

# Acesso ampliado ao dispositivo intrauterino: impacto de um processo de trabalho promotor da autonomia na anticoncepção

Expanded access to intra-uterine devices: impact of a work process promoting autonomy in contraception

*Acceso ampliado al dispositivo intrauterino: impacto de un proceso de trabajo que promueve la autonomía en la anticoncepción*

Maria Olívia Lima de Mendonça<sup>1</sup> , Ernesto Faria Neto<sup>2</sup> , Isabel Brandão Correia<sup>3</sup> , Rubens Cavalcanti Freire da Silva<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Prefeitura da Cidade do Recife – Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** O dispositivo intrauterino (DIU) é uma das estratégias contraceptivas mais eficazes. Porém, apesar de ser amplamente distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS), há baixa adesão ao método. São constatadas diversas barreiras para esse quadro, tais como desconhecimento acerca do dispositivo, além da reduzida oferta para inserção do contraceptivo por parte das Equipes de Saúde da Família (eSF). Tendo em vista que a ampliação do acesso ao DIU pode contribuir para a diminuição das gravidezes não planejadas, bem como para a autonomia e para o empoderamento das mulheres, algumas estratégias foram desenvolvidas por uma eSF para facilitar o acesso ao DIU. **Objetivo:** Refletir a respeito do impacto da incorporação de estratégias de educação em saúde para divulgar o método dentro da própria equipe, de sua área de cobertura e da diminuição de barreiras para a inserção, na ampliação do acesso ao DIU, no quantitativo de dispositivos inseridos, no número de gestações não planejadas e na possibilidade de aumento do empoderamento feminino. **Métodos:** Os dados coletados foram extraídos das informações presentes em planilhas e relatórios produzidos pela própria eSF. Utilizou-se da estatística descritiva para apresentar e analisar os dados obtidos, a partir de ferramentas de formulação de gráficos e tabelas. **Resultados:** Após mudança no processo de trabalho, visando ao acesso ampliado à inserção do DIU, observou-se um aumento no quantitativo do procedimento assim como na porcentagem de gravidezes desejadas. **Conclusões:** O DIU surge como um instrumento para possibilitar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e para alavancar atitudes emancipatórias das mulheres. Quanto menos barreiras as mulheres encontram para a inserção do DIU, maior é a escolha por este método, sendo a inserção por demanda espontânea, ou seja, no momento em que a mulher procura a eSF para fazê-la. Nesse sentido, as atividades de educação continuada tornam-se potentes ferramentas para possibilitar maior acesso ao método. Fazem-se necessários estudos de longa duração para que essas hipóteses sejam avaliadas, todavia, parece haver uma ligação positiva entre essas duas variáveis.

**Palavras-chave:** Anticoncepção; Planejamento familiar; Dispositivos intrauterinos; Empoderamento para a saúde; Saúde da mulher.

### Autor correspondente:

Maria Olívia Lima de Mendonça

E-mail: mariaoliviamentonca@gmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

não se aplica.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

não se aplica.

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

Externa.

Recebido em: 01/10/2023

Aprovado em: 05/06/2024

### Editor associado:

Francisco Eduardo da Fonseca Delgado.

**Como citar:** Mendonça MOL, Faria Neto E, Correia IB, Silva RCF. Acesso ampliado ao dispositivo intrauterino: impacto de um processo de trabalho promotor da autonomia na anticoncepção. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3975. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3975](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3975)



## Abstract

**Introduction:** Intrauterine device (IUD) is one of the most effective contraceptive strategies. Despite being widely distributed by the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*), there is low adherence to the method. There are several barriers to this situation, such as lack of knowledge about the device, in addition to the reduced offer for contraceptive insertion by primary health care providers. Given that increased access to the IUD can contribute to reducing unplanned pregnancies, as well as empowering women, some strategies have been developed by a primary health care team to facilitate access to IUDs. **Objective:** This research reflected on the impact of incorporating health education strategies to disseminate the method and reduction of barriers to insertion, broadening IUD access, the number of devices inserted, the number of unplanned pregnancy and the possibility of increased female empowerment. **Methods:** Data were extracted from information present in spreadsheets and reports produced by the team itself. Descriptive statistics were used to present and analyze the data obtained, using tools for formulating graphics and tables. **Results:** After changing the work process to expanded access to IUD insertion, an increase in the number of procedures and the percentage of planned pregnancies was observed. **Conclusions:** The IUD appears as an instrument to enable the exercise of sexual and reproductive rights and to leverage women's emancipatory attitudes. The fewer barriers women encounter when inserting an IUD, the greater the choice for this method, with insertion being on spontaneous demand and continuing education activities, powerful tools to enable greater access to it. Long-term studies are necessary for these hypotheses to be evaluated, however, there appears to be a positive link between these two variables.

