionar o planejamento dessas mulheres para outra alternativa, ou mesmo, essa ferramenta poderia despontar processos de trabalhos em prol de atender à necessidade dessas mulheres. Vale destacar que a autorização ou não para o enfermeiro inserir DIU flutuou nos últimos anos, mas, inicialmente, pretendia-se planejar fluxograma de atendimento dessas mulheres considerando os profissionais treinados na região, e me incluindo para desenvolver estudo de intervenção.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P. F.; ASSIS, M. M. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v. 5, n. 5, p. 85-93, 2017. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/efeitos-colaterais-e-altera%C3%A7%C3%B5es-fisiol%C3%B3gicas-relacionadas-ao-uso-cont%C3%ADnuo-de-anticoncepcionais-hormonais-orais-v-5-n-5.pdf>. Acesso em:
- ARAÚJO, K. S. **Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16112017-042331/publico/2017karinaaraujo.pdf>. Acesso em: 27 set. 2021.
- BAHAMONDES, L. *et al.* A multicenter randomized clinical trial of etonogestrel and levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper intrauterine device controls: effect on weight variations up to 3 years after placement. **Contraception**, New York, v. 98, n. 3, p. 181-187, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.05.009>
- BARBOSA, L. de M. M. **Desenvolvimento de tecnologias sociais na área da saúde da mulher: intervenções em nível comunitário com gestantes**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, D. da S. *et al.* Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2821, 2021. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2821](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2821)
- BIRGISSON, N. E. *et al.* Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. **Journal of Women's Health**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 349-353, 2015. DOI: <http://doi.org/10.1089/jwh.2015.5191>
- BITTELBRUN, G. Empoderamento e interdisciplinaridade no combate às violências contra a mulher. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 1, . p. 379-381, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p379>
- BORGES, A. L. V. *et al.* Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, p. e 3232, 2020 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>
- BRADY, S. *et al.* Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 94, p. 107-119, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. –

(Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 26 jul 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres– Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il. ISBN 978-85-334-2360-2. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde**: DIU com Cobre TCu 380A. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em 26 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2019_nota_tecnica_diu.pdf. Acesso em: 02 ago 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 02 ago 2021.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá: Ottawa, nov. 1986, p. 4 (Compromissos com a Promoção da Saúde). Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

CARVALHO, E. T.; OLIVEIRA, O. W. A relevância do enfermeiro capacitado na inserção do dispositivo intrauterino (DIU) para saúde pública. In: ALVES, G. S. B.; OLIVEIRA, E. de (orgs.). **Tópicos em Ciências da Saúde**. (Volume 22, Capítulo 4). Belo Horizonte: Editora Poisson, 2021. Disponível em: <https://www.poisson.com.br/livros/saude/volume22/>. Acesso em: 24 jan. 2021.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 6 nov. 2021.

COSTA, E. P. da S. R.; ARRAIS, A. da R. Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 170-180, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800025>

COSTA, G. O. P. da *et al.* Vivências e reflexões acerca da promoção em saúde sexual e contraceptiva de mulheres no ambiente escolar. **Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão – FACEMA**, Maranhão, v. 4, n. 86, p. 1360-1366, 2018.

COSTA, S. da S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 969-978, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DAMASCENO, K. S. A.; MAGALHÃES, T. M. M.; QUEIROZ, M. V. O. Conhecimento e uso de métodos contraceptivos de longa duração entre adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 2, p. 89-97, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17058/riips.v3i2.16064>

DELGADO, V. G. *et al.* Gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 12315-12327, 2020. ISSN 2595-6825. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-077>

ENTRINGER, A. P. *et al.* Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. e116, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>

EVANGELISTA, M. B. A questão do aborto na democracia: descompassos e desafios. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1507-1511, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1507>

FINOTTI, M. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015. ISBN: 978-85-64319-24-0. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569>. Acesso em: 18 ago. 2021.

FIGUEIREDO, R.; CASTRO FILHO, J. M. de; KALCKMANN, S. Planejamento Familiar e reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado? **Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 81-93, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bisvol15-n2.pdf#page=83>. Acesso em: 24 jan. 2021.

