UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TAMIRES LIMA MELLI

**ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO:
O DIU ESTÁ SENDO OFERTADO ÀS MULHERES USUÁRIAS
DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE?**

SÃO PAULO

2019

TAMIRES LIMA MELLI

**ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO:
O DIU ESTÁ SENDO OFERTADO ÀS MULHERES USUÁRIAS
DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
- Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção
Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre em Ciências da
Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária
em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Luiza Vilela Borges

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Célia Regina Maganha e
Melo

**SÃO PAULO
2019**

TAMIRES LIMA MELLI

**ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO:
O DIU ESTÁ SENDO OFERTADO ÀS MULHERES USUÁRIAS
DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE?**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Luiza Vilela Borges

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Célia Regina Maganha e Melo

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Melli, Tamires Lima

Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde? / Tamires Lima Melli. São Paulo, 2019.

106 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^ª Dr.^ª Ana Luiza Vilela Borges

Co-orientadora: Prof.^ª Dr.^ª Célia Regina Maganha e Melo

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Anticoncepção. 2. Dispositivos Intrauterinos. 3. Puerpério.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Tamires Lima Melli

Título: Atenção em contracepção no puerpério: O DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Co-orientador: Prof.^a Dr.^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À Deus,
Aos meus pais, Adilson e Andrea
Ao meu irmão André Felipe
Ao meu marido, Carlos Eduardo
Ao meu avô José
E ao meu bebê que está chegando.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir trilhar mais uma etapa na carreira profissional e realizar um sonho.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a. Ana Luiza Vilela Borges, pela oportunidade concedida, por ter me apresentado à vida acadêmica e direcionado todos os passos desta pesquisa. Agradeço por ter me encorajado a continuar no mestrado quando pensei em desistir e por me permitir adquirir conhecimentos que serão levados para a toda a vida. Sinto-me privilegiada por ser sua orientanda e te admiro muito. Meus mais sinceros agradecimentos.

À Prof.^a Dr.^a Célia Regina Maganha e Melo pela parceria em tantos anos de estágio e monitoria na graduação e pelo presente de tê-la como co-orientadora. Agradeço também por compartilhar ensinamentos para além da escola e por me apoiar, motivar e acreditar em mim, mesmo quando eu não acreditava.

À Prof.^a Lislaine Aparecida Fracolli que me apoiou e auxiliou nos momentos de dificuldades e por estar sempre disposta a ajudar.

À Prof.^a Dr.^a Christiane Borges do Nascimento Chofakian, Prof.^a Dr.^a Lucia Cristina Florentino Pereira da Silva e a Prof.^a Dr.^a Sayuri Tanaka Maeda pelas valiosas contribuições apresentadas no Exame de Qualificação.

Agradeço a todos os docentes e profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por contribuírem na minha jornada.

Agradeço aos meus colegas do Mestrado Profissional pela amizade que construímos e grandiosa troca de experiências que tivemos. Vocês tornaram a caminhada mais leve e tranquila: Amanda Gomes, Cícero Lozekam, Mariana Sales, Priscila Meireles, Rosecléia Borges.

À minha família, em especial meus pais, que me incentivaram e me apoiaram na entrada e na caminhada da Pós-graduação.

Ao meu marido, meu grande incentivador, sou grata pelo apoio diário, pelo interesse e cumplicidade. Agradeço por ter se dedicado ao meu equilíbrio, ter me ajudado a superar as adversidades e por ter feito os meus dias muito melhores. Muito obrigada, de coração.

Aos meus amigos por me ajudarem sempre, por todo carinho e compreensão e por me incentivarem a continuar, em especial: Aline, Ana Paula, Clarissa, Fernanda, Giovana, Larissa, Marina, Pâmela, Raquel, Sylvia. Sem o apoio de vocês, não seria possível.

Agradeço às mulheres que se disponibilizaram a participar da pesquisa, à Lisamara da secretaria de saúde e às gerentes das unidades de saúde que foram muito receptivas e solícitas, por todo auxílio em tornar a pesquisa possível: Ana Paula, Juliana Sette, Mariana Filócomo, Tatiani.

A todos que não foram citados, mas fazem parte desta trajetória. Muito obrigada!

Melli TL. Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde? São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

Resumo

As estratégias de Atenção ao Puerpério no âmbito da Atenção Primária à Saúde preconizam ações de planejamento reprodutivo por meio da orientação dos métodos contraceptivos que podem ser usados no puerpério a fim de assegurar intervalo interpartal mínimo, respeitar o desejo sobre ter filhos ou não e prevenir gestações não intencionais. **Objetivos:** Conhecer a oferta de aconselhamento contraceptivo e insumos para puérperas usuárias de UBS (Unidade Básica de Saúde) durante o pré-natal, parto e puerpério, especialmente o DIU (dispositivo intrauterino). **Método:** Estudo quantitativo, descritivo do tipo transversal. Coleta de dados realizada por meio de instrumento estruturado, *online*, com puérperas residentes em Bragança Paulista/SP. **Resultados:** Orientação sobre métodos contraceptivos foi preferencialmente realizada pelo médico, sendo 13,3% durante o pré-natal; 26,7% durante consulta de puerpério; e 88,3% durante consulta do RN (recém-nascido). Os métodos mais citados no pré-natal foram a pílula (13,5%), o preservativo masculino (6,8%) e o DIU (5,0%). Na internação para o parto, o DIU, a esterilização feminina e a pílula foram orientados para apenas 1,7% das mulheres. Na visita domiciliária, o DIU e a pílula representaram 1,7%, cada. Na consulta do puerpério, a pílula representou 20% e, na consulta do RN, 18,3%. A maioria das puérperas estava usando um contraceptivo (86,6%), mas 66,6% gostariam de trocar o método, com preferência para o DIU (40,0%) e laqueadura (21,6%). **Conclusão:** A oferta de métodos contraceptivos no puerpério é incipiente, estando centrada em métodos de curta duração, como a pílula, e não no DIU, mais eficaz e de longa duração. Um terço das puérperas estava insatisfeita com o método que estava usando, sendo que uma proporção razoável escolheria usar o DIU, o que mostra que a preferência e necessidade por métodos contraceptivos está desconectada do que os serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério estão ofertando.

Produto: Material digital para orientação do método contraceptivo DIU objetivando a implementação de melhores práticas na atenção em contracepção no puerpério.

Palavras-chave: Anticoncepção, período pós-parto, saúde sexual e reprodutiva, enfermagem, saúde da mulher, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Melli TL. Attention on contraception in the postpartum: is the IUD being offered to women attending primary health care facilities? São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2019.

Abstract

The strategies of Attention to the Postpartum in the scope of the Health Primary Attention recommend reproductive planning actions through the orientation of contraceptive methods used in postpartum in order to assure minimum interpartal interval, to respect the desire to have children or not and to prevent unintended pregnancies. **Objectives:** To know the contraceptive offer counseling and supplies for women in postpartum users of BHU(basic health unit) during prenatal, delivery and postpartum, especially the IUD (device intrauterine). **Method:** Quantitative study, descriptive of transverse type. Data collection performed through a structured online tool, with women on postpartum residents in Bragança Paulista / SP. **Results:** Contraceptive methods guidance was preferably carried out by doctors, being 13.3% during the prenatal period; 26.7% during postpartum consultation; and 88.3% during the NB (newborn) consultation. The most cited prenatal methods were pill (13.5%), male condom (6.8%) and IUD (5.0%). At admission to delivery, the IUD, female sterilization and the pill were directed to only 1.7% of the women. At home visit, the IUD and the pill accounted for 1.7%. In the postpartum consultation, the pill represented 20% and, in the NB consultation 18.3%. Most women in postpartum were using a contraceptive (86.6%), but 66.6% would like to change the method, with preference for IUD (40.0%) and tubal ligation (21.6%). **Conclusion:** the supply of contraceptive methods in the postpartum period is incipient, focusing on short-term methods, such as the pill, but not IUD, which is more effective and long lasting. One third of the women in postpartum were dissatisfied with the method they were using, and a reasonable proportion of them would choose using the IUD, which shows that preference and need for contraceptive methods are disconnected from prenatal, delivery and postpartum care services are offering.

Product: Digital material for orientation of the contraceptive method IUD aiming at the implementation of best practices in contraceptive care on postpartum.

Keywords: Contraception, postpartum period, sexual and reproductive health, nursing, women's health, primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Localização do Município Estância de Bragança Paulista	37
Figura 2	- Área de abrangência de atendimento das UBS selecionadas para a pesquisa	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Métodos contraceptivos que podem ser utilizados por puérperas lactantes e puérperas que não amamentam	26
Quadro 2	- Eficácia dos MAC segundo OMS	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Número e proporção de puérperas segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e história reprodutiva	47
Tabela 2	- Número e proporção de mulheres orientadas sobre métodos contraceptivos para o período pós-parto	50
Tabela 3	- Número e proporção de mulheres orientadas sobre o DIU no ciclo gravídico-puerperal. Bragança Paulista, SP, Brasil	51
Tabela 4	- Número e proporção de puérperas em uso de MAC, satisfeitas com o método e com preferência por outros contraceptivos	52
Tabela 5	- Número e proporção de puérperas que tem conhecimento sobre o DIU	53

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Atenção pós-abortamento
APP	Atenção pós-parto
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP/EE	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIU-LNG	Dispositivo intrauterino com hormônio levonorgestrel
DST/Aids	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSRH	Faculdade de Saúde Sexual e Reprodutiva da Inglaterra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUC	Contracepção intrauterina
LAM	Método de Amenorreia Lactacional
LARC	Long-acting Reversible Contraception
LMUP	London Measure of Unplanned Pregnancy
MAC	Métodos Contraceptivos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCAI	Postpartum Contraceptive Access Initiative
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAD Contínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PPIUCD	Postpartum Intrauterine Contraceptive Device
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSESF	Unidade Básica de Saúde Estratégia Saúde da Família
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO.....	25
1.2 OFERTA DO DIU PARA PUÉRPERAS	30
2. OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL.....	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
4. METODOLOGIA	37
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	37
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	37
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	38
4.4 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	39
4.5 INSTRUMENTO	40
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	44
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	44
5. RESULTADOS	47
6. DISCUSSÃO	55
7. CONCLUSÃO	61
8. PRODUTO	63
9. PRODUTO FINAL: IMAGENS PARA DIVULGAÇÃO	64
9. REFERÊNCIAS.....	75
10. APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUÉRPERA	85
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL POR ADOLESCENTE	88
APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTE.....	91
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA: QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA	94

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Puerpério é o nome dado ao período após o parto, caracterizado pelo retorno do corpo ao estado pré-gravídico e que tem início imediatamente após a dequitação (saída da placenta). Pode-se didaticamente dividir as fases deste período em puerpério imediato (1° ao 10° dia); puerpério tardio (do 11° ao 42° dia); e puerpério remoto (que se inicia a partir do 43° dia e tem a duração média de seis semanas, porém este intervalo varia de acordo com o organismo de cada mulher, por conta da influência de questões fisiológicas, anatômicas, e até mesmo psicossociais relacionadas à maternidade) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2001).

Não há definição, na literatura, a respeito do término do puerpério. Há autores (BARROS et al, 2002; ZIEGEL & CRANLEY, 1980) que simplesmente definem a fase como “período do ciclo grávido-puerperal, que se inicia na dequitação da placenta até à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas, aproximadamente seis semanas depois do parto”. No mesmo sentido, Mello e Neme (1994) concordam que não há consenso na literatura sobre o tempo de duração do período; seu fim é considerado no retorno ao estado pré-gravídico – em torno de oito meses a um ano, quando a mulher poderá estar apta a engravidar. Para outros estudiosos, como Cecatti (2004) e Rea (2004), o puerpério encerra-se com o término da lactação ou retorno da menstruação que, por sua vez, está intimamente relacionado à amamentação exclusiva, posto que durante a amamentação exclusiva, o corpo da mulher não retoma o ciclo menstrual, pois os hormônios produzidos durante o aleitamento materno (cortisol, insulina, hormônios da tireóide, paratireóide e do crescimento e a prolactina atuam também sobre os ovários, inibindo a ovulação e mantendo a amenorréia) (REA, 2004).

Gestar, parir e cuidar de um filho ressignifica toda a existência da mulher e sua visão de mundo, dando a ela uma nova dimensão de vida, que acompanha modificações corporais, emocionais e sociais. É um período de intensa vulnerabilidade, forte experiência familiar para todos que dela participam - a própria mulher, o acompanhante, a família - pois no início a relação entre mãe e bebê é pouco estruturada e intensamente emocional. Há necessidade de conhecer o recém-nascido, entender e atender suas demandas. Por essas razões, é comum a puérpera apresentar sentimentos de ambivalência, sensação de ansiedade e limitação ao assumir novas tarefas por postergar suas necessidades individuais em função dos cuidados com o bebê. Neste sentido, há reestruturação na vida do casal que está se adaptando à nova condição e, conseqüentemente, há também dificuldade no retorno ao relacionamento sexual devido às alterações corporais envolvidas na recuperação após o parto, como dor ou

desconforto abdominal na região perineal e durante a amamentação (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005; ENDERLE, 2013).

Portanto, é essencial que os profissionais de saúde compreendam que há, realmente, um processo de reconhecimento da nova mulher, que agora é mãe, e por isso necessita de apoio familiar e orientação profissional no auto-cuidado e com o bebê em todos os seus aspectos (SILVA et. al, 2010).

É por essas razões que a Atenção ao Puerpério no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), preconizada pelo MS (Ministério da Saúde) na Estratégia da Família (ESF), propõe a captação precoce da gestante para o acompanhamento pré-natal na unidade de saúde e seguimento ao atendimento pós-parto à mulher e recém-nascido após a alta hospitalar. Há o reconhecimento de que a fase em que a mulher se encontra é de extrema sensibilidade e necessidade de escuta e atenção qualificada pelos profissionais (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000 (Portaria nº569, 01 de junho de 2000), implementou medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. A partir da implementação do PHPN, a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal avançou e, pela primeira vez no Brasil, falou-se em assistência de forma ética e solidária, com realização de procedimentos benéficos no acompanhamento da gestação, parto e pós-parto evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002).