**Keywords:** Contraception; Family development planning; Intrauterine devices; Empowerment for health; Women's health.

## Resumen

**Introducción:** El dispositivo intrauterino (DIU) es una de las estrategias anticonceptivas más efectivas. Sin embargo, a pesar de su amplia distribución a través del Sistema Único de Salud, existe una baja adhesión a este método. Se han identificado diversas barreras para esta situación, como el desconocimiento sobre el dispositivo y la oferta limitada de su inserción por parte de los equipos de salud familiar (eSF). Con el objetivo de ampliar el acceso al DIU y reducir los embarazos no deseados, así como promover la autonomía y empoderamiento de las mujeres, algunos equipos de eSF han desarrollado estrategias para facilitar su acceso. **Objetivo:** Reflexionar sobre el impacto de la incorporación de estrategias de educación en salud para difundir el método dentro del propio equipo y su área de cobertura, así como la eliminación de barreras para la inserción, en la ampliación del acceso al DIU, en la cantidad de dispositivos insertados, en el número de embarazos no planeados y en la posibilidad de aumentar el empoderamiento femenino. **Métodos:** Los datos recopilados se extrajeron de las hojas de cálculo e informes producidos por el propio eSF. Se utilizó estadística descriptiva para presentar y analizar los datos obtenidos mediante herramientas de creación de gráficos y tablas. **Resultados:** Después de un cambio en el proceso de trabajo destinado a ampliar el acceso a la inserción del DIU, se observó un aumento en la cantidad de procedimientos realizados. También se registró un aumento en el porcentaje de embarazos deseados. **Conclusiones:** El DIU se presenta como una herramienta que permite el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y promueve actitudes emancipatorias en las mujeres. Cuantas menos barreras encuentren las mujeres para la inserción del DIU, mayor será la elección de este método, con la inserción a demanda, es decir, cuando la mujer lo solicita al eSF, y las actividades de educación continua como poderosas herramientas para facilitar un mayor acceso. Se necesitan estudios a largo plazo para evaluar estas hipótesis, aunque parece existir una relación positiva entre estas dos variables.

**Palabras clave:** Anticoncepción; Planificación familiar; Dispositivos intrauterinos; Empoderamiento para la salud; Salud de la mujer.

## INTRODUÇÃO

A representação feminina histórica foi de um ser frágil, doente e indutor de doenças. No século XVIII, em consonância com essa visão, o corpo feminino se tornou um objeto médico e intensificou-se o controle social sobre esse corpo.<sup>1</sup> A patologização e o controle do corpo feminino se refletiu nas políticas relacionadas à saúde das mulheres, que se concentraram em torno do ciclo gravídico-puerperal, com grande enfoque no controle de natalidade.<sup>2</sup> Foram diversas as lutas feministas que objetivavam contestar as políticas de controle de natalidade e promover melhorias na atenção integral à saúde das mulheres.<sup>2,3</sup>

Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que contava com ações de assistência à mulher no pré-natal, parto, puerpério e climatério, bem como com ações de planejamento familiar, combate a doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do câncer. Em 2004, o Programa foi englobado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com enfoque de gênero às ações, e incluiu a necessidade de atenção às mulheres do campo, portadoras de deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.<sup>3</sup>

Alinhada a essa perspectiva, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos definiu o planejamento familiar como de “livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito”.<sup>4</sup> O Estado deve garantir a possibilidade de a família decidir se deseja ter filhos, quantos e em qual momento.<sup>5</sup> Além disso, está prevista a inclusão de todas as técnicas e métodos contraceptivos que não ponham em risco a vida e a saúde das pessoas e estes devem ser garantidos a todas as mulheres e homens em idade fértil que desejem controlar sua fecundidade.<sup>4</sup>

A despeito da variedade de contraceptivos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e da alta porcentagem de mulheres que fazem uso de alguma forma de contracepção, a taxa de gestação não planejada no país permanece alta. Segundo relatório de 2022 do Fundo de População da Nações Unidas,<sup>6</sup> 63% das mulheres no Brasil usavam algum método contraceptivo moderno (DIU, implante hormonal, injetável hormonal, pílula, camisinha masculina e feminina, diafragma, contraceptivo de emergência e amenorreia lactacional). Gestações não planejadas são aquelas que acontecem quando a mulher não estava planejando ter filhos ou que ocorrem antes do desejado.<sup>6,7</sup> Todos os anos, há, em média, 121 milhões de gestações não planejadas no mundo, ou seja, mais de 330.000 por dia, o que evidencia grande dificuldade de garantir o direito de escolha das mulheres.<sup>6</sup>