FREITAS, G. L. de. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 11, n. 2,

2017. doi: 10.5216/ree.v11.47053. Disponível em:
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053>. Acesso em: 18 ago. 2021.

GIATTI, L. L.; LANDIN, R.; TOLEDO, R. F. de. Aplicabilidade da ecologia de saberes em saúde e ambiente e sua permeabilidade na produção acadêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4091-4102, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141910.08902014

GONZAGA, V. A. S. *et al.* Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03270, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>

JUREMA, K, C.; JUREMA, H, C. Efeitos Colaterais a longo prazo associados ao uso de Anticoncepcionais Hormonais Orais. **Revista Cereus**, Gurupi, TO, v. 13, n. 2, p. 124-135, 2021. DOI: 10.18605/2175-7275/cereus.v13n2p124-135
<http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3416/1793>

KHATRI, B. *et al.* Perception And Use Of Intrauterine Contraceptive Devices (IUCD) Among Married Women Of Reproductive Age In Bhaktapur, Nepal. **Open access journal of contraception**, New Zealand, v. 10, p. 69-77, 2019. doi:10.2147/OAJC.S219188

MARTINS, E. F. *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e00133115, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133116>

MELLI, T. L. **Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde?** 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2019.
doi:10.11606/D.7.2020.tde-17122019-121642.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p. ISBN 978-85-326-4212-7

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013 Reprodução e Climatério, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em:
<http://recli.elsevier.es/pt/atualizacao-das-estimativas-da-magnitude/articulo/S1413208715000254/>. Acesso em: 24 jan. 2021.

MOORE, Z *et al.* Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. **Contraception**, New York, v. 92, n. 1, p. 31-39, 2015.
doi:10.1016/j.contraception.2015.03.007

NEVES, J. A. *et al.* Unemployment, poverty, and hunger in Brazil in Covid-19 pandemic times. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 34, p. e200170, 2021. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200170>

NICOLAU, A. I. O. *et al.* Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, v. 14, n. 1, p. 164-170, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v14i1.10702>

OSIS, M. J. D. *et al.* Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600016>

PAIVA, C. C. N. de *et al.* Atividades educativas do Planejamento Reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, p. 23-46, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>

PALUDO, E.; ZANELLA, G. Z.; POMPERMAIER, C. Efeitos colaterais do uso dos contraceptivos hormonais orais: uma revisão integrativa. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, [s. l.], v. 6, p. e27975, 2021. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeux/article/view/27975>. Acesso em: 3 ago. 2021.

PEIPERT, J. F. *et al.* Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics and gynecology*, New York, v. 117, n. 5, p. 1105-1113, 2011. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821188ad. PMID: 21508749; PMCID: PMC3548669.

PRONI, T. T. da R. W.; PRONI, M. W. Discriminação de gênero em grandes empresas no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e41780, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n141780>

RIOS, A. R. *et al.* Fatores relacionados à escolha de métodos contraceptivos na adolescência: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. e6942, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6942.2021>

RODOLPHO, J. R. C. “**É tempo de se cuidar mais**”: pesquisa-ação para promover a saúde da mulher no climatério. 2015. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ROMIO, C. M. *et al.* “Eu Fiz um Aborto”: Os Blogues como Espaços de Manifesto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, p. e34435, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34435>

SAMARI, G. Women’s Agency and Fertility: Recent Evidence from Egypt. **Population research and policy review**, Amsterdam, v. 36, n. 4, p. 561-582, 2017. doi:10.1007/s11113-017-9427-3

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. Metodologia de pesquisa. 3. ed. São Paulo: McGrawHill, 2012.

SANTOS, A. A. P. dos; FERREIRA, C. C.; SILVA, M. L. Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 368–377, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15619>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SECURA, G. M. *et al.* The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American journal of obstetrics and gynecology**, St. Louis, v. 203, n. 2, p. 115.e1-115.e7, 2010. doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.017. PMID: 20541171; PMCID: PMC2910826.

SILVA, M. P. da *et al.* Fatores que interferem na escolha de método contraceptivo no planejamento familiar. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, RS, v. 9, n. (1, p. 1-8, 2021. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/7236. Acesso em: 26 jul. 2021.