O PHPN era composto por três componentes principais: assistência pré-natal; o segundo componente apresentando as questões relativas à Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente instituindo nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Entretanto, a relação entre a necessidade de melhoria de indicadores e aumento do acesso à assistência no ciclo gravídico está inversamente proporcional ao conteúdo proposto, visto que, no Programa, há uma significativa lacuna na atenção em saúde da mulher, pois não há especificação da atenção ao puerpério, tampouco especificação da assistência a esse período.

Serruya (2003) enfatiza que a assistência à mulher na gestação só deveria ser considerada como concluída após a consulta puerperal. É indiscutível a importância do prosseguimento clínico após a gestação, além de auxiliar a mulher e a família nas questões pertinentes ao recém-nascido, há também o estabelecimento de condutas para garantir o

intervalo entre gestações, avaliar possíveis estados depressivos, garantir a orientação a respeito do método contraceptivo e assegurar cuidados para evitar desfechos de mortalidade materna e infantil.

Uma revisão sistemática coordenada por Andreucci (2008) avaliou o desempenho do programa PHPN e, como resultado, mostrou que, dentre os indicadores de qualidade selecionados (embora ocorra interferência de alguns fatores como falhas no registro dos procedimentos mínimos recomendados pelo programa, dificuldades de acesso ao atendimento básico relatado pelas mulheres e não alcance da humanização) os achados sugerem que houve melhora da atenção obstétrica pública, em detrimento à atenção privada. Além disso, apontou que os gestores devem aumentar a cobertura global do programa e incentivar o cumprimento e registro de todas as metas propostas acerca da gestação, parto e puerpério e que as mulheres sejam informadas e integradas sobre as metas propostas para serem co-responsáveis pelo cuidado.

Para garantir a efetividade da atenção à mulher no puerpério, o MS preconiza que a mulher deve ser incentivada, desde o pré-natal, na maternidade e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a retornar ao serviço de saúde com o recém-nascido entre 7 a 10 dias após o nascimento (SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2012).

A instituição em que o parto foi realizado deve informar à equipe de atenção básica que a mulher e seu bebê estão retornando para o domicílio e a equipe deve, então, preparar a visita domiciliar o mais precocemente, mais precisamente na primeira semana após a alta do binômio mãe-bebê. Embora nem sempre isso ocorra na realidade, a unidade básica de saúde (UBS) deve receber um relatório que contenha todas as informações de procedimentos que foram realizados durante o parto para dar prosseguimento ao cuidado a mãe e ao bebê iniciado no hospital. Cabe mencionar que é preconizada a realização de uma consulta médica no período em torno de 40 dias após o parto e as consultas subseqüentes devem ser agendadas de acordo com o calendário de acompanhamento da criança (2º; 4º; 6º; 9º; 12º; 18º e 24º mês de vida) (SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2012).

Devido ao fato de as situações de morbi-mortalidade materna e neonatal ocorrerem, principalmente, na primeira semana após o parto, o MS recomenda que os serviços e profissionais de saúde estejam preparados para receber e amparar as mulheres e recém-nascidos nessa fase por meio da “Primeira Semana de Saúde Integral”, que contempla ações que devem ser desenvolvidas em prol do acolhimento da puérpera e seu recém-nascido com

respeito e gentileza, realização de anamnese, escuta qualificada com conversa e orientação direcionada a assuntos relativos ao aleitamento, alimentação, cuidados com o corpo, planejamento reprodutivo, condições psicoemocionais, condições sociais e avaliação clínico-ginecológica. As ações que englobam a avaliação geral da puérpera na primeira consulta envolvem: consulta realizada de forma ampla e detalhada, direcionamento para serviços específicos em caso de necessidade; verificação dos dados do cartão da gestante, informações sobre o parto e dados do recém-nascido; e realização de exame físico geral e específico (inclui a avaliação da ferida operatória no caso da cesárea, sutura no caso de lacerações ou episiotomia no parto vaginal). Dentre o planejamento das atividades, está incluída a abordagem integral no puerpério focada no plano de cuidado materno – além das orientações já citadas, informações sobre o retorno do ciclo menstrual e das relações sexuais e, conseqüentemente, aconselhamento contraceptivo (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Esse último, em especial, é importante para assegurar o espaçamento entre as gestações – que é primordialmente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como assunto de grande importância a ser tratado no puerpério, assim como discussões sobre sexo seguro, incluindo o uso de preservativos, bem como as opções de métodos contraceptivos e o fornecimento dos mesmos, se solicitado. Isso se justifica porque se sabe que o intervalo menor que dois anos entre as gestações aumenta a morbidade materna e neonatal, ou seja, o espaçamento de dois anos entre as gestações evita 30% das mortes maternas e 10% da mortalidade infantil (CLELAND et al., 2006). Deve-se aconselhar o intervalo interpartal seguro mesmo que a mulher tenha o desejo de engravidar, pois as gestações que ocorrem com intervalos inferiores a este período são associadas a um risco aumentado de resultados adversos, como nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer, recém-nascido pequeno para idade gestacional, dentre outros (ZHU, et al., 2001; MS, 2005).

As puérperas possuem necessidades insatisfeitas por contracepção, pois, em geral, elas não são aconselhadas a evitar gestações não planejadas em intervalos menores de dois anos (WHO, 2013; MOORE et. al., 2015). Por conta disso, a recomendação da OMS para os cuidados à mulher no pós-parto inclui ações de aconselhamento à contracepção que objetivam subsidiar as mulheres a decidir sobre o método contraceptivo que desejam usar, a iniciar seu uso e auxiliar a dar continuidade no uso por, pelo menos, dois anos (WHO, 2013).

Diversos estudos ressaltam que a melhoria na qualidade dos serviços atenção primária, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família em relação à atenção à gestação e ao puerpério, traz consequências positivas sobre os indicadores de mortalidade materna e neonatal e a assistência à puérpera (BRASIL, 2005; UNITED NATIONS, 2015; VIELLAS et.al., 2014; WHO, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde, a atenção puerperal não era consolidada nos serviços de saúde ainda em 2005, pois apesar de muitas mulheres retornarem ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto, as ações restringiam-se à solicitação de avaliação e vacinação do recém-nascido (BRASIL, 2005). Entretanto, as recomendações mais atualizadas do MS sinalizam ações prioritárias voltadas à mulher no puerpério imediato e tardio. Essas ações contemplam o cuidado com a puérpera e também com o RN (recém-nascido), a via de garantir acompanhamento integral da mulher e da criança, independente do retorno para o primeiro atendimento na Atenção Básica (BRASIL, 2016).

No Brasil, em 2007, foi criada a Política Nacional de Planejamento Familiar, que inclui a oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos fornecidos pelo SUS na Atenção Básica e a venda de anticoncepcionais a um valor reduzido em farmácias populares¹. A Política prevê o acesso aos métodos para todas as mulheres em idade fértil e salienta que a mulher na fase do puerpério deve ser orientada quanto ao planejamento reprodutivo e início da utilização de métodos contraceptivos na consulta do pós-parto, cabendo ao profissional de saúde que realiza a consulta informar quais métodos podem ser utilizados, auxiliá-la na escolha de um que corresponda às suas necessidades e expectativas reprodutivas, além de orientar como funciona o método LAM (amenorreia da lactação), disponibilizar o método escolhido juntamente com instruções para o seu uso e esclarecimento de efeitos adversos que possam ser causados por eles (BRASIL, 2006; BRASIL 2012; BRASIL, 2010; BRASIL, 2016). Além disso, em tese, foi otimizado e ampliado o *acesso a métodos de esterilização* – vasectomia e laqueadura, bem como preservativos e anticoncepcionais (Portaria nº426- 22 de março de 2005), no entanto, isto não ocorreu como preconizado. Segundo Alves (2012), ainda

¹ O Programa Farmácia Popular do Brasil, iniciativa do Governo Federal criada em 2004 a partir das diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tem o objetivo de garantir o acesso a medicamentos considerados essenciais. São disponibilizados pelo SUS cerca de 112 itens, dentre medicamentos e preservativo masculino, e o usuário retira a medicação mediante a apresentação da receita médica e do documento com foto. Também faz parte do programa a rede privada de farmácias credenciadas no “Aqui tem farmácia popular”, que fornece a população medicamentos a baixo custo (BRASIL, 2004).

que o acesso ao pré-natal seja abrangente, a qualidade deste é insatisfatória dado que as atividades propostas não abordam necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens.

Apesar da existência de políticas e programas que contemplam as necessidades das mulheres na fase do puerpério, a qualidade dessa assistência é baixa. Foi identificada a realidade de um serviço de atenção básica na Paraíba, onde se verificou que 17,4% das mulheres não receberam visita pós-parto e o índice de ausência de informações atingiu 55,1%. O não preenchimento do atendimento atingiu níveis de 72,5%, ilustrando que a atenção ao puerpério é bastante desvalorizada (SANTOS et al., 2016).

A anticoncepção não é adequadamente orientada em grande parte dos casos e, frequentemente, não é oferecida com propriedade pelos profissionais e pelos sistemas de saúde vigentes (BAHAMONDES, 2006). Devido a isso, autores como Enderle et al. (2013) sugerem que a atenção em contracepção deve iniciar-se ainda durante o pré-natal, oferecendo a oportunidade de reflexão e diálogo. Tal conduta antecipará dificuldades que possam ocorrer no pós-parto, período em que a mulher pode estar vulnerável e insegura em relação à escolha do método contraceptivo ideal. Ainda, foi comprovado que a educação contraceptiva realizada no terceiro trimestre gestacional durante as consultas de pré-natal são mais eficazes que as recomendações realizadas apenas no puerpério (LOPEZ et al., 2015).

A provisão de contracepção pós-parto, portanto, faz parte da atenção ao puerpério, justamente porque subsidia mulheres e parceiros a fazerem escolhas adequadas às suas necessidades e circunstâncias. A recomendação do MS em relação à contracepção durante o puerpério inclui cuidados e ações voltadas para o planejamento reprodutivo salientando assuntos que permeiam intenções reprodutivas, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência, estimulando intervalo intergestacional de no mínimo, 2 anos.

Destaca-se também a preocupação em relação à prevenção de DST/Aids, direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas) e ativação de método contraceptivo (disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para seu uso e para o seguimento), se for o caso (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2010).

Obviamente a atenção em contracepção voltada à puérpera tem efeitos positivos no uso de métodos contraceptivos. Nunes (2014), em sua pesquisa sobre auto-eficácia no uso de contraceptivos no período pós-parto por adolescentes, refere que as informações recebidas ainda na maternidade, o aconselhamento pós-parto e as informações fornecidas por

profissionais sobre a importância de se evitar nova gestação, demonstram-se fundamentais para elevar a auto-eficácia das jovens e comprometê-las com o uso de métodos contraceptivos e controle da fecundidade.

Nesse sentido, Lopez et al. (2015) consideram que o aconselhamento sobre planejamento reprodutivo – independente de ser realizado em grupo ou individualmente – aumenta a utilização de métodos e a continuidade do uso, ajudando as mulheres a alcançarem os objetivos de fecundidade evitando gestações e/ou contribuindo para o aumento do intervalo intrapartal, além de ampliação do uso de métodos contraceptivos mais eficazes.

No âmbito da atenção ao puerpério, estão incluídas ações da equipe de saúde para garantir o amparo à puérpera a fim de apoiá-la de forma singular, de acordo com as necessidades da usuária, o que inclui a garantia da visita domiciliar dos profissionais da Atenção Básica na primeira semana após a saída da maternidade, a consulta de puerpério aos 42 dias, ensinamento dos cuidados do bebê, apoio à amamentação, além de suporte emocional, visto que há o risco de vulnerabilidade física, psíquica e social (BRASIL, 2016).

Conforme Moore et al. (2015) destacam, mesmo que os programas de planejamento reprodutivo tenham como público-alvo as puérperas, há lacunas na atenção ao puerpério tardio, e as necessidades das mulheres neste período não são atendidas, sugerindo que a população não receba, de fato, as orientações que demandam e, conseqüentemente, o risco de gestações não planejadas permanece alto. Por isso, é fundamental que as falhas na atenção e atendimento às mulheres que estão no puerpério sejam preenchidas com a continuidade do cuidado e com o fortalecimento da rede e extensão dos serviços.

A ausência de informações e cuidados de saúde direcionados as puérperas, sobretudo, acerca da contracepção nesse período, diminui a oportunidade de as mulheres conhecerem os métodos, esclarecerem suas dúvidas, refletirem e decidirem-se ao longo da gestação sobre o contraceptivo que vão usar após o parto (OSIS et al., 2006; PARREIRA et al., 2010; ARAUJO, 2017).

O planejamento reprodutivo é considerado direito de todo cidadão, devendo, portanto, ser ofertado o conjunto de ações de regulação da fecundidade e direito à limitação ou aumento da família pela mulher ou casal, garantido pela lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996 da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1996).

Embora o acesso universal à saúde (incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva – planejamento reprodutivo, informação e educação) seja reconhecido como direito (BRASIL,

1988) e recurso essencial para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável elaborados pela ONU (ODS, 2017), existem obstáculos que dificultam ou impossibilitam o acesso dos usuários aos cuidados de saúde básicos.

Os programas voltados ao planejamento reprodutivo, inclusive aqueles voltados às puérperas, devem ser baseados na informação do usuário sobre qual método é mais interessante e principalmente, ser fundamentado nos princípios de autonomia, expectativas e necessidades (OSIS et al., 2006).

O primeiro ano após o parto é o período em que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade à concepção não intencional e é justamente quando elas menos utilizam métodos anticoncepcionais, seja por falta de apoio, informação ou acesso ao serviço de saúde (MOORE et al., 2015). Segundo Ross (2001), dois terços das mulheres que estavam no puerpério não tinham suas necessidades contraceptivas atendidas e 40% relataram o desejo de utilizar algum método contraceptivo nos próximos 12 meses, ou seja, as mulheres manifestam o desejo de se proteger.