Gravidezes não intencionais estão associadas à prática de aborto inseguro, ao aumento da mortalidade materna e infantil, além de a riscos sociais, como desemprego, dificuldade de acesso à escola e ao mercado de trabalho e a um pior vínculo familiar.<sup>7,8</sup> Estima-se que 60% das mortes maternas e 57% das infantis poderiam ser evitadas reduzindo-se o percentual de gestações não planejadas<sup>8</sup> e que avanços nas políticas de planejamento familiar nos últimos 20 anos nos países em desenvolvimento estiveram associados à redução em 40% da mortalidade materna.<sup>9</sup>

Segundo o *The Contraceptive CHOICE Project*,<sup>10</sup> metade das mulheres que experienciam uma gestação não planejada utilizava alguma forma de contracepção no mês em que a gravidez aconteceu. A maior parte das mulheres, porém, utilizava métodos contraceptivos cuja eficácia é condicionada ao seu uso perfeito. Desse modo, muitas gestações ocorreram não por falha do método, mas por erro em sua utilização.<sup>10</sup> Por esse motivo, é reconhecida a importância dos métodos reversíveis de longa duração (LARC — sigla em inglês “*long acting reversible contraceptive*”) para a consolidação das políticas de planejamento familiar. Por não dependerem da ação da mulher para a garantia da eficácia e por agirem por período igual ou superior a três anos, os LARC apresentam taxas de falha menores.<sup>8</sup>

O DIU de cobre é um desses métodos contraceptivos de alta eficácia, com durabilidade de até 12 anos,<sup>11,12</sup> e possui um índice de *Pearl* que varia entre 0,6 e 0,8% no primeiro ano de uso.<sup>8</sup> É um método seguro, efetivo e com bom custo-efetividade. Apesar disso, é subutilizado.<sup>10</sup> Apenas 2% das mulheres fazem uso do DIU de cobre no Brasil<sup>13</sup>, único LARC ofertado pelo SUS para fins exclusivamente contraceptivos.

Nas últimas décadas, o empoderamento feminino vem sendo pauta das discussões de desenvolvimento mundial e desponta como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) para uma sociedade mais sustentável “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”.<sup>14</sup> Segundo Kabber,<sup>15</sup> empoderamento seria a capacidade de fazer escolhas ou “a expansão da habilidade das pessoas em fazerem escolhas estratégicas de vida em um contexto em que essa habilidade era previamente negada a elas”. Já a escritora feminista negra Joice Berth<sup>16</sup> define que o empoderamento

*está estritamente ligado ao trabalho social de desenvolvimento estratégico e recuperação consciente das potencialidades de indivíduos vitimados pelos sistemas de opressão, e visa principalmente a libertação social de todo um grupo, a partir de um processo amplo e em diversas frentes de atuação, incluindo a emancipação intelectual.*

Alcançar a igualdade de gênero e desenvolver o empoderamento de todas as mulheres e meninas são objetivos de desenvolvimento do milênio estabelecidos pela ONU. Desse modo, no contexto de grande número de gestações não planejadas no Brasil e de seus impactos negativos na vida de muitas mulheres e famílias, contribuindo para a manutenção da desigualdade de gênero, se faz necessário revisitar os processos relacionados ao papel do DIU no planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde (APS).

A partir de tais considerações, este estudo objetivou refletir sobre os efeitos da reformulação do processo de trabalho para a oferta do DIU em uma eSF, através da análise do número de gravidez, de gravidez indesejada e do quantitativo total de DIU inserido. Por fim, se discute, em uma perspectiva feminista, o uso do DIU como um instrumento de autonomia e empoderamento das mulheres.

## MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa, transversal e descritiva, realizado em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados a partir de planilha desenvolvida e alimentada de maneira cotidiana por uma equipe de saúde da família, cedida para esta pesquisa. A escolha por se analisar os dados fornecidos por esta eSF se deve ao fato de que esta equipe passou por uma considerável mudança no processo de trabalho no que se refere à oferta de DIU enquanto método contraceptivo. Essa mudança ocorreu através de atividades de educação permanente, educação em saúde e ampliação do acesso para realização do procedimento de inserção do DIU.

Nas reuniões de equipe, buscou-se sensibilizar todas as profissionais sobre a importância da disponibilização regular de contraceptivos para as usuárias. Foram construídas estratégias para que as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a técnica de enfermagem e a enfermeira ofertassem sistematicamente o DIU nas visitas domiciliares, nos momentos de aplicação de contraceptivos injetáveis, nas consultas de pré-natal, puericultura e de coleta de exame cérvico-vaginal. Tais estratégias incluíram treinamento em como fazer a oferta do DIU, esclarecimento de dúvidas sobre seus efeitos colaterais e desconstrução de mitos sobre o método. Atenção especial também foi dada às mulheres que buscavam a eSF para realizar testes de gravidez e que não estavam planejando engravidar. Sempre que possível, essas mulheres já realizavam a inserção de DIU no mesmo dia. Mulheres que buscavam atendimento presencial para inserção de DIU também tinham acesso ao procedimento no dia em que manifestavam o desejo.