SOUSA, M. E. A.; TAVARES, M. de F. L.; ROCHA, R. M. da. Dimensões dos direitos fundamentais no Plano Nacional de Políticas para Mulheres. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet]. 24º de julho de 2019 [citado 18º de agosto de 2021];8(2):09-30. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/525>

THOMPSON, K. M. J. *et al.* Training contraceptive providers to offer intrauterine devices and implants in contraceptive care: a cluster randomized trial. **American journal of obstetrics and gynecology**, St. Louis, v. 218, n. 6, p. 597.e1-597.e7, 2018. doi:10.1016/j.ajog.2018.03.016 PMID: 29577915; PMCID: PMC5970088.

TIRUNEH, F. N.; CHUANG, K.-Y.; CHUANG, Y.-C. Women's autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 17, n. 718, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2670-9> PMID: 29132363; PMCID: PMC5683361.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Follow-up of copper intrauterine device insertion by nurses: a prospective longitudinal study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, suppl 4, p. e20200156, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0156>

TYSON, N. A. Reproductive Health: Options, Strategies, and Empowerment of Women. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, Philadelphia, v. 46, n. 3, p. 409-430, 2019. doi: 10.1016/j.ogc.2019.04.002. PMID: 31378285.

VILLAS BÔAS, L. Os desafios do conceito de experiência para pensar a profissionalização docente. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 17, n. 53, p. 867-887, 2017. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189154956009>. Acesso em: 7 nov. 2021.

WANDERLEY, K. L. *et al.* (Coord.). **Plano de ação da Rede Cegonha**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2012. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/plano_de_acao_rede_cegonha.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting** [Internet]. Geneva: WHO, 2012a. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77764/9789241504843_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 21 mar. 2018.



WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND;
UNITED NATIONS POPULATION FUND; WORLD BANK. **Trends in maternal
mortality 1990 to 2010**. Geneva: WHO, 2012b. ISBN 978 92 4 150363 1. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44874/9789241503631_eng.pdf?sequence=1.
Acesso em: 9 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**.
5th ed. Geneva: WHO, 2015. Disponível em:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html. Acesso em: 26 jul. 2021.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da
Saúde Departamento de
Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Apêndice 1: Questionário sociodemográfico

Identificação do formulário:

Número do formulário: Data:

/ _____ / _____

Local: Brasília

UBS: [_____] Entrevistadora: _____

Horário de início da entrevista: _____ h _____ min

Identificação da entrevistada (apenas primeiro nome):

Telefone para contato:

Celular:

Fixo:

Características sociodemográficas:

Qual é a sua data de nascimento? _____ / _____ / _____

Qual foi a última série que concluiu com aprovação? _____ anos de

escolaridade Como você classifica sua cor?

() 1. Branca

() 2. Parda

() 3. Preta

() 4. Amarela

() 5. Indígena



Você exerce alguma atividade remunerada?

() 0. Sim

() 1. Não

Atualmente está casada ou em união com alguém?

() 0. Sim

() 1. Não

Agora, necessitamos de algumas informações sobre sua atividade sexual e história reprodutiva, para melhor entender as questões de saúde reprodutiva.

Qual idade você tinha quando menstruou pela primeira vez? _____

Qual idade tinha quando teve a primeira relação sexual? _____

Já engravidou alguma vez (considerar mesmo que a gravidez não tenha terminado)? () 0. Sim

() 1. Não

Qual idade você tinha quando engravidou pela primeira vez? _____

Quantas vezes você já engravidou?

Já teve algum abortamento?

() 0. Sim

() 1. Não

Se sim, foi aborto espontâneo ou provocado? () 1. Espontâneo

() 2. Provocado

() 3. Espontâneo e provocado (+ de 1 abortamento)

Quantos filhos vivos você tem? _____

Se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, qual número seria este? _____

Quer ter filhos no futuro? () 0. Sim

() 1. Não

() 2. Não quer mais

() 3. Não sabe

Contracepção:

Atualmente, você está usando um método contraceptivo para evitar gravidez? () 0. Sim

() 1. Não

Qual é o método contraceptivo que você está usando atualmente? [Marcar o mais eficaz] Estimulada.