O estudo *Nascer no Brasil* buscou identificar e conhecer a atenção prestada ao pré-natal, parto e puerpério no Brasil e constatou que, em relação à intenção reprodutiva, apenas 45% das mulheres entrevistadas desejaram aquela gestação, sendo que 9% ficaram insatisfeitas com a gestação e 2,3% relataram tentar interromper a gravidez. Apesar de ser uma ampla pesquisa sobre os índices demográficos que possui como um dos objetivos ampliar o acesso ao planejamento reprodutivo e evitar gestações indesejadas, a pesquisa não possui direcionamento ao puerpério (NASCER NO BRASIL, SUMÁRIO EXECUTIVO, 2012).

Uma metassíntese com estudos conduzidos do Brasil e outros países evidenciou que o acolhimento em enfermagem prestado às mulheres no pós-parto é insuficiente, com lacunas difíceis de serem preenchidas, pois as necessidades delas são ignoradas devido à abordagem clínica falha, desconsiderando-se aspectos emocionais e reprodutivos e centralizando o cuidado ao bebê, e por isso as mulheres relatam insatisfação da atenção prestada neste período. A pesquisa mostra a insatisfação das mulheres em relação à visita domiciliar, quando, diferente do preconizado pelo MS, não há planejamento de consulta e nem prioridade às primíparas, revelando as expectativas insatisfeitas das mulheres que relataram sentimento de desconsideração às suas necessidades e dos seus bebês (CÔRREA et al., 2017).

Diante do exposto, fica evidente a importância de se compreender aspectos que influenciam a escolha e a continuidade do uso de métodos contraceptivos no puerpério. Por não haver disponibilidade de muitos estudos, no Brasil, sobre a importância do aconselhamento contraceptivo no pré-natal, parto e pós-parto, torna-se importante investigar se as necessidades em contracepção no puerpério têm sido atendidas bem como entender o quanto as iniciativas do MS estão sendo implementadas.

1.1. CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO

O acesso às ações de planejamento reprodutivo é um elemento fundamental não só da saúde reprodutiva, mas da igualdade social e econômica, uma vez que uma gravidez não intencional limita as oportunidades das mulheres, especialmente aquelas menos instruídas, e/ou que moram em áreas rurais, por terem sido impedidas ou apresentado dificuldades de se escolarizar, de ter participação cívica, de conseguir empregos, atrasando a participação na força de trabalho por conta da gestação não planejada, além da falta de poder para decidir quando desejam engravidar (UNFPA, 2017).

De acordo com a OMS, o planejamento reprodutivo deve ser realizado conforme a intenção reprodutiva da mulher, respeitadas as condições fisiológicas preexistentes. Para tal, aponta a ação de diferentes métodos contraceptivos que podem ser utilizados, sendo eles: Anticoncepcionais Orais Combinados, Pílulas de Progesterona, Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, Injetáveis de Progesterona, Injetáveis Mensais, Adesivo Combinado, Anel Vaginal Combinado, Implantes, Dispositivo Intrauterino com Cobre, Dispositivo Intrauterino com Levonorgestrel, Esterilização Feminina, Vasectomia, Preservativos Masculinos, Preservativos Femininos, Espermicidas e Diafragmas, Capuz Cervical, Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade, Coito Interrompido e Método da Amenorreia Lactacional (OMS, 2007). Os critérios de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais entre puérperas são baseados nos critérios definidos pela OMS (OMS, 2015), apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Métodos contraceptivos que podem ser utilizados por puérperas lactantes e puérperas que não amamentam (OMS, 2015).

(continua)

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	PUÉRPERAS QUE AMAMENTAM	PUÉRPERAS QUE NÃO AMAMENTAM
LAM Método da amenorréia na lactação (amamentação exclusiva+amenorréia+período de 6 meses após o parto)	Amamentação exclusiva - não há necessidade de anticoncepção antes de 6 meses, considerando a presença da amenorréia, mamadas noturnas com intervalo inferior a 6 horas e menos de 10% de uso de outros alimentos (suco, chá, água). Início imediatamente após o nascimento do bebê, término quando iniciar a menstruação. Amamentação parcial - indicar anticoncepção a partir de 45 dias após o parto.	-
MÉTODO DE BARREIRA	Preservativo - pode ser usado em todas as relações sexuais. Sugerir o uso dos lubrificantes. Diafragma - em todas as relações sexuais. Fazer nova medição do tamanho, após 6 a 8 semanas após o parto.	
DIU de Cobre	Inserido logo após a dequitação da placenta ou pela histerotomia, se o parto for cesariana, ou até 48 horas do parto. Fora desse período deve ser colocado após 6 semanas do parto. Se já se passaram mais de 48h após o parto, retarde a inserção do DIU para a 6ª semana de pós-parto. (BRASIL,2016)	Imediatamente após dequitação no parto; ou após 48 horas do parto, também logo após curetagem por aborto; pode ser inserido na 1ª menstruação ou 4 semanas após o parto.
DIU-LNG	Mulheres com menos de 48h de pós-parto podem utilizar DIU-LNG (categoria 2). Período entre $\geq 48h$ a < 4 semanas de pós-parto não devem colocar DIU-LNG (categoria 3). A partir de ≥ 4 semanas de pós-parto, as mulheres podem usar DIU-LNG sem restrições (categoria 1).	
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COM PROGESTERONA	Minipílula - iniciar após 40 dias do parto Amamentação: 6 sem a 6 meses: categoria 3 Amamentação mais de 6 meses: uso permitido em geral (categoria 2).	Minipílula - iniciar no 1º dia da 1ª menstruação ou após 40 dias do parto. Injetável trimestral - início 40 dias após o parto.
INJETÁVEL/IMPLANTE	Injetável/implante - iniciar uso 6 semanas após o parto. Injetável trimestral - muito eficazes mesmo após o término da amamentação. Uso recomendado 6 semanas após o parto, principalmente em prematuros, pela imaturidade do sistema hepático do RN.	Injetável trimestral – início 40 dias após o parto.

(continuação)

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	PUÉRPERAS QUE AMAMENTAM	PUÉRPERAS QUE NÃO AMAMENTAM
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO (AHC)	Contraindicado na lactante. Mulheres que estão amamentando com ≥ 6 semanas a < 6 meses de pós-parto não devem utilizar AHC (categoria 3). Mulheres que amamentam e estão com ≥ 6 meses de pós parto, podem usar AHC (categoria 2).	Pílula combinada ou injetável mensal - iniciar nos primeiros 5 dias da 1ª menstruação ou após 3 semanas do parto.
MÉTODOS NATURAIS	Avaliação do muco cervical e da temperatura basal após 15 dias do parto. Indicado para mulheres com experiência anterior no uso do método. Método de difícil controle pela amenorréia da lactação.	Para mulheres com experiência no método. O método do calendário deve ser iniciado a partir de 6 ciclos menstruais após o parto.
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	Iniciar uso somente após 4 semanas do parto, porém recomenda-se o uso de método contraceptivo de uso contínuo.	-
ANEL VAGINAL LIBERADOR DE PROGESTERONA	Mulheres amamentando de forma ativa e com ≥ 4 semanas de pós-parto podem usar anel vaginal liberador de progesterona sem restrições (categoria 1).	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir das referências: BOZA JIMENEZ et al., 2005; BRASIL, 2016; OMS, 2015.

Legenda: Classificação da OMS para os Critérios de Elegibilidade de Métodos Contraceptivos: **Categoria 1:** situação que não existe restrições para o uso de MAC. **Categoria 2:** uso permitido em geral, situação que geralmente as vantagens de utilizar o método superam os riscos demonstrados. **Categoria 3:** o uso geralmente não é recomendado, situação em que em geral os riscos demonstrados superam as vantagens de usar o MAC. **Categoria 4:** não deve ser usado, pois o uso de MAC em questão constitui um risco inaceitável para a saúde.

Durante o período após o parto, há alguns métodos disponíveis que podem ser utilizados pela mulher que amamenta ou que não está em lactação. O MS, no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério (2006), prioriza que o método LAM (método da amenorreia da lactação) seja a primeira alternativa de contracepção para a mulher que está vivenciando o puerpério, até os seis meses de idade do bebê, desde que ela esteja dentro dos critérios necessários, que são a amenorreia, amamentação com livre demanda e bebê com idade inferior a seis meses. De acordo com Silva (2008) quando a mulher amamenta exclusivamente, o retorno da menstruação acontece em tempo imprevisível, podendo chegar até 2 anos. Todavia, ainda que esteja em amenorreia, não significa que a ovulação não tenha ocorrido; sendo assim se faz necessário introduzir um método contraceptivo após seis semanas do parto. É ressaltado que o efeito contraceptivo adquirido por meio desse método deixa de ser eficaz com o retornar do ciclo menstrual e/ou quando a amamentação deixa de

ser exclusiva, portanto, é seguro garantir a eficácia contraceptiva associando o LAM a um método de barreira que não interfira na amamentação, como os preservativos (feminino ou masculino), diafragma e DIU (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2010).

Godinho (2001) afirma que o tipo de contraceptivo a ser escolhido no pós-parto deve ser abordado inicialmente no pré-natal, para ser somente implementado na consulta de pós-parto e com a finalidade de escolher o método de forma consciente e informada. A OMS recomenda também que as mulheres que não amamentam iniciem o uso de contraceptivo hormonal combinado a partir de 6 semanas do nascimento do bebê e as lactantes, após o bebê completar seis meses (WHO, 2015).

As pílulas, preservativos e esterilização feminina são os métodos mais utilizados no país (BORGES et al., 2018), o que demonstra as dificuldades de acesso aos demais métodos existentes e a falta de informação de métodos como LARC (*long-acting reversible contraception*) – DIU (Dispositivo Intrauterino), DIU-LNG (DIU com hormônio Levonorgestrel) e implante subdérmico. Os LARCs são métodos altamente eficazes, com duração contraceptiva ≥ 3 anos, excelente custo-benefício em comparação aos métodos reversíveis de curta duração, considerando as taxas de falha e descontinuidade do método (PENNA, 2015).

Recomenda-se também que, se a opção de escolha for um método LARC, que sua implantação seja realizada imediatamente após o parto, se possível no período que antecede a alta hospitalar dentro de 48 horas (TAUB, 2017). A inserção precoce do dispositivo é muito vantajosa por vários motivos, mas primordialmente porque neste caso há a captação precoce da puérpera e início da utilização de MAC (Método Contraceptivo) imediata ao nascimento do bebê, bem como a garantia de que a mulher não está gestante. Além de ser um procedimento efetivo, útil, seguro, conveniente e de baixo custo para a contracepção no pós-parto precoce, não havendo interferência na amamentação; não estando associado ao aumento de infecção, perfuração uterina ou hemorragia pós-parto e sendo as taxas de continuidade do uso relativamente elevadas (87,6% e 76,3% em 6 e 12 meses, respectivamente) (CELEN et al., 2004; LOPEZ et al., 2015).

O DIU pode ser inserido logo após a dequitação, independente da via de parto. Caso não seja possível assegurar sua implantação neste momento, deve ser inserido apenas a partir da 6ª semana após o parto, independente do retorno da menstruação, devido às alterações corporais provenientes do puerpério, como por exemplo a loquiação, acomodação do útero

no assoalho pélvico, reajuste de posicionamento dos órgãos abdominais, modificação das mamas por conta da lactação e início da amamentação (LOPEZ et al., 2015).

Para melhorar a qualidade da atenção ao parto e puerpério no Brasil, o MS anunciou em março de 2017 novas diretrizes para o parto normal, focando o protagonismo da mulher no parto humanizado e unificação da qualidade da assistência perinatal. Naquele momento, anunciou também a ampliação do uso do DIU de cobre nas maternidades, logo após o parto. A iniciativa assegura que todas as maternidades deverão ofertar o método em casos de pós-abortamento e pós-parto, com a expectativa de ampliar a prevalência do uso do DIU para 10% entre os contraceptivos usados no país até 2020 (PORTAL BRASIL, 2017).

Almejando evitar a gravidez com intervalos intergestacionais menores que dois anos, estudos recentes analisaram e constataram fortes evidências do início da utilização de DIU imediatamente após o parto (TAUB, 2017). A FSRH – Faculdade de Saúde Sexual e Reprodutiva da Inglaterra fornece recomendações baseadas em evidências para os profissionais de saúde sobre o uso da contracepção intrauterina (IUC) e recomenda que a puérpera inicie o uso do DIU justamente por conta de suas características, tais como alta eficácia, longa duração — varia de 3 a 10 anos sem necessidade de manutenção ou troca de dispositivo e baixíssimas taxas de falha (FSRH, 2016). Especificamente no que concerne ao DIU, uma revisão da Cochrane (2015) comparou a sua inserção em diferentes momentos do puerpério e concluiu que há uma taxa maior de expulsão espontânea do dispositivo quando inserido no pós-parto imediato, o que não invalida sua indicação e inserção nesse período (LOPEZ et al., 2015).

Estudo conduzido por Minanni et al. (2009) demonstrou que apesar da maioria das puérperas relatarem desejo de evitar uma nova gestação e demonstrarem interesse em MACs, as mulheres não têm conhecimento de qual método contraceptivo poderia ser usado. Além disso, observou-se que, dentre as mulheres que utilizavam algum MAC, a prevalência concentrou-se na pílula, preservativo masculino e esterilização feminina, dados que expressam o desconhecimento das puérperas acerca das opções de MACs adequados que podem ser utilizados no período após o parto e transparece a questionável efetividade das orientações dadas na consulta puerperal e, consequentemente, dificuldade na adequação do MAC ao desejo da mulher.

Borges (et al., 2018) realizaram um estudo prospectivo com 264 gestantes, as entrevistando seis meses após o parto, questionando se estavam utilizando o método

contraceptivo de escolha; dessas, apenas 28,9% das entrevistadas estavam realmente usando o método de preferência. Dado muito importante e curioso é que na ocasião da pesquisa as mulheres que não tinham certeza sobre o método que iriam utilizar após o parto, seis meses depois relataram não usar nenhum método.