Além disso, consonante com a literatura, a eSF excluiu a necessidade de realização de exames prévios ao procedimento (como ultrassonografia ou citopatológico) e desvinculou a inserção ao período menstrual. Conforme as evidências mais atuais, os exames são desnecessários e o procedimento pode ser realizado a qualquer momento do ciclo, desde que haja razoável certeza de a mulher não estar grávida.<sup>17</sup>

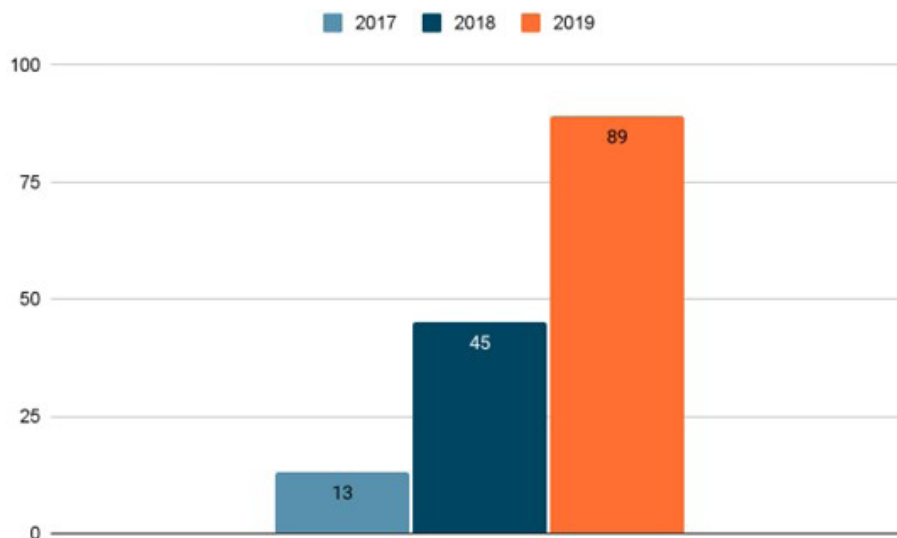
Na planilha utilizada para coleta de dados, constam a quantidade de gestantes acompanhadas por mês entre janeiro de 2017 e dezembro de 2019 e se a gestação foi ou não planejada. Em paralelo, foram levantados os dados do quantitativo de DIUs inseridos pela equipe nesse mesmo período através de relatórios consolidados da equipe. A partir das informações presentes nesses relatórios, utilizou-se estatística descritiva para apresentar e analisar os dados obtidos com o uso de ferramentas de formulação de gráficos e tabelas.

A pesquisa foi desenvolvida conforme as normas preconizadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), sob o número de CAAE 21400719.2.0000.5240.

## RESULTADOS

Excluindo-se a necessidade de agendamento prévio para a inserção do DIU, a obrigatoriedade de realizar o procedimento durante o período menstrual e a exigência de exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo do útero no ano anterior ao procedimento, bem como adotando estratégias de educação continuada e envolvendo toda a equipe, incluindo as ACS no aconselhamento reprodutivo, a eSF experienciou um aumento da inserção de DIU de 13 para 45 entre 2017 e 2018, representando um acréscimo de 346%, e de 45 para 80 entre 2018 e 2019, um aumento de 178%. Comparando o primeiro ano com o terceiro desta pesquisa, houve incremento de 615% na quantidade de DIUs inseridos em mulheres em idade fértil, como é possível observar no Gráfico 1.

Na Tabela 1, consta o número de DIUs inseridos a cada mês nos três anos avaliados. É possível perceber que, em todos os meses de 2018 e 2019, houve ao menos uma inserção de DIU. Em 2019, a equipe fez uma média de 1,66 inserções de DIU por semana.