Marcar apenas um método mais

eficaz. () 1. Pílula oral

() 2. Hormonal injetável

() 3. Preservativo

masculino () 4. Preservativo

feminino () 5. Diafragma

() 6. Tabela

() 7. Coito interrompido

() 8. Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

() 9. Implante

() 10. Adesivo

() 11. Anel vaginal

() 12. Outro – Cite qual_____.

[Caso tenha citado mais de um método contraceptivo, marque o método a seguir]

[resposta única]

() 1. Pílula oral

() 2. Hormonal injetável

() 3. Preservativo

masculino () 4. Preservativo

feminino () 5. Diafragma

() 6. Tabela

() 7. Coito interrompido

() 8. Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

() 9. Implante

() 10. Adesivo

() 11. Anel vaginal

() 12. Outro – Cite qual_____.

Agora, vamos conversar sobre o Dispositivo Intrauterino, também conhecido como DIU.

Quem te falou sobre o

DIU? () 0. Médico

() 1. Enfermeiro

() 2. Amiga

() 3. Reunião de planejamento familiar

Você participou de reunião do programa de planejamento familiar?

() 0. Sim

() 1. Não

Há quanto tempo você está a espera pela inserção do DIU? _____

De acordo com o que você sabe sobre o DIU, responda se concorda, discorda ou não sabe sobre as afirmativas a seguir:

O DIU deve ser colocado apenas por

médico () 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O DIU pode ser usado apenas por mulheres que já têm filhos.

() 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O homem sente o DIU durante a relação sexual.

() 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes. () 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade.

() 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O DIU é colocado por meio de uma cirurgia. () 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O DIU é abortivo.

() 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar. () 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O DIU aumenta o risco de câncer de útero. () 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente



() 2. Discordo Plenamente (

) 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

O DIU provoca muitos efeitos colaterais

desagradáveis. () 0. Concordo Plenamente

() 1. Concordo Parcialmente

() 2. Discordo Plenamente

() 3. Discordo Parcialmente

() 4. Não sei

Por que nunca usou o DIU? [Espontânea]

() 1. Dificuldade de acesso

() 2. Receio de provocar aborto

() 3. Médico desaconselhou a

usar () 4. Medo dos efeitos

colaterais

() 5. Estou contente com o método que uso

() 6. Medo de não conseguir engravidar depois/medo de ficar

infértil () 7. Método muito invasivo

() 8. Outros – Cite qual ou quais _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da
Saúde Departamento de
Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Apêndice 2: Roteiro de Entrevista

- 1. Conte-me como decidiu pelo DIU como método contraceptivo.**
- 2. Quais as barreiras enfrentadas quando você decidiu pelo DIU como método contraceptivo?**
- 3. Quais as facilidades você identificou ao decidir pelo DIU como método contraceptivo?**

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da
Saúde Departamento de
Enfermagem**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulada:

“Experiências e saberes sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres à espera de inserção do dispositivo intrauterino”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Patrícia Archanjo Lopes**. O projeto visa reforçar a importância da aproximação dos serviços de saúde com a comunidade.

O objetivo desta pesquisa é analisar o perfil sociodemográfico de mulheres que aguardam pela inserção do dispositivo intrauterino de cobre (DIU-TCu 380A), assim como, compreender as experiências e saberes sobre a escolha pelo DIU e os direitos sexuais e reprodutivos inter-relacionados.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará inicialmente respondendo ao questionário a ser aplicado via construtor de formulário online em data combinada, com um tempo estimado entre 10 e 20 minutos para sua realização. Caso sinta-se incomodada, poderá recusar responder a qualquer pergunta ou interromper e encerrar o questionário a qualquer momento.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa é o desconforto no momento de realização da aplicação do questionário. Para minimizá-los serão garantidos às entrevistadas: esclarecimentos sobre o estudo em qualquer tempo da pesquisa; sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; liberdade de recusar-se a participar como sujeito de pesquisa ou se retirar do estudo a qualquer momento, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização; liberdade de recusar-se a responder perguntas que julgar constrangedoras.

Se a senhora aceitar participar, estará contribuindo com esta pesquisa, pois esta fornecerá às participantes um espaço para uma construção de conhecimento que possa gerar mudança de comportamento e empoderamento das mulheres e tomada de atitudes a favor de seus direitos sexuais e reprodutivos e de uma vida mais saudável.