1.2 OFERTA DO DIU PARA PUÉRPERAS

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um aparelho plástico flexível em forma de T, que é utilizado para contracepção. Existem dois tipos de DIU disponíveis no mercado, o DIU de cobre, que é feito de plástico e revestido com cobre e o DIU hormonal - chamado de Mirena®, que contém hormônio Levonorgestrel (SIU-LNG) ou progesterona. Os modelos de DIU de cobre mais comuns são TCu 380A e o Multiload 375 (MLCu375), sendo que o mais utilizado é o primeiro, por ser recomendado pela OMS. A quantidade de cobre presente no aparelho é mensurada por meio do número que está no nome, sendo que, quanto maior o número, maior a quantidade de íons de cobre liberados no útero e, conseqüentemente, maior eficácia (FEBRASGO, 2010).

O mecanismo de ação do DIU gera reação inflamatória e citotóxicas (alterações bioquímicas e citológicas) no endométrio que conseqüentemente alteram a fisiologia da concepção (prejudica a ação do espermatozoide através da alteração da motilidade e vitalidade, e gera alterações endometriais hostis ao óvulo que dificultam sua fertilização e, posteriormente, a implantação do blastocisto) e, além disso, o cobre também causa aumento da produção de prostaglandinas e inibição de enzimas endometriais (KANESHIRO et al., 2010). O DIU com LNG (Mirena®), possui forma de T com o objetivo de ajustar o sistema de liberação hormonal ao formato do útero; o sistema libera uma taxa constante de 20 mcg de LNG por dia na cavidade uterina. O SIU-LNG evita a gravidez através do controle do desenvolvimento do endométrio, promove espessamento do muco cervical criando uma barreira à penetração espermática, altera a motilidade do espermatozoide dentro do útero e gera dificuldade para fertilizar o óvulo (FEBRASGO, 2010; MONTEIRO, 2015; BUYER, 2017). O DIU-Cu possui longo tempo de ação (10-12 anos em relação ao SIU-LNG que possui 5 anos), baixo índice de Pearl², poucos efeitos adversos e indesejados e índice de

² O índice de Pearl é o mais utilizado para calcular a eficácia de um método contraceptivo. Calculado através da razão entre número de falhas x 12 meses x 100 (mulheres) sobre o número total de meses de exposição.

eficácia alto – taxa de falha varia de 0,4 (em 1 ano) e 2,1 (10 anos) (FEBRASGO, 2010; GIORDANO et al., 2015).

A prevalência contraceptiva específica do método varia muito em todo o mundo, apesar de ser considerado o método reversível mais usado em todo o planeta (CLELAND et al., 2012), utilizado por cerca de 150 milhões de mulheres em vários países, devido a taxas de falhas extremamente baixas (menos de 1 por 100 mulheres no primeiro ano de uso). No entanto, seu uso permanece subutilizado em algumas regiões do mundo, como América do Norte, Sul da Ásia, Oceania, África subsaariana e América Latina (HOLANDA et al., 2013; UNITED NATIONS, 2015). As diferenças entre regiões e países podem ser explicadas por uma série de fatores nos níveis individual, de serviço, programa e políticas de saúde (D'ARCANQUES, 2007).

O DIU é mundialmente conhecido entre as mulheres, no entanto, no Brasil o nível de conhecimento é baixo (ARAUJO, 2017) e não se observa grande adesão, ainda que sua eficácia seja semelhante à ligadura tubárea (DIU-LNG-0,2% e DIU de cobre 0,8%³) (CDC, 2011), seus gastos sejam mais baixos do que o de uma esterilização podendo ser gratuito, pois é oferecido pelo SUS na modalidade DIU de cobre, observa-se que a grande maioria das usuárias do Sistema de Saúde não adere ao método, espelhando a insuficiência dos profissionais quanto à orientação adequada sobre sua utilização (BAHAMONDES, 2006; MINANNI et al., 2009).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) traçou um perfil da população feminina em idade fértil em 2006 a partir de inquérito domiciliar nacional, com aproximadamente 15.000 mulheres de 15 a 49 anos de idade e identificou que todas as mulheres entrevistadas, unidas, mulheres não unidas sexualmente ativas e mulheres sem experiência sexual, têm conhecimento sobre a variedade de métodos contraceptivos, sendo que dentre estas, 87,4% conheciam ou já tinham ouvido falar do DIU, ainda que apenas 1,5% das mulheres relatassem sua utilização. Cabe ressaltar que, apesar de muito ampla, infelizmente a pesquisa não aborda o uso de métodos por puérperas (PNDS, 2006).

No Brasil, o DIU de cobre está disponível entre os MAC de longa duração nas UBS. Sua baixa utilização ocorre por conta da falta de conhecimento sobre o dispositivo, dos efeitos

³ As percentagens indicam o número de cada 100 mulheres que tiveram uma gravidez indesejada dentro do primeiro ano de uso típico de cada método contraceptivo.

colaterais verdadeiros e efeitos colaterais falsos culturalmente enraizados sobre sua utilização e até barreiras para sua disponibilização (MOURA et al., 2007; HEILBORN et al., 2009; GONZAGA, 2016).

Gonzaga (2016) identificou que são inúmeras as barreiras organizacionais para disponibilização do DIU nos serviços da ABS (Atenção Básica em Saúde) na macrorregião de Minas Gerais que impedem as mulheres de terem acesso ao método. Essas são enraizadas na ausência ou não utilização de protocolos para inserção do DIU, a não disponibilização ou excesso de critérios para disponibilizá-lo, limitação da atuação do enfermeiro (apenas o médico quem tem realizado o procedimento de inserção do método naquela região), necessidade de agendamento prévio para realização do procedimento, além de adoção de critérios de condições clínicas para utilizá-lo, sem evidências científicas. Contudo, observou-se também que alguns municípios direcionam a usuária para outro município vizinho ou para a rede particular de assistência e dentre os municípios que disponibilizam o método (84,8%), a maioria não possui protocolo específico para sua disponibilização (68,6%).

Moura et al. (2007) identificaram os impedimentos decorrentes da organização do atendimento em municípios do Ceará, onde os principais obstáculos para a inserção e utilização do DIU são a exigência de determinados exames como pré-requisito para a inserção do dispositivo, demora na entrega dos resultados dos mesmos, carência do método na Unidade Básica de Saúde, necessidade de agendamento prévio e falta de funcionários habilitados para tal. Heilborn et al. (2009) destacaram que, no Rio de Janeiro, alguns obstáculos identificados no estudo foram a existência de um único dia para inserção do método, bem como horário restrito de funcionamento da UBS, o que tornava o acesso das mulheres bastante limitado. Nesse sentido, Gonzaga (2016) em estudo realizado em Minas Gerais, mostrou que as barreiras organizacionais relacionadas à disponibilização do DIU eram originadas na ausência ou não utilização de protocolos, “assim como a sua utilização incorreta ou, ainda, a utilização de protocolos elaborados com equívocos nas orientações”. Ademais, foram também detectadas barreiras relacionadas à falta do dispositivo na Unidade, limitação na atuação do enfermeiro na inserção, necessidade de agendamento prévio para realização do procedimento, além das dificuldades de acesso oriundas dos grupos educativos e a necessidade de frequência nas reuniões como moeda de troca para a obtenção do método.

Outra barreira enfrentada para o acesso ao DIU é a discordância entre Conselho Regional de Medicina (CRM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pelo direito de

inserção do DIU. Embora o CRM tenha divulgado Parecer (em 2013) alegando que o procedimento é de autonomia médica, o COFEN emitiu documento em defesa dos profissionais de enfermagem com esclarecimentos a respeito das autorizações legais que garante a capacidade dos enfermeiros para atender à ampliação da oferta do DIU, e a inserção do dispositivo nas usuárias do Sistema Único de Saúde, desde que tenham sido treinados para tal (Parecer nº17/2010/COFEN/CTLN). O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo emitiu em 2016, através de sua Câmara Técnica, Orientação Fundamentada nº060/2016 sobre Inserção de DIU (Dispositivo Intrauterino) pelo Enfermeiro (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2016).

No estudo de Gonzaga (2016), foi identificado que alguns serviços de saúde nos municípios de Minas Gerais acrescentam dificuldades ao acesso do DIU, fornecendo o método somente mediante prescrição médica (86,5%), realização de exames (71,6%) e/ou participação em grupo educativo (25,4%) e mais da metade dos municípios referiu não disponibilizar o DIU nas UBS/ ESF (53,7%). Além do tempo de espera para inserção do método ser de 1 a 4 semanas (62,7%). O estudo de Borges et al. (2017), apesar de oferecer um panorama das ESF de São Paulo, reflete justamente a realidade dos serviços brasileiros, em que há o desinteresse em relação a utilização do DIU pelas mulheres, sobretudo no puerpério, visto que foi identificado que nenhuma das mulheres estava usando o dispositivo no pós-parto.

O acesso à contracepção segura e eficaz tem efeito positivo na saúde das mulheres, incluindo as puérperas, diminuindo o número de gestações não planejadas e não desejadas. Face ao exposto, este estudo pretende caracterizar a atenção em contracepção, em especial a oferta do DIU às puérperas em três momentos: quando fez o pré-natal nos serviços de atenção básica à saúde; quando esteve no hospital para o parto; e, por fim, durante a atenção ao puerpério imediato, nos serviços de atenção básica à saúde.

Nossas indagações nesta pesquisa são: As mulheres têm sido informadas no pré-natal sobre a utilização de métodos contraceptivos nos pós-parto? As mulheres recebem informações acerca dos métodos contraceptivos que podem ser utilizados no puerpério? O DIU está sendo oferecido às mulheres que estão no puerpério?

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a oferta de aconselhamento contraceptivo e insumos para puérperas usuárias de Unidade Básica de Saúde durante o pré-natal, parto e puerpério.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a oferta de aconselhamento contraceptivo e insumos, especialmente o DIU, para puérperas usuárias de Unidade Básica de Saúde no período pré-natal.

Conhecer a oferta de aconselhamento contraceptivo e insumos, especialmente o DIU, para puérperas usuárias de Unidade Básica de Saúde durante a internação hospitalar para o parto.

Conhecer a oferta de contraceptivo, especialmente o DIU e insumos, para usuárias de Unidade Básica de Saúde durante o puerpério.

Elaborar material digital de orientação com informações sobre a utilização do método contraceptivo DIU direcionado às mulheres, especialmente as puérperas, com objetivo de disseminar informações a respeito deste MAC e repercutir em melhores práticas na atenção em contracepção.

METODOLOGIA

Foram elegíveis todas as puérperas cadastradas nas quatro UBS que tiveram filhos nascidos no ano de 2018, com o mínimo de 30 dias e máximo de seis meses pós-parto, filho vivo, não hospitalizado. Dado o número restrito de puérperas para o cronograma proposto, foi necessário estender o período pós-parto para 12 meses. Foram excluídas gestantes, pós-abortamento e parceiro vasectomizado.

4.4 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

O período de coleta de dados foi seguido de acordo com o cronograma estabelecido e delimitado entre os meses de outubro a dezembro de 2018. Foram indicadas 125 mulheres pelas gerentes das unidades de saúde, no entanto, 40 puérperas foram excluídas da amostra diretamente considerando os critérios de exclusão e o fato de terem mudado de endereço. Sendo assim, somadas as quatro UBS, foram selecionadas para participar da pesquisa 85 puérperas. Destas, 24 foram acabaram sendo excluídas após várias tentativas de ligações devido ao número de telefone errado ou indisponível para receber chamadas, houve 01 recusa e, por fim 60 participaram da pesquisa.

Para as 60 participantes, houve a necessidade de realizar mais de uma ligação telefônica, tendo em vista que as ligações não foram atendidas porque as puérperas se encontravam no horário de trabalho ou ausente de suas residências. Foram realizadas 158 ligações telefônicas, 98 não atendidas em várias tentativas ou desconsideradas por número errado ou caixa postal. Não houve desistência.

Inicialmente, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista face a face, tendo sido realizadas 10 entrevistas nessa modalidade. As unidades, classificadas como UBS, não dispõem Agente Comunitário de Saúde e, assim, as usuárias não estão habituadas a receber visitas de profissionais de saúde, o que gerou dificuldades no primeiro contato com as puérperas. Além disso, muitas mulheres cadastradas nas UBS moram em outro bairro, o que impossibilitou a visita domiciliar e a coleta de dados face a face. Portanto, foi necessário adotar nova estratégia, optando-se por realizar ligações telefônicas para todas as demais puérperas. A coleta seguiu a seguinte ordem:

- a) Inicialmente o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- b) A pesquisadora recebeu autorização da Secretaria de Saúde do município e lista de puérperas das 30 unidades de saúde. Por disponibilizar um dos maiores fluxos de gestantes cadastradas do município, a UBS Vila Aparecida foi a primeira selecionada. A partir da sua localização, delimitou-se o território de cenário do estudo, selecionando as unidades UBS Vila São Vicente, UBS Vila Bianchi e EACS Toró. A pesquisadora visitou as Unidades de Saúde selecionadas, reuniu-se com as respectivas gerentes e, após conversa sobre o perfil epidemiológico da unidade, verificou-se o número de gestantes cadastradas em cada uma delas.
- c) As gerentes entregaram à pesquisadora uma planilha com os seguintes dados: nome da usuária, endereço, telefone e data do parto.
- d) Foram selecionadas para participar da pesquisa as mulheres que tiveram parto a partir de janeiro de 2018, independentemente da via de parto e de terem recebido visitas de profissionais de saúde.
- e) As mulheres elegíveis foram convidadas a participar do estudo, tendo sido explicado os objetivos da pesquisa. Após o aceite e com o consentimento da puérpera, foi realizada a entrevista.
- f) As entrevistas foram conduzidas de acordo com o formulário (APÊNDICE D) elaborado pela pesquisadora e tiveram a duração de aproximadamente 20 minutos. Em alguns casos, as entrevistas se prolongaram dado o interesse da participante pelo assunto como também sobre os MACs.