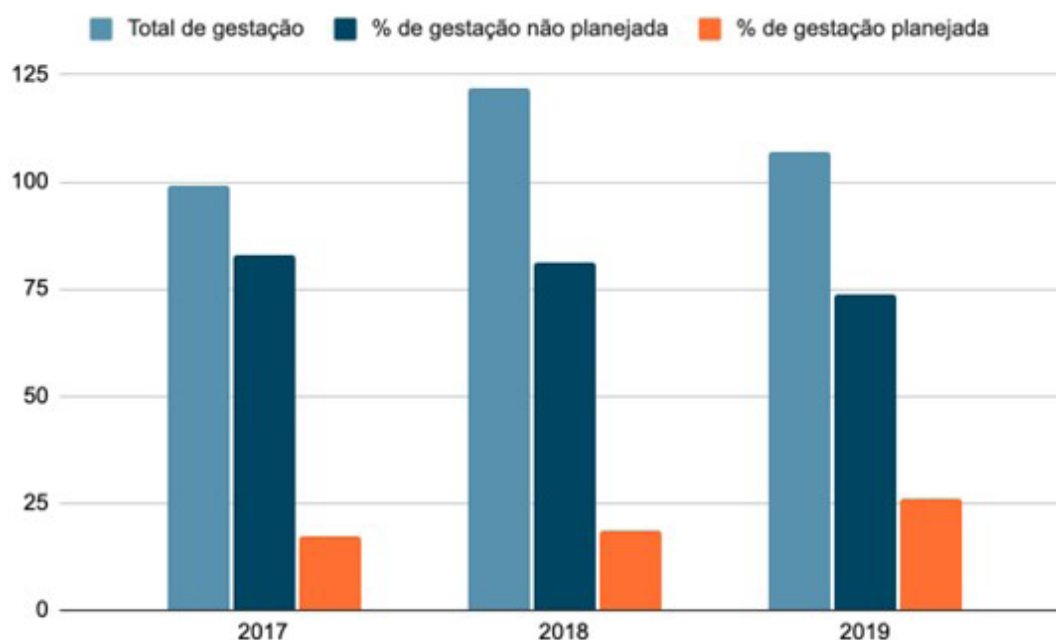
**Gráfico 1.** Quantitativo de DIUs inseridos em 2017, 2018 e 2019.

**Tabela 1.** Quantidade de DIUs inseridos por mês ao longo dos anos de 2017, 2018 e 2019.

	2017	2018	2019
Janeiro	3	3	9
Fevereiro	0	1	5
Março	1	2	4
Abril	3	3	11
Maio	0	2	8
Junho	0	3	3
Julho	3	5	2
Agosto	1	6	2
Setembro	1	6	12
Outubro	0	5	7
Novembro	0	1	5
Dezembro	1	6	12
Total	13	45	80

No que tange ao quantitativo de gestantes nos anos avaliados, em 2017, a eSF acompanhou 99 gestantes, das quais 17 planejaram engravidar (17,1%). Em 2018 foram acompanhadas 122 mulheres grávidas, das quais 23 planejaram a gestação (18,5%). Em 2019 o número de mulheres grávidas acompanhadas pela equipe foi de 107. Vinte e oito (26,1%) dessas engravidaram por escolha consciente, como mostrado no Gráfico 2.

Em relação à população adscrita, é possível observar, na Tabela 2, o quantitativo de mulheres em idade fértil cadastradas na equipe ao fim dos anos avaliados. Entre 2017 e 2018 houve aumento de 9,4% na população de mulheres em idade fértil e entre 2018 e 2019 houve redução de 2,1%. Entre o primeiro e o último ano desta pesquisa, houve aumento de 5,2% na quantidade de mulheres em idade fértil acompanhadas pela equipe.



**Gráfico 2.** Comparativo de gestações entre os anos de 2017, 2018 e 2019.

**Tabela 2.** Quantidade de mulheres em idade fértil cadastradas na equipe ao fim de 2017, 2018 e 2019.

	2017	2018	2019
Mulher em idade fértil	1.080	1.145	1.121

## DISCUSSÃO

### Acesso ao dispositivo intrauterino

Algumas barreiras são apontadas para a baixa taxa de uso do DIU. Entre elas, a falta de conhecimento dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o mecanismo de ação e eficácia do método, a carência de profissionais treinados, a dificuldade de agendamento para sua inserção e o medo dos efeitos colaterais. Além dessas, existem ideias equivocadas sobre o método, não congruentes com as evidências, como: a crença de que nulíparas não poderiam usar o dispositivo; que o DIU causaria câncer; que aumentaria o risco de desenvolver doença inflamatória pélvica e a chance de gestação ectópica.<sup>10,18,19</sup>

Há elevada porcentagem de aceitação do DIU quando ofertado ativamente e mediante orientação contraceptiva qualificada,<sup>10,18</sup> o que nos leva a refletir sobre a baixa prevalência do uso desse método pelas mulheres no Brasil. Gonzaga e colaboradores<sup>18</sup> também apontam para o fato de muitos profissionais não perceberem barreiras organizacionais de acesso ao DIU, o que dificulta, e até impossibilita, mudanças dos processos de trabalhos para promover maior adesão a esse método contraceptivo.