A Senhora pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que a senhora, quando necessário, tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, acesso à internet para a realização da pesquisa) serão cobertas

e ressarcidas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para **Patrícia Archanjo Lopes**, no telefone 98550-7150, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Ou entre em contato pelo e-mail: patricia.ensino@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. Sendo o número do parecer: 4.344.174. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Poderão esclarecer as dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa também pelo telefone: (61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com, do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a Senhora.

Nome e assinatura da Participante

Nome e assinatura da Pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de 2021.

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da
Saúde Departamento de
Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Anexo 2: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Protocolo de Pesquisa, CAAE: 30096920.9.0000.0030 CEP/FS-UnB, aprovado em 16/10/2020.

Eu, _____ CPF: _____ - _____ autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistada no projeto de pesquisa intitulado **As experiências e saberes sobre a escolha pelo Dispositivo Intrauterino e os direitos sexuais e reprodutivos**, sob responsabilidade de **Patrícia Archanjo Lopes** vinculado(a) ao/à **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília**. Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para **análise pela equipe de pesquisa, apresentações acadêmicas e/ou conferências profissionais, atividades educacionais**. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do (a) pesquisador (a) responsável. Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com a participante.

Assinatura da participante

Nome e Assinatura da pesquisadora

Brasília, _____ de _____ de 2021.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIAS E SABERES SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES À ESPERA DE INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Pesquisador: PATRICIA ARCHANJO LOPES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30096920.9.0000.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado -
Universidade de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.344.174

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1603413_E1.pdf" postado em
02/09/2020: "Desenho:

Este será um estudo misto sequencial Quantitativo e Qualitativo [QUAN>QUALI], composto por duas etapas, em que a primeira será desenvolvida para caracterizar mulheres que aguardam pela inserção do DIU, e a segunda etapa trata-se de aplicação de entrevista individual, ou seja, na busca pela compreensão de suas percepções sobre o conhecimento do DIU."

"Resumo:

Introdução: O DIU (Dispositivo Intrauterino) é um método contraceptivo do grupo dos LARCs (Long-Acting Reversible Contraceptive). O DIU com cobre, quando inserido dentro do útero, exerce ações locais que culminam por evitar a gestação, apresentando-se como um método seguro e de longo prazo. Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura, inclusive no pós-parto e pós-abortamento. Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico, os saberes e as experiências de mulheres acerca da escolha pelo DIU, bem como dos direitos sexuais e reprodutivos inter-relacionados. Cenário: Unidade Básica de Saúde da Região de Saúde Sudoeste de Brasília (DF). Amostra: será delimitada por conveniência, saturação. Critérios de inclusão: ser mulher entre 18 e 49 anos, e estejam a espera pela inserção do DIU, que residam na área administrativa pesquisada, concordem em participar da pesquisa e assinem o TCLE e o Termo de Áudio. Exclusão: os critérios de exclusão serão de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) tais como mulheres que possuam alguma contraindicação como: anemias, anormalidades uterinas, mioma uterino, vigência de IST, AIDS em estágio 3 e 4, infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta, mulheres com câncer de colo uterino. Coleta de dados: na etapa quantitativa (QUAN) será aplicado um questionário para a caracterização do perfil das mulheres que aguardam pela inserção do DIU. Na etapa qualitativa (QUAL), as participantes serão convidadas para grupo focal, com encontros áudio gravados. Análise dos dados: Para a etapa QUAN utilizaremos frequência, média, mediana e testes de acordo com os dados obtidos. Na etapa QUAL será utilizado análise de conteúdo segundo Bardin subdividida em 3 grandes etapas: 1) Pré-análise; 2) A exploração do material; 3) O tratamento dos resultados e interpretação. O Projeto será submetido aos Comitês de ética em Pesquisa (CEP) da UnB e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com início após sua aprovação. Resultados esperados: Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a ampliação da produção científica sobre o DIU, direitos sexuais e reprodutivos na busca pelo empoderamento na saúde – fundamental tanto por reduzir as iniquidades quanto por promover a saúde e a qualidade de vida da mulher. Assim contribuir para os direitos sexuais e reprodutivos, e a autonomia desta mulher na tomada de decisão pela sua saúde."