4.5 INSTRUMENTO

O instrumento estruturado foi elaborado e hospedado na plataforma digital *Google Forms* e aplicado à entrevistada através do uso de *tablet* com chip da operadora VIVO com internet 3G. O instrumento foi pré-testado com cinco puérperas selecionadas pela pesquisadora, usuárias do SUS ou não, pertencentes a unidades de saúde diferentes daquelas selecionadas para a coleta de dados. Depois de realizado o pré-teste, algumas perguntas passaram por alterações em relação à estrutura e, em alguns casos, com alteração da

linguagem utilizada, com adaptação para linguagem coloquial, sem alteração do conteúdo. O pré-teste foi aplicado por meio de entrevista face a face conduzido pela pesquisadora.

Nesta pesquisa considerou-se o período de puerpério definido por Mello e Neme (1994), que consideram seu início a partir da dequitação e, seu término assim que o corpo retoma ao seu estado pré-gravídico– em torno de oito meses a um ano, quando a mulher poderá estar apta a engravidar.

Para compor as questões e ordenar os MACs citados no instrumento de acordo com sua classificação em relação às suas respectivas eficácias, utilizou-se as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Eficácia dos MAC segundo OMS, 2011.

Alta eficácia Menos de 01 gravidez por 100 mulheres/ano	Reversíveis		Permanentes		
	Implante 0,05%	DIU LNG 0,2% Copper T 0,8%	Esterilização masculina 0,15%	Esterilização feminina 0,5%	
Reversíveis					
Média eficácia 6-12 gestações por 100 mulheres/ano	Injetável 6%	Pílula 9%	Adesivo 9%	Anel vaginal 9%	Diafragma 12%
Baixa eficácia 18 ou mais gestações por 100 mulheres/ano	Preservativo masculino 18%	Preservativo feminino 21%	Coito interrompido 22%	Esponja 24% multíparas 12% nulíparas	
	Tabelinha 24%	Espermicida 28%			

Adapted from World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397–404.

4.5.1 Variáveis

As variáveis coletadas por meio do instrumento foram:

Características sociodemográficas: Idade (anos completos); Religião (nenhuma, católica, evangélica, espírita, afro-brasileira, adventista e outras, após a coleta de dados as repostas forma reduzidas a nenhuma, católica e evangélica); Cor da pele (branca, preta, parda, amarela e indígena. Posteriormente as respostas foram agrupadas em branca, preta e parda); Escolaridade (não estudou, EF incompleto, EF completo, EM completo, EM incompleto, ES completo, ES incompleto); Atividade remunerada (não ou sim); Situação conjugal (unida ou não); Vive com parceiro (não ou sim); Escolaridade do parceiro (não estudou, EF completo,

EM completo, EM incompleto, ES completo, ES incompleto); Convênio/plano de saúde (não ou sim).

História Reprodutiva: Idade da Menarca; Idade da primeira relação sexual; Número de parceiros; Utilização de MAC; Intenção de engravidar.

História da Última Gestação e Pré-natal: Número de gestações (1-2, 3-4, 4 ou mais); Idade da primeira gestação (anos completos, posteriormente dividido em: 14-21, 22-28 e 29-36 anos); Abortamento (número (1, 2 ou mais), espontâneo (não/sim), provocado(não/sim), espontâneo+provocado(não/sim); aplicado LMUP para conhecer o planejamento da gravidez do casal; Uso de MAC antes de engravidar; Pré-natal (não/sim); Local do pré-natal, Número de consultas, início do pré-natal (em meses); Orientação de MAC no pré-natal; Orientação do DIU no pré-natal. O LMUP (London Measure of Unplanned Pregnancy - versão Brasil) (BORGES et al., 2016) é um instrumento que mensura o planejamento da gravidez, independente do resultado da gestação, podendo ser usado retrospectivamente. O instrumento possui questões distribuídas em três áreas: intencionalidade (desejo de se tornar mãe e intenção expressa de engravidar), contexto (influência ou não do parceiro e das circunstâncias pessoais, como recursos materiais, etapa da vida pessoal e tipo de relacionamento afetivo-amoroso) e comportamento (uso de métodos contraceptivos e preparo pré-concepcional para uma gravidez, como a ingestão de ácido fólico, adoção de dieta mais saudável ou diminuição do tabagismo, entre outros) (BARRET et al., 2004).

História do Parto: Data/local; Idade Gestacional no parto; Tipo de parto; Orientação de MAC no hospital; Prescrição de MAC no hospital; Orientação do DIU no hospital.

Puerpério: Atendimento pós-alta hospitalar; Visita Domiciliária (VD) de profissional de saúde (qual profissional a visitou, quantos dias após o parto foi realizada a visita e orientação a respeito de MAC); Orientação de MAC na VD; Orientação do DIU na VD.

Consulta do RN: Primeira consulta do Recém-nascido (quanto tempo após o parto, qual profissional a realizou); Orientação de MAC na consulta do RN; Amamentação exclusiva; Solicitação de orientação ao profissional a respeito do MAC; Orientação do DIU na consulta do RN.

Puerpério - Consulta de Pós-parto: Solicitação de orientação ao profissional a respeito do MAC; Prescrição de MAC na consulta de pós-parto; Retorno às relações sexuais no puerpério (dias); Utilização de MAC no puerpério; Auxílio do parceiro na escolha do MAC; Onde adquiriu o método; Satisfação em relação ao MAC utilizado; Necessidade/curiosidade de utilizar outro MAC.

Informações sobre o DIU: Busca de informações nos meios de comunicação (internet, tv, jornal, revistas) e profissionais de saúde; Utilização do DIU (se já usou, se tem vontade de utilizar e se está utilizando); Disponibilização gratuita do DIU no SUS; Oferecimento do DIU no pós-parto imediato (se a mulher concordaria em inserir o DIU naquele momento).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas geradas na plataforma *Google Forms* deram origem ao banco de dados sendo convertido em códigos numéricos e lançados em planilha Excel. Os resultados estão apresentados na forma descritiva por meio de números absolutos e proporções. Os resultados do LMUP estão apresentados com análise realizada através do software Stata, versão 15. A classificação quanto ao planejamento da gravidez é obtida pela somatória de pontos de cada questão. Mulheres que obtiveram entre 10 e 12 pontos são classificadas como tendo (ou ter tido) uma gravidez planejada; entre 0 e 3 pontos como gravidez não planejada e entre 4 e 9 pontos como ambivalentes (BARRET et al., 2004).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAEE 2.901.278) e pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Bragança Paulista.

O projeto foi desenvolvido de acordo com as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, respeitando todos os aspectos sobre sigilo, confiabilidade das informações e direito de escolha à participação na pesquisa, em especial proteção devida aos participantes, considerando e satisfazendo as diretrizes sobre benefícios e possíveis riscos de participação,

bem como a liberdade de escolha de participação e de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou dano à ao participante.

Para as dez participantes cujas entrevistas ocorreram face a face, o TCLE (apêndice A) foi lido e explicado, sendo que todas concordaram em participar da pesquisa. Para as 50 puérperas cuja entrevista foi realizada por ligação telefônica o TCLE foi lido e explicado integralmente havendo concordância em participar por esta via de contato.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Foram entrevistadas 60 puérperas que tiveram filho no ano de 2018 sendo 17 da UBS Vila Aparecida, 20 da UBS Toró, 07 da UBS Vila Bianchi e 16 da UBS São Vicente.

A amostra foi constituída de 85 participantes elegíveis entre as quatro Unidades de Saúde selecionadas. Após várias tentativas de contato telefônico, não atendimento, inconsistência na informação do número telefônico e 01 recusa, 24 mulheres foram excluídas da pesquisa. Assim, este estudo contou com 60 participantes.

A média de idade foi 28 anos, 38,3% eram católicas, 70% cor branca autodeclarada, 70% cursaram o Ensino Médio, 73,3% declararam não ter atividade remunerada, 91,6% eram unidas (dessas, 90% viviam com o parceiro) e 98,3% não possuíam convênio médico. A menarca ocorreu entre 9 e 12 anos para 58,3% das mulheres, a maioria (96,6%), teve a primeira relação sexual entre 13 a 19 anos; 88,3% tiveram até 5 parceiros na vida; 63,3% engravidaram pela primeira gravidez entre 14 e 20 anos; 36,6% eram múltiparas, com três filhos e 18,3% relataram aborto anterior, sem especificar se induzido ou espontâneo. Em relação à atenção à saúde, 96,6% das participantes realizaram sete consultas de pré-natal ou mais.

Conforme critério de inclusão, a idade média do último filho era menor que doze meses de vida, ou seja, 55% tinham entre 1-4 meses de idade e 38,3% tinham até 8 meses. Quanto ao planejamento da gravidez, 31,7% foram classificadas como tendo gravidez planejada, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1- Número e proporção de puérperas segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e história reprodutiva. Bragança Paulista, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	Características sócio-demográficas	
	n	%
Idade (anos)		
17 - 24	19	31,6
25 - 34	29	48,3
35 ou mais	12	20,0
Religião		
Nenhuma	18	30,0
Católica	23	38,3

Variáveis	Características sócio-demográficas	
	n	%
Evangélica	17	28,3
Outras	2	3,3
Cor declarada		
Branca	42	70,0
Não branca	18	30,0
Escolaridade		
Não estudou	1	1,6
Ensino Fundamental	11	18,3
Ensino Médio	42	70,0
Ensino Superior	6	10,0
Renda Própria		
Não	44	73,3
Sim	16	26,6
Unida		
Não	5	8,3
Sim	55	91,6
Mora com parceiro*		
Não	3	5,0
Sim	54	90,0
Não respondeu	3	5,0
Plano de Saúde		
Não	59	98,3
Sim	1	1,6
Menarca (anos)		
8 - 12	35	58,3
13 - 16	25	41,6
Sexarca (anos)		
13 - 15	29	48,3
16 - 19	29	48,3
20 ou mais	2	3,3
Número de parceiros		
1 - 5	53	88,3
6 - 10	6	10
10 ou mais	1	1,6
Idade na 1ª gestação		

Variáveis	Características sócio-demográficas	
	n	%
14 - 20	38	63,3
21 - 27	15	25
28 - 33	6	10
34 ou mais	1	1,6
Paridade		
1 filho	12	20
2 filhos	18	30
3 filhos	22	36,6
4 ou mais	8	13,3
Aborto anterior		
Não	49	81,6
Sim	11	18,3
Pré-natal na última gestação*		
Não	1	1,6
Sim	58	96,6
Local do pré-natal**		
UBS	59	98,3
Hospital	1	1,6
Convênio	2	3,3
Idade do último filho (meses)		
1 - 4	33	55,0
5 - 8	23	38,3
9 - 12	4	6,6
Planejamento da gravidez		
Não planejada	17	28,3
Ambivalente	24	40,0
Planejada	19	31,7
Total	60	100%

Quanto à orientação sobre MAC realizada por profissional médico ou enfermeiro(a), observou-se que o médico orientou 13,3% das gestantes no pré-natal; 26,7% durante a consulta de puerpério e 88,3% durante a consulta do RN. O(a) enfermeiro(a) orientou 5% das gestantes no pré-natal; 13,3% durante a visita domiciliar; 10% durante a consulta de RN. Dentre as Unidades de Saúde do cenário do estudo, somente a UBS São Vicente disponibiliza

visita domiciliar realizada pelo enfermeiro(a), o que não é mostrado em Tabela. No que concerne à orientação realizada durante a internação hospitalar para o parto, 3,3% das puérperas receberam orientação, sendo igualmente do médico e do(a) enfermeiro(a)

Sobre os MAC orientados, verificou-se que os mais citados pelos profissionais durante o pré-natal foram a pílula (13,5%), o preservativo masculino (6,8%) e o DIU (5,0%). Durante a internação para o parto, citou-se o DIU, esterilização feminina e a pílula na proporção de 1,7%, igualmente. Na visita domiciliar, o DIU e a pílula representaram 1,7%; na consulta do puerpério, a pílula representou 20% e, na consulta do RN, observou-se que a orientação alcançou 18,3% para a pílula, 6,0% para injetável e 3,3% para esterilização feminina, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Número e proporção de mulheres orientadas sobre métodos contraceptivos para o período pós-parto. Bragança Paulista, SP, Brasil, 2018.

(continua)

Variáveis	Pré-natal		Internação hospitalar para o parto		Visita Domiciliar		Consulta de puerpério		Consulta do recém-nascido	
	sim		sim		sim		sim		sim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Orientação profissional										
Médico	8	13,3	2	3,3	-	-	16	26,7	53	88,3
Enfermeira	3	5	2	3,3	8	13,3	-	-	6	10
Orientação sobre MAC										
Implante	1	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-
DIU	3	5,0	1	1,7	1	1,7	-	-	1	1,7
Esterilização masculina	2	3,3	1	1,7	-	-	-	-	1	1,7
Esterilização feminina	4	6,8	-	-	-	-	-	-	2	3,3
Injetável	5	8,5	-	-	-	-	8	13,3	4	6,6
Pílula	8	13,5	1	1,7	1	1,7	12	20,0	11	18,3
Adesivo	1	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Anel vaginal	1	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Diafragma	1	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Preservativo masculino	4	6,8	-	-	-	-	-	-	1	1,7

(continuação)

Variáveis	Pré-natal		Internação hospitalar para o parto		Visita Domiciliar		Consulta de puerpério		Consulta do recém-nascido	
	sim		sim		sim		sim		sim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Preservativo feminino	2	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Coito interrompido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esponja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabelinha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espermicida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MAC indicado/ prescrito										
Pílula	-	-	1	1,7	-	-	-	-	-	-
Injetável	-	-	1	1,7	-	-	-	-	-	-

*algumas mulheres não responderam **houve mais de uma resposta por participante

Em relação à orientação sobre o DIU no ciclo gravídico-puerperal, para 5% o DIU foi mencionado como opção para puerpério e para 1,7% foi mencionado durante a internação para o parto. Nas demais situações, como visita domiciliar e consulta pós-parto, o DIU não foi citado como MAC que pode ser utilizado no puerpério pelos profissionais que assistiram as mulheres participantes desta pesquisa. Importante salientar que dentre as UBS participante do estudo, somente a UBS São Vicente disponibiliza o serviço de atendimento de VD por profissional enfermeiro.