É vasta a bibliografia sobre o impacto da diminuição das barreiras de acesso ao DIU na sua aceitação pelas mulheres. O estudo *The Contraceptive CHOICE*,<sup>10</sup> que envolveu 5.529 mulheres moradoras de St. Louis (EUA), mostrou que, após aconselhamento contraceptivo e a oferta para inserção imediata do dispositivo, 47% das mulheres escolheram o DIU hormonal e 9% escolheram o DIU de cobre, um aumento na aceitação do DIU em 3% para 56%.<sup>10</sup> Gonzaga et al.<sup>18</sup> trazem a reflexão de que, quando utilizada a rotina do agendamento prévio para a inserção do DIU, há o aumento das chances de a mulher engravidar, de encontrar dificuldades que a impeça de retornar ou de desistir do uso do DIU. Quanto mais retornos até a obtenção do DIU, menor é a adesão ao método.<sup>18</sup>

Após a percepção das barreiras existentes para a obtenção do dispositivo intrauterino e as modificações no processo de trabalho a fim de diminuí-las, a eSF experienciou aumento na aceitação do DIU, semelhante ao descrito na literatura.<sup>10,18</sup> Também foi possível perceber que a colocação do DIU se tornou cada vez menos burocrática quanto mais a equipe a tornava rotineira.

De acordo com os dados fornecidos pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV),<sup>20</sup> no município do Rio de Janeiro, entre janeiro e novembro de 2019, foram inseridos 2.752 DIUs. Considerando este dado, a porcentagem de DIUs inseridos pela equipe em estudo neste mesmo período foi de 2,47%. Levando-se em consideração que o município contava com aproximadamente 1.290 equipes de saúde da família nos anos do estudo,<sup>20</sup> uma eSF representaria apenas 0,07% do total de equipes. Desse modo, observa-se que a eSF estudada realizou cerca de 32 vezes mais inserções de DIUs do que a média proporcional por eSF no município. Na Clínica da Família, onde está inserida, essa mesma equipe foi responsável pela inserção de 43,4% dos DIUs nesse mesmo ano.

Entende-se que a diversidade do perfil populacional nas equipes influencia na necessidade de maiores ou menores ações de planejamento reprodutivo, bem como na escolha dos diversos métodos contraceptivos, como afirma Casique.<sup>21</sup> Porém, a percepção das barreiras de acesso ao DIU e a tentativa de diminuir tais obstáculos, envolvendo toda equipe nesse processo, podem ter influenciado os números expressivos alcançados por esta eSF e são consoantes o encontrado na literatura sobre o assunto.<sup>10,18</sup>

Entre junho e agosto de 2019, houve desabastecimento do DIU na Clínica da Família onde ocorreu esta pesquisa, diminuindo a quantidade de mulheres que optaram por esse método nos meses subsequentes, como é possível perceber na Tabela 1. Nesse período, foi elaborada uma lista nominal de 22 mulheres que haviam manifestado o desejo pelo DIU enquanto este estava em falta. Quando contatadas, posteriormente, apenas 10 retornaram para realizar o procedimento, mostrando que quanto mais retornos e esperas as mulheres encontram para obter o DIU, maior é a taxa de desistência delas, dado que dialoga com o estudo de Gonzaga e colaboradores sobre a barreira do agendamento.<sup>18</sup>

Outro dado importante é que, no dia 21/09/2019, foi organizado um mutirão de inserção de DIU com 43 procedimentos realizados, mas apenas três foram em mulheres cadastradas na equipe avaliada neste estudo. Uma das hipóteses para isso é o fato de essas mulheres já possuírem acesso ampliado ao DIU cotidianamente e, por isso, não sentem a necessidade de participarem de uma atividade com data pré-estabelecida.

## Planejamento reprodutivo

No Brasil, considera-se mulher em idade fértil a que tem entre 10 e 49 anos. Estima-se que o número de gestações não planejadas no Brasil, por ano, seja de 67 por 1.000 mulheres entre 15 e 49 anos. Nas regiões mais desenvolvidas do mundo, esse número é de 34 a cada 1.000 mulheres entre 15 e 49 anos. Na equipe em questão, em 2017, 76 a cada 1.000 mulheres em idade fértil tiveram uma gestação não intencional.

Após a intervenção realizada pela equipe, houve aumento de gravidezes planejadas, em consonância com o descrito na literatura sobre o impacto do uso dos LARC.<sup>8</sup> Entre 2017 e 2018, apesar do aumento absoluto de gestantes acompanhadas, houve maior número de planejamentos gestacionais. Entre 2018 e 2019, foi possível observar a redução absoluta de gestações totais, bem como o aumento percentual de mulheres que planejaram engravidar. Nesse mesmo período, também foi possível perceber o acréscimo expressivo do número de DIUs inseridos pela equipe. Ao fim de 2019, ajustando-se os dados para permitir a comparação, chega-se a um resultado de 70 mulheres em 1.000 que não planejaram engravidar, número 8% menor do que o encontrado em 2017, antes da intervenção.