"Hipótese:

AS mulheres que recebem informações sobre o Dispositivo Intrauterino (DIU) e os direitos sexuais e reprodutivos são preparadas para tomada de decisão em sua saúde sexual."

"Metodologia Proposta:

Este será um estudo misto sequencial Quantitativo e Qualitativo [QUAN>QUALI], composto por duas etapas, em que a primeira será desenvolvida para caracterizar mulheres que aguardam pela inserção do DIU, e a segunda etapa trata-se de aplicação da entrevista individual, ou seja, na busca pela compreensão de suas percepções sobre o conhecimento do DIU (CRESWELL, 2007). Na etapa QUANTITATIVA seguirá o desenho de pesquisa descritiva, já que há uma busca por detalhar características de uma determinada população e adota estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento. Para tanto, será aplicado questionário sociodemográfico. As variáveis analisadas nesta fase serão: Variáveis relacionadas às características sociodemográficas:• Idade (anos completos)• Cor da pele (auto classificada em branca, parda, preta, amarela e indígena)• Escolaridade (número de anos que estudou até o momento da entrevista)• Situação conjugal (casada ou vive com algum parceiro [não ou sim])• Exerce trabalho remunerado (nao ou sim) Variáveis relacionadas às características sexuais e reprodutivas:• Idade na menarca (anos)• Idade na iniciação sexual (anos)• Idade na primeira gravidez (anos)• Número de gravidezes• Número de filhos vivos• História de abortamento (nao ou sim)• Método contraceptivo usado atualmente (pílula oral, hormonal injetável, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, tabelinha, coito interrompido, contracepção de emergência, implante, adesivo, anel vaginal)• Participação em programa de planejamento familiar• Tempo de espera pelo DIU• Conhecimento sobre o DIU• Método contraceptivo usado atualmente (pílula oral, hormonal injetável, preservativo masculino, preservativo feminino, DIU, diafragma, tabelinha, coito interrompido, contracepcao de emergencia, implante, adesivo, anel vaginal, laqueadura, vasectomia, outro) Na etapa QUALITATIVA será desenvolvida com o intuito de explorar o universo dos significados, como é compreendido pelas próprias pessoas, ao invés da percepção do pesquisador. Os métodos de pesquisa qualitativos são utilizados para obter ações e comportamentos, crenças e valores, emoções e perspectivas construídas pelos participantes a respeito das experiências vivenciadas (MINAYO, 2006). Dentre as variantes de pesquisa qualitativa, escolhemos para o desenvolvimento deste estudo a entrevista individual utilizando plataforma de encontros online, pois

permite realizar chamadas de áudio e vídeo entre dois



usuários, e evita o contato direto com as participantes e garante a segurança das mesmas neste contexto pandêmico. O encontro pode ser realizado pelo celular, computador ou tablet. A plataforma é segura pois armazena as chamadas gravadas para facilitar o acesso aos dados em todos os dispositivos por um período em média de 30 a trinta dias. A plataforma ainda permite o agendamento de chamadas sem a necessidade de um calendário, o que facilita, pois, o lembrete e o convite ficam dentro do próprio software. Pesquisa social são constatações do ser humano em sociedade, que emanam do real. Na saúde ela está voltada para a verificação dos fenômenos representados por vários atores, incluindo os profissionais e os usuários do sistema único de saúde. Estas estratégias embasam a luz do problema, mesmo que não caibam ao pesquisador solucioná-las, promove um vislumbre da realidade, podendo assim gerar conhecimento e possíveis mudanças (MINAYO, 2014). Dentre as variantes de pesquisa qualitativa, escolhemos para o desenvolvimento deste estudo a entrevista individual utilizando plataforma de encontros online, pois permite realizar chamadas de áudio e vídeo entre dois usuários, e evita o contato direto com as participantes e garante a segurança das mesmas neste contexto pandêmico. O encontro pode ser realizado pelo celular, computador ou tablet."