Tabela 3 – Número e proporção de mulheres orientadas sobre o DIU no ciclo gravídico-puerperal. Bragança Paulista, SP, Brasil, 2018.

(continua)

Variáveis	Orientação sobre o DIU	
	n	%
DIU foi mencionado como MAC para puerpério durante a consulta pré-natal*	3	5,0
DIU foi mencionado como MAC para puerpério durante a hospitalização para o parto*	1	1,7
DIU foi mencionado como MAC para puerpério durante VD *	-	-
DIU foi mencionado como MAC para puerpério durante consulta pós-parto*	-	-

*algumas mulheres não responderam

A maioria das puérperas usava método contraceptivo quando entrevistadas, porém desejava utilizar outro MAC, demonstrando preferência pelos métodos de alta eficácia, especialmente o DIU e esterilização feminina, conforme Tabela 4.

Quando questionadas em relação à satisfação do uso do MAC atual, 51,7% das puérperas demonstraram-se insatisfeitas com o método que estão utilizando, e destas, 26,7% não soube opinar.

Tabela 4 – Número e proporção de puérperas em uso de MAC, satisfeitas com o método e com preferência por outros contraceptivos. Bragança Paulista, SP, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Usa MAC		
Não	7	11,6
Sim	53	88,3
Satisfação com MAC atual**		
Não	15	25,0
Sim	22	36,6
Não sabe	16	26,7
Não respondeu	7	11,7
Desejo em utilizar outro MAC*		
Não	12	20,1
Sim	40	66,6
Não sabe	5	8,3
Não respondeu	3	5
MAC preferido**		
DIU	24	40,0
Laqueadura	13	21,6
Anticoncepcional Injetável	9	15,0
Vasectomia	8	13,3
Preservativo Masculino	6	10,0
Pílula	5	8,3
Implante	1	1,7
Coito interrompido	1	1,7
Pílula do dia seguinte	2	3,3
Total	60*	100

*algumas mulheres não responderam **houve mais de uma resposta por participante

Chama atenção o elevado percentual de mulheres que nunca utilizaram o DIU como método contraceptivo (93,3%) e a relação de mulheres que gostaria de utilizá-lo a partir do momento

do parto (63,3%). Quando questionadas a respeito do DIU, 55% das puérperas referiram não ter conhecimento de que o método é disponibilizado gratuitamente pelo SUS.

Tabela 5 – Número e proporção de puérperas que tem conhecimento sobre a disponibilidade do DIU no SUS e proporção de utilização do MAC, Bragança Paulista, SP, Brasil, 2018.

Variáveis		
	n	%
Sabe que o DIU é disponibilizado no SUS		
Não	33	55,0
Sim	27	45,0
Já utilizou DIU		
Não	56	93,3
Sim	4	6,6
Usaria DIU se fosse oferecido no hospital		
Não	12	20
Sim	38	63,3
Não sabe	10	16,7
Total	60	100

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Este estudo contemplou a oferta de aconselhamento sobre métodos contraceptivos, especialmente o DIU, para puérperas entre 17 e 40 anos, com o mínimo de 30 dias e máximo de 12 meses pós-parto, filho vivo, não hospitalizado. A minoria das puérperas recebeu aconselhamento profissional sobre métodos contraceptivos de média e baixa eficácia durante o pré-natal, parto e puerpério. Observou-se que, em todas as oportunidades de aconselhamento, o método fortemente indicado pelos profissionais foi a pílula. Dentre as puérperas que usavam algum método contraceptivo, mais da metade não tinha conhecimento que o DIU é um método recomendado para o puerpério e que está disponibilizado gratuitamente pelo SUS. Uma proporção razoável revelou que optaria pelo uso do DIU se esse método tivesse sido ofertado durante a internação para o parto.

As participantes deste estudo eram, na sua maioria, brancas, escolarizadas, unidas e viviam com o parceiro. 80% das participantes deste estudo possuíam ensino médio e superior, fato que merece destaque e evidencia que a escolaridade não é fator limitante para o empoderamento e certeza da escolha do MAC.

De acordo com o IBGE (2010), 47,8% das mulheres brasileiras nesta faixa etária não frequentaram a escola ou concluíram o ensino fundamental e cerca de metade da população tinha união estável. Segundo os dados da PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE 2018), em 2016, a frequência escolar líquida (proporção de pessoas que frequentam escola no nível de ensino adequado a sua faixa etária) para o ensino médio entre as mulheres foi 86% para mulheres brancas e 74,9% para mulheres pretas ou pardas. No entanto, na faixa de 25 anos, o nível de instrução da população feminina que possuía Ensino Fundamental completo e Ensino Médio incompleto atingiu somente 12,7% das mulheres brasileiras (IBGE, 2018). Isso demonstra que as mulheres deste estudo não representam necessariamente as mulheres brasileiras, por se tratar de residentes de um município do interior de São Paulo e com IDH diferente ao da capital, São Paulo, e do resto do país (IBGE, 2018).

Estudos revelam lacunas de atendimento no que diz respeito à assistência de planejamento reprodutivo dedicada às puérperas (ARAÚJO, 2017; MOORE et al., 2015; PARREIRA et al., 2010). Nesse sentido, identificamos alto percentual de mulheres que não receberam informação sobre uso de MAC no puerpério, limitando a escolha assertiva dos métodos de alta eficácia, como o DIU.

O DIU de cobre está disponível no SUS, à disposição no município deste estudo, conhecido por profissionais de saúde, de divulgação escassa e orientação ineficiente, por isso pouco demandado pelas usuárias, o que o torna consequentemente um método de baixa utilização. Apesar de ser o método contraceptivo reversível mais utilizado no mundo (KANESHIRO e AEBY, 2010), é pouco utilizado no Brasil. Segundo Araújo (2017) o nível de conhecimento é fator determinante para seu uso e, portanto está relacionado à pouca utilização.

Uma parcela significativa das mulheres entrevistadas gostaria de utilizar o DIU e aceitariam colocá-lo no momento da internação hospitalar para o parto, se tivesse sido ofertado (dado não mostrado nos Resultados). Esse dado difere um pouco do estudo realizado por Araújo (2017), que verificou que menos da metade das mulheres usuárias de UBS teriam interesse em usar o DIU, pois consideravam que “o DIU é abortivo” e “o DIU é menos eficaz que a pílula”. Assim, o fato do DIU ter sido pouco mencionado nas orientações sobre contracepção no puerpério parece mostrar que pouco tem se investido no estímulo ao seu uso, que deve estar centrado na ampliação do conhecimento sobre suas indicações, eficácia e mecanismo de ação.

Para tanto, Gonzaga (2016) retratou os diversos obstáculos de acesso ao DIU e considerou como barreira organizacional o excesso de critérios para inserção do dispositivo; o conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre seus mecanismos de ação; exclusividade do profissional médico para sua inserção. Todas essas barreiras espelham nossos resultados, acrescentadas por fatores culturais como os mitos e tabus acerca do DIU, crença na baixa eficácia, receio de efeitos colaterais e desconhecimento de que este método pode ser utilizado no pós-parto. Essas condições contribuem, de forma significativa, para a baixa frequência do uso do DIU restando às mulheres a optarem por MAC como pílula ou camisinha em razão das dificuldades de acesso a métodos de alta eficácia.

Heilborn (2009) atribui que a pílula é o método mais conhecido e utilizado, justificado como “mais fácil” de usar e de se obter. Mesmo que as usuárias de pílula estejam mais vulneráveis a descontinuar o uso do método, às falhas ou efeitos colaterais, a segurança em utilizar um MAC conhecido e socialmente aceito e difundido faz com que a pílula seja eleita pelas puérperas, que dificilmente desejam experimentar outro método mais eficaz e de longa duração.

Nesse sentido, o Projeto CHOICE (SECURA et al., 2010) procurou reduzir as gravidezes indesejadas removendo barreiras de custo, educação e acesso a contraceptivos altamente eficazes. Foi um estudo de coorte prospectivo de mais de 9.000 mulheres de 14 a 45 anos de idade que receberam aconselhamento contraceptivo escalonado para aumentar a conscientização sobre todos os métodos reversíveis disponíveis, particularmente os LARC, em que 75% dos participantes do estudo escolheram um dos três métodos LARC (46% escolheram o DIU com levonorgestrel, 12% escolheram o DIU de cobre e 17% o implante subdérmico)

Em 2013, a Índia revitalizou os serviços de planejamento familiar e reprodutivo criando o programa *Postpartum Intrauterine Contraceptive Device* (PPIUCD) onde enfermeiras e parteiras foram treinadas para a inserção do DIU. O programa concluiu que o compartilhamento de tarefas entre os profissionais médicos, enfermeiras e parteiras contribuiu para melhoria significativa na prestação de serviço e grau de satisfação das mulheres, aumentando, consequentemente, o acesso aos MAC e aos serviços fornecidos pelo programa (YADAV et al., 2016).

Com o intuito de aumentar a disponibilização do DIU no Brasil, o Ministério da Saúde (MS, 2017) divulgou, em março de 2017, a iniciativa de estratégia complementar e ação de planejamento reprodutivo da atenção básica a fim de aumentar a disponibilização do método, sobretudo aprovando e incentivando a implantação do DIU de cobre no pós-parto (APP – Atenção ao Pós-parto) e pós-abortamento (APA- Atenção Pós abortamento) imediato. Sendo assim, as maternidades devem ofertar a inserção do DIU no APP, APA bem como em outras situações. (PORTARIA Nº 3.265, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2017). No entanto, a oferta do DIU no período pós-parto observada neste estudo foi praticamente inexistente, o que mostra que há ainda muito a avançar para que as maternidades contem com a oferta e inserção do DIU em sua rotina de atenção ao parto e puerpério. Além disso, cabe ressaltar que apesar da nova diretriz que habilita o profissional enfermeiro e obstetriz para a inserção do DIU nos serviços de saúde, ainda há a necessidade de promover treinamentos destes profissionais para o procedimento.

No ano de 2018, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018) divulgou documento de recomendações para a implantação de estratégias de contracepção de métodos LARC, considerando que estes métodos devem ser ofertados às puérperas durante as consultas pré-natal, na sala de parto após a expulsão da placenta para

partos vaginais e após a remoção da placenta para partos cirúrgicos, como opção eficaz e segura. Criou o programa *Postpartum Contraceptive Access Initiative* (PCAI) para melhorar e garantir que no pós-parto, todas as mulheres tenham acesso aos LARCs antes de deixar o hospital, fomentando treinamentos para os profissionais de saúde.

Todas as participantes deste estudo tiveram atendimento do profissional médico ou enfermeiro durante o pré-natal, na internação hospitalar para o parto, na consulta de puerpério, consulta do RN e visita domiciliária. Dentre todas estas oportunidades, a consulta de puerpério e consulta do RN destaca-se como o momento de aconselhamento e oferta de método contraceptivo realizado pelo médico, preferencialmente com indicação da pílula anticoncepcional seguido do anticoncepcional injetável e esterilização feminina. O DIU foi ofertado para apenas uma puérpera.

Os resultados explanam a qualidade do atendimento disponibilizado às puérperas de uma pequena parcela da população, no entanto é fato que as ações de planejamento reprodutivo necessitam ser atualizadas e adequadas à realidade dos serviços de acordo com a demanda das usuárias; os resultados evidenciam que momento mais pertinente para realizar orientação dos MAC disponíveis para o puerpério é durante as consultas de pré-natal, quando a mulher está interessada no planejamento familiar e principalmente, por frequentar o serviço de saúde mensalmente. É importante que o profissional responsável pelo atendimento pré-natal forneça um local de escuta para a gestante e promova escuta qualificada, isenta de julgamentos e enriquecida com informações de qualidade.

A visita domiciliária fornece um excelente momento para realização desta escuta, bem como local apropriado para gerar discussões sobre planejamento reprodutivo, visto que na VD a relação estabelecida entre os pares é horizontal, não havendo relação de subordinação entre profissional e usuário, torna-se ocasião da produção de cuidados apropriados.

Embora, grande parte das puérperas estivesse em uso de contraceptivo, a maioria não estava ou não sabia referir se estavam satisfeitas com método que usavam, demonstrando desejo em utilizar outro método, apontando preferencialmente para o DIU e a laqueadura, ou seja, a necessidade de um método de longa duração ou até mesmo permanente.

No que diz respeito relação de satisfação do uso do MAC atual, 51,7% das puérperas demonstraram-se insatisfeitas com o método que estão utilizando, e destas, 26,7% não soube opinar, demonstrando que somente a satisfação não é critério para utilização ou substituição por outro MAC.

Falhas de acesso e fornecimento estão entre as razões mais citadas nos países de baixa e média renda para demanda não atendida, não uso e descontinuação da contracepção (SEDGH, HUSSAIN, 2014).

Portanto, é imperativo vislumbrar as fragilidades do sistema de saúde a fim de que possa ofertar, às puérperas, métodos contraceptivos de alta eficácia ou que atendam suas necessidades contraceptivas.

Destaca-se o empenho do Ministério da Saúde em viabilizar o uso do DIU aumentando a disponibilização do método e, sobretudo aprovando e incentivando a implantação do DIU de cobre no pós-parto (APP).

Considera-se urgente investir na capacitação do DIU para os enfermeiros bem como se espera que os conteúdos curriculares dos cursos de enfermagem incentivem discussões sobre as competências legais do profissional, a fim de as puérperas possam usufruir de métodos contraceptivos de qualidade, seguros e de alta eficácia.