Entende-se que vários fatores podem ter influenciado nesses resultados. Deve-se levar em consideração os movimentos migratórios da população e o uso de outros métodos contraceptivos, mas é indiscutível a modificação no padrão de gestações totais e de gestações planejadas acompanhadas, com um incremento de 9% no total de mulheres que planejaram engravidar entre os anos de 2017 e 2019, e é possível que as ações propostas pela equipe tenham influenciado nisso.

Pode-se constatar que, entre o primeiro e o último ano desta pesquisa, houve aumento na quantidade de mulheres em idade fértil cadastradas. Assim, é provável que os movimentos migratórios não tenham tido grande impacto nos resultados.

## Autonomia na escolha de quando gestar

É fundamental ressaltar que a ampliação do acesso ao DIU, longe de ser uma prática higienista, objetiva apoiar as mulheres a terem poder de escolha sobre quando se tornar mãe ou não. Um processo de trabalho de acesso avançado ao DIU propõe criar um ambiente favorável ao empoderamento feminino. Entende-se que, historicamente, o DIU se apresentou como um instrumento de controle de corpos, principalmente dos corpos de mulheres negras, latinas e pobres.<sup>22,23</sup> Entretanto, tomando-se uma perspectiva feminista, promovendo às mulheres a possibilidade de escolha em utilizá-lo ou não, e ofertando de maneira qualificada outros métodos contraceptivos, o DIU surgiu como uma excelente possibilidade para viabilizar o empoderamento e a autonomia feminina. Levando em consideração o alto índice de descontinuidade dos contraceptivos de curta duração na equipe e a falta constante deles, bem como o alto índice de gestação não planejada, entende-se que as mulheres se tornam vítimas de um sistema opressor que as impossibilita de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos.

Não é muito clara a relação entre o planejamento familiar efetivo e o aumento do empoderamento feminino. Isso se dá, em parte, devido à dificuldade de estabelecer quais variáveis devem ser consideradas a fim de definir o “nível de empoderamento” das mulheres. Apesar disso, o uso de contraceptivo em algum momento da vida da mulher está associado positivamente a maior empoderamento feminino.<sup>21,24,25</sup>

É importante ressaltar que essa associação se torna mais positiva à medida que o uso dos anticoncepcionais é direcionado às mulheres que mais precisam deles, ou seja, mulheres em idade fértil,

que não estejam grávidas nem desejam engravidar em um futuro próximo,<sup>21</sup> além de mulheres negras e de maior vulnerabilidade social. Elliot, em sua etnografia com mulheres usuárias de DIU, descreve que muitas delas trazem a escolha por esse método como uma decisão emancipatória, que as libertou do medo de gestação e do ônus financeiro de arcar com outros métodos contraceptivos.<sup>23</sup>

Roos e Bietch trazem a correlação entre empoderamento feminino e a idade do último filho. Quanto mais velho o último filho, mais provável o envolvimento feminino em atividades laborais formais, pequenos negócios próprios e em atividades fora do ambiente doméstico, incluindo atividades sociais, o que contribui para maior igualdade de gênero e emancipação das mulheres.<sup>25</sup>

Os resultados da pesquisa apontam para um aumento de 9% no número de gestações planejadas, quando comparado ao período anterior de modificação do processo de trabalho que visou garantir acesso ampliado ao DIU. Isso também significa aumento na autonomia das mulheres em escolherem quando gestar. Para as que decidem não gestar, o uso do método contraceptivo reversível de longa duração se torna uma escolha libertadora, conforme Elliot.<sup>23</sup>

## CONCLUSÃO

O planejamento familiar é direito constitucional das mulheres no Brasil. Apesar disso, várias mulheres experienciam dificuldades em exercer esse direito, experienciando gestações não planejadas que contribuem para a realização de abortos inseguros e aumento da mortalidade feminina, que prejudicam a inserção das mulheres no mercado de trabalho e causam impactos financeiros e emocionais negativos em diversas famílias.

É um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”. Nesse contexto, o DIU surge como um instrumento para possibilitar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e para alavancar atitudes emancipatórias das mulheres. Foi possível perceber que quanto menos barreiras as mulheres encontram para a inserção do DIU, maior é a escolha por este método, sendo a inserção por demanda espontânea, ou seja, no momento em que a mulher procura a eSF para fazê-la. Nesse sentido, as atividades de educação continuada se apresentam como potentes ferramentas para possibilitar maior acesso ao dispositivo.