"Critério de Inclusão:

Mulheres residentes na Região Administrativa que se realizará a pesquisa, que tenham entre 18 e 49 anos, que estão a espera pela inserção do Dispositivo Intrauterino de cobre.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas conforme os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) tais como: mulheres hysterectomizadas e que já sejam menopausadas ou que possua alguma contraindicação como: anemias, anormalidades uterinas, mioma uterino, vigência de IST, AIDS em estágio 3 e 4, infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta, mulheres com câncer de colo uterino (BRASIL, 2018)."

Metodologia de Análise de Dados: Os estudos descritivos pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. Já os estudos quantitativos se associam aos experimentos, as pesquisas, as questões fechadas ou aos estudos em que se empregam instrumentos de medição padronizados. Estes dados serão categorizados e dizem respeito à caracterização sociodemográfica das participantes (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2012). A fim de se obter uma melhor compreensão dos dados levantados, será realizada uma análise conjunta dos diversos instrumentos utilizados no

processo de PA. Todos os encontros grupais serão gravados em áudio (MP4) e transcritos integralmente. O processo de análise buscará, inicialmente, organizar os materiais obtidos com os diversos instrumentos, a saber: o registro da fala e interação; as anotações de campo da pesquisadora, referentes a comunicação verbal e não-verbal e a dinâmica grupal; materiais textuais produzidos durante os encontros. As informações relevantes serão agrupadas por tema e os dados assim gerados serão processados por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Análise de conteúdo é definido por um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. É proposto por Bardin subdividida em 3 grandes etapas: 1) Pré-análise: Fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; 2) A exploração do material: nesta fase os dados são codificados a partir das unidades de registro; 3) O tratamento dos resultados e interpretação: onde ocorre a categorização, que consiste na classificação dos elementos com posterior reagrupamento, em

função de características comuns (BARDIN, 2011). Para o tratamento dos dados da etapa quantitativa será utilizado o Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 22 e o Microsoft Office Excel 2007 a fim de ordenar dados, reorganizar a informação e obter uma análise estatística descritiva, empregando-se os processos de codificação, interpretação e correlação (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2012)."

"Desfecho Primário:

Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a ampliação da produção científica sobre o DIU, direitos sexuais e reprodutivos na busca pelo empoderamento na saúde – fundamental tanto por reduzir as iniquidades quanto por promover a saúde e a qualidade de vida da mulher. Assim contribuir para os direitos sexuais e reprodutivos, e a autonomia desta mulher na tomada de decisão pela sua saúde."

Tamanho da Amostra no Brasil: 60"

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1603413_E1.pdf"

postado em 02/09/2020: "Objetivo Primário:

Analisar o perfil sociodemográfico, os saberes e as experiências de mulheres acerca da escolha pelo DIU, bem como dos direitos sexuais e reprodutivos inter-relacionados. Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres interessadas na inserção do DIU; Conhecer a percepção das participantes sobre ser mulher que aguardam inserção do DIU e aspectos inter-relacionados (saúde da mulher e direitos reprodutivos); Analisar barreiras e facilitadores para a tomada de decisão pelo DIU como método contraceptivo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1603413_E1.pdf"

postado em 02/09/2020: "Riscos:

Um possível risco é desconforto e o tempo gasto no momento de realização da aplicação do questionário e da entrevista individual, para minimizá-los serão garantidos aos entrevistados: esclarecimentos sobre a duração do questionário e da entrevista, informações sobre o estudo em qualquer tempo da pesquisa; sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; liberdade de recusar-se a participar como participante de pesquisa ou se retirar do estudo a qualquer momento, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização; liberdade de recusar-se a responder perguntas que julgar constrangedoras.

Benefícios:

O desenvolvimento desta pesquisa torna-se relevante pela temática incentivar as participantes a discussão e a reflexão acerca de sua saúde e com esta participação a possibilidade de promover uma construção coletiva de conhecimento que possa gerar mudança de comportamento e empoderamento das mulheres e tomada de atitudes a favor de seus direitos sexuais e reprodutivos e de uma vida mais saudável."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Emenda E1 ao projeto de pesquisa aprovado por este CEP em 03/06/2020, Parecer Consubstanciado No. 4.066.858. A pesquisadora solicita a alteração do modo da coleta de dados para que esta ocorra em ambiente virtual, ao invés de encontros presenciais. Não há alterações que incidam em novas questões éticas além das já analisadas.