Há várias limitações neste estudo. Uma delas é que se trata de um estudo quantitativo com amostra não probabilística e com número reduzido de mulheres no puerpério. Isso significa que os dados não podem ser generalizados às puérperas brasileiras, embora nossos achados tenham revelado que a atenção em contracepção às puérperas, especialmente a oferta do DIU, é ainda incipiente. Também cabe salientar que a falta de acompanhamento da pesquisadora nas visitas domiciliárias por um profissional pertencente a UBS para a coleta de dados foi fator limitante no estudo. Outra limitação diz respeito ao fato de não ter sido prevista qualquer coleta de dados sobre os serviços de saúde, como número de profissionais treinados para oferta e inserção do DIU nas várias instâncias da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, bem como se o DIU de cobre estava disponível.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Este estudo atingiu plenamente seus objetivos, pois permitiu conhecer a oferta de aconselhamento contraceptivo e insumos para puérperas durante a realização do pré-natal, parto e puerpério. Também permitiu observar que a oferta de aconselhamento contraceptivo está centrada no profissional médico, atuação limitada do profissional enfermeiro, refletindo na restrição da escolha e no grau de satisfação das puérperas.

De fato, a oferta de métodos contraceptivos no puerpério é incipiente, estando centrada em métodos de curta duração, como a pílula, e não no DIU, mais eficaz e de longa duração. Um terço das puérperas estavam insatisfeitas com o método que estavam usando, sendo que uma proporção razoável escolheria usar o DIU. Dessa forma, o estudo parece mostrar que a preferência e necessidade por métodos contraceptivos está desconectada do que os serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério estão ofertando.

PRODUTO

8. PRODUTO

A partir da aplicação do instrumento da coleta de dados foi possível criar o produto de acordo com as dúvidas sobre o DIU apresentadas pelas entrevistadas. Assim, foi realizada uma síntese das principais informações a respeito do dispositivo em forma de imagens autoexplicativas e dinâmicas, em linguagem informal e acessível à população, para serem divulgadas em mídias sociais e aplicativo de mensagem instantânea. O produto foi criado e proposto aos gestores de saúde para utilizarem como material informativo e explicativo destinado principalmente às gestantes e puérperas.

PRODUTO FINAL: IMAGENS PARA DIVULGAÇÃO

9. PRODUTO FINAL: IMAGENS PARA DIVULGAÇÃO

APRESENTAÇÃO DO MAC: DIU

DIU

Você sabia?

DIU
T380 DE COBRE

este DIU está disponível para você no
SUS!

Métodos Contraceptivos

Você sabia?

nenhum método contraceptivo é 100% eficaz!

o DIU de Cobre é um dos melhores métodos
para evitar uma gestação

DIU de Cobre

Você sabia?

o DIU é um método contraceptivo
de longa duração.
Você pode usar por até 10 anos!

DIU de Cobre

Você sabia?

a contracepção de longo prazo é uma escolha
adequada para mulheres de diferentes idades
que não querem engravidar

DIU de Cobre

Você sabia?

somente 1 a cada 100 mulheres
poderá engravidar usando o DIU

9 em cada 100 mulheres poderá engravidar usando pílula

DIU de Cobre

Você sabia?

o DIU pode ser colocado por enfermeira(o)
ou médica(o).

não é necessário anestesia e internação hospitalar
para colocar o DIU

DIU de Cobre

Você sabia?

o DIU de Cobre te deixa protegida
contra uma gravidez assim que é
inserido no útero

DIU de Cobre

Você sabia?

o DIU de Cobre pode ser colocado
logo após o parto, seja parto normal
ou cesárea!

DIU de Cobre

Você sabia?

não é necessário esperar a menstruação
pós-parto para colocar o DIU!

o DIU pode ser inserido dentro das
48h após o parto ou 4 semanas depois

DIU de Cobre

Você sabia?

o DIU de Cobre não
interfere na amamentação

pode ser usado enquanto você amamenta
sem problema algum para você ou para seu bebê

DIU: VANTAGENS E DESVANTAGENS

DIU de Cobre

Você sabia?

te protege de uma gravidez 24h por dia!

DIU de Cobre

Você sabia?

o DIU é inserido dentro do útero e não atrapalha na relação sexual.

DIU de Cobre

Você sabia?

não contém hormônios

para algumas mulheres o DIU pode aumentar
o fluxo menstrual e a duração do ciclo

DIU de Cobre

Você sabia?

não causa aumento de peso ou inchaço
porque não contém hormônios

DIU de Cobre

Você sabia?

o DIU não protege contra infecção do vírus HIV/
AIDS e outras doenças sexualmente
transmissíveis (DSTs)

por isso a camisinha deve ser usada nas relações sexuais

DIU de Cobre

Você sabia?

para algumas mulheres o DIU pode se
deslocar ou ser expulso

REFERÊNCIAS

9. REFERÊNCIAS

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists. Womens health care physicians. Committee Opinion. N 670 August 2016 (reaffirmed 2018). Committee on Obstetric Practice.

Alves M.L.P. Adequação da atenção à saúde da mulher e da criança no município do Paudalho segundo olhar da Rede Cegonha [plano de intervenção]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [Internet]. Jun 2011; 27(nº 6): 1053-1064. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>.

Araújo KS. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Bahamondes L. A escolha do método contraceptivo. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. Maio de 2006 [citado em julho de 2018]; 28 (5): 267-270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000500001>.

Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. J Epidemiol Community Health 2004; 58 (5):426-33.)

Barros, S. M. O.; Marin, H. F.; Abrão, A. C. F.V. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. 1. ed. São Paulo: Roca Ltda, 2002. Cap.5. Assistência de Enfermagem no Período Puerperal. p. 212-253.

Berquó E, Lima LP. Intenções reprodutivas e planejamento da fecundidade. In PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [relatório]. Brasília, Distrito Federal; 2008:195-206.

Blanco, M.N., Taquette, S.R., Monteiro D.L.M., Miranda F.R.D., 2014. Postnatal and Postabortion Care during Adolescence in the National Health System in Rio de Janeiro, Brazil. International Journal of Gynecology & Obstetrics 126, 126–29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.016>.

Borges AL, Barrett G, Dos Santos OA, Nascimento N de C, Cavallieri FB, Fujimori E. Evaluation of the psychometric properties of the London Measure of Unplanned Pregnancy in Brazilian Portuguese. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Aug 24;16:244.

Borges ALV, dos Santos AO, Fujimori, E. Concordance between intention to use and current use of contraceptives among six-month postpartum women in Brazil: The role of unplanned pregnancy. Midwifery. 2018 [cited 2018 Jan 17] V 56, 94-101. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.015>

Boza Jimenez EJ, Krajden ML, Uhlig RFS, Cavalcanti AM. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Planejamento Familiar – Programa Mãe Curitibana. 3a ed 98p Dez 2005. Prefeitura Municipal de Curitiba. Disponível em: <
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_da_mulher/mulher_007.pdf>.

Brasil. Lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996 da Constituição Federal do Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 maio 21; Seção 1:6

Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Pagina 35-36.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Pagina 35-36.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: jul,2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Buyer. Bula Mirena. Endoceptivo (SIU – Sistema Intrauterino) – 52 mg Levonorgestrel. Anvisa. 2017. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=18774942017&pIdAnexo=9283077> [citado 28 out 2017];

Cecatti José Guilherme, Araújo Ademilza Siqueira, Osis Maria José, Santos Luiz Carlos, Fagundes Aníbal. Introdução da lactação e amenorréia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2004 June [cited 2018 Dec 28] ; 4(2): 159-169. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000200006>.

Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. Contraception 2004; 69: 279-82. DOI: 10.1016 / j.contracepção.2003.12.004.

Centers for Disease Control and Prevention. Adapted from World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397–404.

Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. [Internet]. Lancet. 2012[cited 2017 Jul 10];380(9837):56-149. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60609-6.

Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº17/2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html>.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Orientação Fundamentada nº060/2016. São Paulo: Câmara Técnica; 2016. Disponível em:< <http://portal.coren-sp.gov.br/>>

Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério [Internet] Cad. Saúde Pública. 2017;v 33 n.3: e00136215. [citado em 2 out 2017] <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215>

Costa Maria Cristina Guimarães da. Puerpério: a ambivalência das estratégias para o cuidado [dissertação]. Ribeirão Preto; 2001 [citado 2017-08-15]. Doi: 10.11606/D.22.2001.tde-28082006-163012.

de Castro, ME, Vasconcelos Moura, MA, Sales da Silva, LM. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2010;11:72-81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973008>

Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Saúde Pública 2008;42(2):383-7. DOI: 10.1590/S0034-89102008000200029

dos Santos SMP, Santos LV, Rodrigues JO, Lira LS, de Souza LB, da Silva UB. Acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [citado em 3 nov 2017];21(1)(01-10).

Enderle Cleci de Fátima, Kerber Nalú Pereira da Costa, Lunardi Valéria Lerch, Nobre Camila Magroski Goulart, Luiza Mattos, Rodrigues Eloisa Fonseca. Restrições e / ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 junho [citado em 2018 02 de out]; 21 (3): 719-725. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300010>.

Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem; c2009-2012. Atualizada em: 7 jan. 2018. [Citada em: 15 de outubro 2017] Comitê de Ética em Pesquisa [1 p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/91/54>.

Faculty of Sexual e reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians e Gynecologists. Critérios Médicos de Elegibilidade do Reino Unido para Uso de Anticoncepcionais.2016.

Febrasgo. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação: Anticoncepção. 2010.

Giordano MV, Giordano LA, Panisset KS. Dispositivo intrauterino de cobre. Copper intrauterine device.Femina 2015. V 43 suppl.1 p-15-20.

Godinho C, Lopes J. Contracepção no pós-parto. Lisboa. Arquivo Maternidade Dr. Alfredo da Costa 2001 Dez; 17 (2): 111-115. Citado em 17 de janeiro. 2018.Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/951>.

Gonzaga VAS. Barreiras organizacionais para disponibilização do dispositivo intrauterino nos serviços de Atenção Básica à Saúde (macrorregião Sul de Minas Gerais) [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;2016.

Heilborn Maria Luiza, Portella Ana Paula, Brandão Elaine Reis, Cabral Cristiane da Silva. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado em 19 dez 2017];25(suplemento 2):s269-s278. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400009>.

Holanda AAR, Barreto CFB, Holanda JCP, Mota KB, Medeiros RD, Maranhão TMO. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. *Femina*. 2013;41(3):141-6. [citado em 17 de novembro 2017]

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017. [Acesso: 17 jan] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350760&search=sao-paulo|braganca-paulista>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: notas técnicas: versão 1.5 – 3. ed. 324.6(81)-P474p. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em :< <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298009>.>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017 [citado em 09 de novembro 2017]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/2v6ui>

Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety efficacy and patient acceptability of the intrauterine Copper T 380A contraceptive device. *Int J Women's Health*. 2010;2:211-20.

Lauria, L., Donati, S., Spinelli, A., Bonciani, M., Grandolfo, M.E., 2014. The Effect of Contraceptive Counselling in the Pre and Post-Natal Period on Contraceptive Use at Three Months after Delivery among Italian and Immigrant Women. *Ann Ist Super Sanità* 50, 54–61. <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v50n1/v50n1a09.pdf>.

Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HAAM. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.

Mello AR de; Neme B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: NEME, B. *Obstetrícia básica*. São Paulo, Sarvier, 1994. Cap. 22, p. 158-163.

Minanni CA, Chekin G, Nakano CGY, Ribeiro AL, Magalhães J, Tamanaha S, Aldrighi JM. Conhecimento contraceptivo no puerpério precoce e seu uso efetivo após seis meses. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2009; 54(3): 94-9.

Ministério da Saúde. Portaria 426/GM. Brasília; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm

Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.265; 01 de dezembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html

Ministério da Saúde. Portaria nº569, Brasília; 01 de junho de 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html

Mody, S.K., Nair, S., Dasgupta, A., Rajb, A., Dontac, B., Saggurtie, N., et al., 2014. Postpartum Contraception Utilization among Low-Income Women Seeking Immunization for Infants in Mumbai, India. *Contraception* 89, 516–520. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.001>.

Monteiro IMU. Contracepção de longo prazo: dispositivo intrauterino (Mirena). Long-acting reversible contraceptive: levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena®)[Revisão] *Femina*. 2015 v43 suppl.1.22-26.

Moore Z, Pfitzerb A, Gubinb R, Charurat E, Elliott L, Croft T. 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*. jul 2015;92(1), 31–39.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. abr 2007 [citado em 19 dez];23(4):961-970. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400023>.

Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa.2012.

Nunes JT, Gomes KRO, Moura LNB, Maranhão TA. Autoeficácia contraceptiva entre adolescentes com antecedente gestacional. *Adolesc Saude*. 2014;11(3):77-86.

ONU. Objetivos de desenvolvimento sustentável. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ed 13 de outubro de 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org>

Organização Mundial da Saúde. Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. 2007. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos. Divisão de Saúde Global, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas.

Osis Maria José Duarte, Faúndes Aníbal, Makuch Maria Yolanda, Mello Maeve de Brito, Sousa Maria Helena de, Araújo Maria José de Oliveira. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública* [Internet].

2006 Nov [cited 2017 ago 07] ; 22(11): 2481-2490.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100023>.

Parreira, B.D.M., Silva, S.R., Miranzi, M.A.S., 2010. Métodos Anticoncepcionais: Orientações Recebidas Por Puérperas No Pré-Natal E Puerpério. 2010. V 9, n2. Ciência, Cuidado e Saúde 9, 262–268. <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9699>. [citado em abr 2017] DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.9699.

Penna IAA, Brito MB. A importância da contracepção de longo prazo reversível. The importance of long-acting reversible contraception. *Femina*. 2015;V43 Supl 1:1-6.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Ministério da Saúde. [Relatório]. Brasília-DF 2008.

PNUP, Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, O índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013. desenvolvido por IPEA - Instituto de pesquisa econômica aplicada. 2013. Disponível em: <http://www.undp.org>

Portal Brasil. Novas políticas para mulheres garantem parto humanizado e acesso ao DIU. Publicado em 07/03/2017. Modificado em 03/10/2017. [citado em 13 set] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/novas-politicas-para-mulheres-garantem-parto-humanizado-e-acesso-ao-diu>

Potter, J.E., Hopkins, K., Aiken, A.R., Hubert, C., Stevenson, A.J., White, K., et al., 2014. Unmet Demand for Highly Effective Postpartum Contraception in Texas. *Contraception* 90, 488–495. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782414005629>.