Na equipe avaliada, foi possível perceber que, a curto e médio prazo, houve aumento importante na quantidade de mulheres que optaram pelo DIU como método contraceptivo, bem como incremento no percentual de gestações planejadas na população. A longo prazo, acredita-se no impacto positivo desses fatos no perfil demográfico dessa população e na possibilidade de emancipação das mulheres. Fazem-se necessários estudos de longa duração para que essas hipóteses sejam avaliadas, todavia, parece haver uma ligação positiva entre essas duas variáveis.

É imprescindível, contudo, lembrar o papel histórico que as políticas de controle de natalidade exerceram, e ainda exercem, sobre os corpos femininos, principalmente das mulheres negras, latinas e pobres do Sul Global, para evitar a repetição e reprodução desses fatos. Também é necessária a luta pela implementação de políticas permanentes de planejamento reprodutivo com foco na autonomia feminina, incluindo nas discussões o direito ao aborto seguro e demais políticas de igualdade de gênero e racial.

Por fim, destaca-se a necessidade de novas pesquisas, com o intuito de aprofundar esta discussão, não apenas com a observação dos resultados a longo prazo do impacto do uso do DIU na autonomia feminina, mas para se ouvir e dar voz às mulheres sobre suas experiências em relação ao seu uso.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MOLM: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Validação.

EFN: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Supervisão, Validação.

IBC: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Validação.

RCFS: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Validação.

## REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. 27ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2009.
2. Freitas GL. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev Eletrônica Enferm* 2009;11(2):424-8. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47053>
3. 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.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Biblioteca Virtual em Saúde. Atenção Primária em Saúde. O que é planejamento familiar? [Internet]. 2009 [acessado em 1 out. 2023]. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/o-que-e-planejamento-familiar/>
6. Baker D, Keogh S, Luchsinger G, Roseman M, Sedgh G, Solo J. Vendo o invisível: em defesa da ação na negligência da crise da gravidez não intencional [Internet]. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a População; 2022 [acessado em 26 fev. 2023]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2022>
7. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann* 2014;45(3):301-14. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
8. Penna IAA, Brito MB. A importância da contracepção de longo prazo reversível. *Femina*. 2015;43(Supl 1):1-6.
9. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet* 2012;380(9837):149-56. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60609-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60609-6)
10. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The contraceptive CHOICE project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(2):115.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.04.017>
11. Madden T. Intrauterine contraception: background and device types [Internet]. UpToDate; 2022. [acessado em 26 fev. 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-background-and-device-types>
12. DIU Tcu 360 A [Bula]. Índia: SMB Corporation of India; 2019.
13. United Nations. Contraceptive use by method 2019: data booklet. United Nations; 2019. <https://doi.org/10.18356/1bd58a10-en>
14. Nações Unidas do Brasil. Documentos temáticos: objetivos de desenvolvimento sustentável 1, 2, 3, 5, 9, 14 [Internet]. Brasília: ONUBR; 2017 [acessado em 01 out. 2023]. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/documentos-tem%C3%A1ticos-ods-1-2-3-5-9-14>
15. Kabeer N. Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment. *Dev Change* 2002;30(3):435-64. <https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125>
16. Berth J. *Empoderamento*. São Paulo: Pólen Editorial; 2019.
17. Organización Panamericana de la Salud. Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores [Internet]. Baltimore: CCP y OPS; 2019. [acessado em 01 out. 2023]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
18. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03270. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>
19. Machado RB. *Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas*. São Paulo: Febrasgo; 2017.
20. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Links úteis [Internet]. Rio de Janeiro, 2019 [acessado em 26 fev. 2023]. Disponível em: <https://subpav.org/>

21. Casique I. What difference does it make? Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico. In: XXIV IUSSP General Population Conference. Salvador (BA); 2001. Disponível em: [https://iussp.org/sites/default/files/Brazil2001/s80/S87\\_01\\_Casique.pdf](https://iussp.org/sites/default/files/Brazil2001/s80/S87_01_Casique.pdf)
22. Takeshita C. Biopolitique du stérilet: Stratégies au Sud. *Travail Genre et Sociétés* 2015;34(2):109-27. <https://doi.org/10.3917/tgs.034.0109>
23. Elliott N. The Georgia IUD project: an ethnography of birth control and biopolitics [Internet]. 2019 [acessado em 01 out. 2023]. Disponível em: [https://scholarworks.gsu.edu/anthro\\_theses/150](https://scholarworks.gsu.edu/anthro_theses/150)
24. Prata N, Fraser A, Huchko MJ, Gipson JD, Withers M, Lewis S, et al. Women's empowerment and family planning: a review of the literature. *J Biosoc Sci* 2017;49(6):713-43. <https://doi.org/10.1017/S0021932016000663>
25. Ross J, Bietsch K. The open birth interval: a resource for reproductive health programs and women's empowerment. *Glob Health Sci Pract*. 2019;7(3):355-70. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00056>