A pesquisadora responsável apresenta como justificativa para a Emenda: "Justifica-se a alteração da abordagem as participantes devido a publicação do DECRETO No 40.939, DE 02 DE JULHO DE 2020 com recomendação do isolamento e distanciamento social a fim de se evitar aglomeração exigido pela pandemia instalada e a ausência de previsão para o retorno das atividades normais. Não seria prudente no processo de coleta de dados utilizar Grupo Focal onde teria aglomeração de pessoas, aumento do risco e exposição ao vírus COVID-19. De acordo com os princípios éticos de beneficência e não-maleficência, peço nova apreciação para a nova abordagem solicitada. Aguardando manifestação deste CEP/FS-UnB quanto a apreciação e aprovação da presente emenda." O orçamento foi atualizado e prevê gastos no valor total de R \$3.014,00, com internet e insumos de pesquisa.

A etapa de coleta de dados está prevista para ocorrer entre 01/03/2021 e 30/06/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto:
"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1603413_E1.pdf" postado em 02/09/2020.
2. Projeto Detalhado ATUALIZADO: em formato consolidado em "Projeto_emenda.pdf" postado em 02/09/2020, e em formato editável indicando as alterações efetuadas em "VERSAO_CEP_PROJETO.docx" postado em 04/08/2020.
3. Carta de encaminhamento ao CEP/FS-UnB informando tratar-se de Emenda E1 ao projeto de pesquisa aprovado por este CEP em 03/06/2020, Parecer Consubstanciado No. 4.066.858:

"Carta_Emenda_Assinada.pdf e 2_CARTA_PENDENCIAS_CEP.docx" postadas em 04/08/2020.
4. Modelo de TCLE ATUALIZADO: "TCLE emenda.docx" postado em 04/08/2020.
5. Cronograma de execução de atividades da pesquisa ATUALIZADO: "Cronograma_emenda.docx" postado em 28/07/2020.
6. Planilha orçamentária detalhada ATUALIZADA: "Planilha_gastos_emenda.docx" postado em 28/07/2020.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se que, conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial, semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa inicial.



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:



Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_160341_3_E1.pdf	02/09/2020 10:42:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_emenda.pdf	02/09/2020 10:41:41	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	Carta_Emenda_Assinada.pdf	04/08/2020 11:48:18	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	VERSAO_CEP_PROJETO.docx	04/08/2020 11:43:52	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	2_CARTA_PENDENCIAS_CEP.docx	04/08/2020 11:43:08	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda.docx	04/08/2020 11:35:44	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Cronograma	Cronograma_emenda.docx	28/07/2020 20:47:24	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito



Orçamento	Planilha_gastos_emenda.doc x	28/07/2020 20:47:06	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Alecssandra.pdf	19/05/2020 16:49:53	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Assinada.pdf	19/05/2020 16:24:05	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	Termo_Cessao_Som_de_Voz.docx	12/03/2020 12:33:03	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	2Termo_Responsabilidade.doc	12/03/2020 12:32:18	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	2Termo_Responsabilidade.pdf	12/03/2020 12:32:00	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	1Carta_Encaminhamento_CEP.doc	12/03/2020 12:31:32	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	1Carta_Encaminhamento.pdf	12/03/2020 12:31:14	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	TermodeAnueencia_SES.pdf	10/03/2020 12:48:13	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	2TERMO_CONCORDANCIA_INSTITUCIONAL_PRONONTE.doc	10/03/2020 12:35:14	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito



Outros	Termo_Instituicao_Coparticipante_SES.doc	09/03/2020 10:15:31	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	TermodeAnuencia.pdf	09/03/2020 10:06:38	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Regiao_Sudoeste.doc	09/03/2020 10:06:02	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	CurriculosLattesWalterlania.pdf	09/03/2020 09:57:12	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	CurriculosLattesPatricia.pdf	09/03/2020 09:56:52	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Outros	TermoInstCoparticipante.pdf	09/03/2020 09:51:20	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito
Declaração de concordância	TermodeConcordancia.pdf	09/03/2020 09:50:08	PATRICIA ARCHANJO LOPES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 16 de Outubro de 2020

Assinado por: Marie Togashi (Coordenador(a))