Rea Marina F.. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2004 Nov [cited 2018 Jan 17]; 80(5 Suppl): s142-s146. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700005>

Resolução Nº 466, DOU nº 12, seção 1, p. 59 (12 dez, 2012). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.

Ross JR, Winfrey WL. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *Int Fam Plan Perspec* [Internet]. 2001;27(1):20–7. [Citado 2017 Mai 06] Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2702001.pdf.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo (SP) SES/SP;2010.

Secura GM, et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2010; 203(2):115.e1–115.e7.

Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plann*. 2014;45:151–169.).

Serruya SJ. A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Silva CCA da. Método da lactação e amenorreia: uma alternativa contraceptiva eficaz no pós-parto. *Rev Trim Cienc invest sal.* 2008. N9.ja/fev/mar. Portugal. Instituto Superior de Saúde do Alto Ave.p20-25.

Silva FCS, de Araújo TM, de Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2010 Jun [citado 28 out 2017];23(3):411-416. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300016>.

Speizer, I.S., Fotso, J.C., Okigbo, C., Faye, C.M., Seck, C., 2013. Influence of Integrated Services on Postpartum Family Planning Use: A Cross-Sectional Survey from Urban Senegal. *BMC Public Health* 13. <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-752>.

Tang, J.H., Dominik, R., Re, S., Brody, S., Stuart, G.S., 2013. Characteristics Associated with Interest in Long-Acting Reversible Contraception in a Postpartum Population. *Contraception* 88, 52–57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.014>.

Taub RL, Jensen JT. Avanços na contracepção: novas opções para mulheres no pós-parto.[Internet]. 2017 [cited 2018 mar 05]; 18(7):677-688. DOI: 10.1080 / 14656566.2017.1316370.

UNDP. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Casa das Nações Unidas Brasil. 2018.

UNFPA. Situação da população mundial 2017. *Mundos Distantes: Saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade*. 2017.

United Nations- ONU. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide [Internet]. New York;2015[cited 2017 mai 26].

Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CUTz. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2011 [cited 2017 July 07]; 20(spe): 255-262. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, da Gama SGN, Theme Filha MM, da Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em nov 2017];30(suplemento 1): S85-S100. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

Vilarinho, L.M., Nogueira, L.T., Nagahama, E.E.I., 2012. Avaliação Da Qualidade Da Atenção À Saúde de Adolescentes No Pré-Natal E Puerpério. *Esc Anna Nery* 16, 312–319.

Who Health Organization. Family Planning Evidence Brief – Expanding contraceptive choice. WHO/RHR/17.14. July 2017.UK

Who Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva 27, 2015. Switzerland.

Who Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Switzerland. Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 demographic and health surveys. Geneva, 2012

Who Health Organization. Programming strategies for postpartum family planning. 2013.

Wilson, E.K., Fowler, C.L., Koo, H.P., 2013. Postpartum Contraceptive Use Among Adolescent Mothers in Seven States. *Journal of Adolescent Health* 52, 278–283. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.004>.

Yadav, V., Balasubramaniam, S., Das, S., Srivastava, A., Srivastava, A., Kumar, S., & Sood, B. (2016). Comparison of outcomes at 6 weeks following postpartum intrauterine contraceptive device insertions by doctors and nurses in India: a case-control study. *Contraception*, 93(4), 347-355.

Zapata, L.B., Murtaza, S., Whiteman, M.K., Jamieson, D.J., Robbins, C.L., Marchbanks, P.A., et al., 2015. Contraceptive Counseling and Postpartum Contraceptive Use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 212,171.e1-171.e8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.059>.

Zhu BP, Haines KM, Le T, McGrath-Miller K, Boulton ML. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes among white and black women. *Am J ObstetGynecol*. 2001;185(6): 1403–1410.

Ziegel, E.E.; Cranley, M. S. *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro, 7ª ed. Interamericana 1980. Assistência clínica à família no pós-parto. p.440-78.

APÊNDICES

10. APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUÉRPERA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em
Saúde no Sistema Único de Saúde
MPAPS
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7533 - e-mail: ppg.mpaps.ee@usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARA PUÉRPERA

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos- Resolução no 466 de 12/12/12- CNS)

Convido você para participar da pesquisa intitulada “Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde?”, que tem por objetivo identificar se – e quando – o DIU é ofertado como método contraceptivo para as mulheres que estão no puerpério. Esta pesquisa será realizada por mim, Tamires Lima Melli, Obstetritz e mestranda na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. Caso concorde em participar, você responderá perguntas sobre sua história reprodutiva, experiências do pré-natal, parto e puerpério, e recebimento de aconselhamento sobre o uso de métodos contraceptivos após o parto, em especial o DIU.

Essa entrevista terá a duração aproximada de 20 minutos, todas as respostas serão marcadas em um *tablet* e ocorrerá no seu domicílio, em ambiente que proporcione privacidade. É importante que você esteja sozinha durante a entrevista para que se sinta a vontade ao responder todas as perguntas, o que significa que ninguém, nem mesmo teu acompanhante, te acompanhará durante a aplicação do questionário.

Esclareço que sua identidade será preservada durante toda a pesquisa, ou seja, seu nome não aparecerá em nenhum momento e a entrevista não será gravada. Esclareço também que sua participação é voluntária, o que significa que você não é obrigada a responder nenhuma questão, podendo se recusar a responder ou podendo desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Se decidir abandonar a pesquisa as informações não serão utilizadas, como também não haverá qualquer prejuízo pessoal ou no seu atendimento nesta Unidade de Saúde. Não estão previstos quaisquer gastos de sua parte ou de sua família para a participação na pesquisa, que consta somente de uma entrevista, e não será oferecida nenhuma compensação financeira após participar.

Os riscos de participação incluem certo desconforto decorrente de perguntas de âmbito pessoal. Se isso ocorrer, é só você me informar e passarei para a próxima pergunta.

Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. Você terá assegurado o direito a indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, durante e após a mesma, cuja responsável será a própria pesquisadora.

Como benefícios, após ter respondido o questionário, você receberá um folheto sobre métodos contraceptivos e poderá esclarecer dúvidas sobre questões relacionadas aos cuidados no puerpério.

Cabe informar que todas as informações obtidas serão sigilosas e serão usadas somente para esta pesquisa, para fins científicos e você tem o direito de acompanhar o andamento e os resultados da pesquisa se assim desejar.

Sempre que quiser, poderá pedir informações sobre a pesquisa pelo telefone da pesquisadora (11)975173322. Para obter informações adicionais relativas a esta pesquisa e

denunciar qualquer ato que contrarie os princípios éticos, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br.

Caso concorde em participar deste estudo, você deverá assinar este termo e rubricar todas as páginas. Dessa forma, uma via ficará com você e outra via será arquivada pela pesquisadora Tamires Lima Melli.

A pesquisadora tirou minhas dúvidas, recebi uma cópia deste termo de consentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Eu, _____, após ter sido devidamente esclarecida, concordo em participar desta pesquisa e assino este documento.

Assinatura da participante: _____

Se não souber assinar o nome, marque com X: ☐

Pesquisadora: _____

Tamires Lima Melli.

Data ____/____/____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL POR ADOLESCENTE

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em
Saúde no Sistema Único de Saúde
MPAPS
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7533 - e-mail: ppg.mpaps.ee@usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARA RESPONSÁVEL

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos- Resolução no 466 de 12/12/12- CNS)

Convido a adolescente sob sua responsabilidade para participar da pesquisa intitulada “Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde?”, que tem o objetivo de identificar se – e quando – o DIU é ofertado, como método contraceptivo, para as mulheres que estão no puerpério. Esta pesquisa será realizada por mim, Tamires Lima Melli, Obstetriz e mestranda na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A participação dela nesta pesquisa é voluntária e deverá ser autorizada pelo senhor/senhora. Informamos que não haverá prejuízo, despesas e/ou custos no que diz respeito a participação dela neste estudo. Caso concorde com a participação dela na pesquisa, você deverá assinar este termo de consentimento. Para participar da pesquisa, ela deverá responder a perguntas sobre a história reprodutiva, experiências do pré-natal, parto e puerpério, e recebimento de aconselhamento sobre o uso de métodos contraceptivos após o parto, em especial o DIU. Essa entrevista terá a duração aproximada de 20 minutos, todas as respostas serão marcadas em um *tablet* e ocorrerá no domicílio da entrevistada, em ambiente que proporcione privacidade.

Esclareço que a identidade dela será preservada durante toda a pesquisa, ou seja, o nome dela não aparecerá em nenhum momento e a entrevista não será gravada. Esclareço também que a participação dela é voluntária, o que significa que ela não é obrigada a responder nenhuma questão, podendo se recusar a responder, ou podendo desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Se ela decidir abandonar a pesquisa as informações não serão utilizadas, como também não haverá qualquer prejuízo pessoal ou no atendimento nesta Unidade de Saúde. Não estão previstos quaisquer gastos da sua família para a participação na pesquisa, que consta somente de uma entrevista, e não será oferecida nenhuma compensação financeira após participar.

Os riscos de participação incluem certo desconforto decorrente de perguntas de âmbito pessoal. Se isso ocorrer, ela irá me informar e passarei para a próxima pergunta. É importante que ela esteja sozinha durante a entrevista para que ela se sinta a vontade ao responder todas as perguntas, o que significa que ninguém, nem mesmo o senhor/senhora a acompanhará durante a aplicação do questionário.

Caso se perceba qualquer risco ou dano à participante não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. Ela terá assegurado o direito a indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, durante e após a mesma, cuja responsável será a própria pesquisadora.

Como benefícios, ela receberá um folheto sobre métodos contraceptivos e poderá esclarecer dúvidas sobre questões relacionadas aos cuidados no puerpério.

Ela terá o direito de acompanhar o andamento e os resultados da pesquisa se assim desejar. Cabe informar que todas as informações obtidas serão sigilosas e serão usadas somente para fins científicos.

Sempre que quiser, poderá pedir informações sobre a pesquisa pelo telefone da pesquisadora (11)975173322. Para obter informações adicionais relativas a esta pesquisa e denunciar qualquer ato que contrarie os princípios éticos, o(a) senhor(a) pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br.

Caso concorde com a participação dela neste estudo, você deverá assinar este termo e rubricar todas as páginas. Dessa forma, uma via ficará com você e outra via será arquivada pela pesquisadora Tamires Lima Melli.

Eu, _____, após ter sido devidamente esclarecido(a), autorizo a participação no estudo da adolescente sob minha responsabilidade assino este documento.

Assinatura do (a) responsável: _____

Se não souber assinar o nome, marque com X: ☐

Pesquisadora: _____

Tamires Lima Melli.

Data ____/____/____

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTE

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em
Saúde no Sistema Único de Saúde
MPAPS
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7533 - e-mail: ppg.mpaps.ee@usp.br

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos- Resolução no 466 de 12/12/12- CNS)

Olá! Seu/sua responsável acaba de consentir que você participe de nossa pesquisa, denominada “Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde?”. Nesta pesquisa pretendemos identificar se - e quando o DIU é ofertado como método contraceptivo para as mulheres que estão no puerpério.

Na verdade, gostaríamos de saber se mulheres que estão no pós-parto, como você, estão recebendo orientações a respeito dos métodos contraceptivos que podem utilizar no puerpério, e se estão recebendo orientações sobre utilizar e inserir o DIU neste momento.

Para participar desta pesquisa, você deverá responder perguntas pessoais sobre sua vida sexual, sobre experiências do pré-natal da sua gestação anterior, parto, puerpério e sobre as consultas de pós-parto que recebeu, especialmente sobre o uso de métodos contraceptivos que podem ser usados no pós-parto, principalmente o DIU.

Esta entrevista irá durar cerca de 20 minutos, todas as respostas serão marcadas em um *tablet* e ocorrerá no seu domicílio, em ambiente que proporcione privacidade. É importante que você esteja sozinha durante a entrevista para que se sinta a vontade ao responder todas as perguntas, o que significa que ninguém, nem mesmo seu/sua responsável, te acompanharão durante a aplicação do questionário.

Esclareço que sua identidade será preservada durante toda a pesquisa, ou seja, seu nome não aparecerá em nenhum momento e a entrevista não será gravada. Esclareço também

que sua participação é voluntária, o que significa que você não é obrigada a responder nenhuma questão, podendo se recusar a responder ou podendo desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Se decidir abandonar a pesquisa as informações não serão utilizadas, como também não haverá qualquer prejuízo pessoal ou no seu atendimento nesta Unidade de Saúde. Não estão previstos quaisquer gastos de sua parte ou de sua família para a participação na pesquisa, que consta somente de uma entrevista, e não será oferecida nenhuma compensação financeira após participar.

Os riscos de participação incluem certo desconforto decorrente de perguntas pessoais. Se isso ocorrer, é só você me informar e passarei para a próxima pergunta.

Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. Você terá assegurado o direito a indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, durante e após a mesma, cuja responsável será a própria pesquisadora.

Como benefícios, após ter respondido o questionário, você receberá um folheto sobre métodos contraceptivos e poderá esclarecer dúvidas sobre questões relacionadas aos cuidados no puerpério.

Cabe informar que todas as informações obtidas serão sigilosas e serão usadas somente para esta pesquisa. Você tem o direito de acompanhar o andamento e os resultados da pesquisa se assim desejar e, sempre que quiser, poderá pedir informações sobre a pesquisa pelo telefone da pesquisadora (11)975173322. Para obter informações adicionais relativas a esta pesquisa e denunciar qualquer ato que contrarie os princípios éticos, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 –

Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br.

Caso concorde em participar deste estudo, você deverá assinar este termo e rubricar todas as páginas. Dessa forma, uma via ficará com você e outra via será arquivada pela pesquisadora Tamires Lima Melli.

Concordo em participar desta pesquisa _____

Assinatura da participante: _____

Se não souber assinar o nome, marque com X: ☐

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ **(se já tiver documento)**, fui informada dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa.

A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meu responsável. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura da participante: _____

Se não souber assinar o nome, marque com X: ☐

Pesquisadora: _____

Tamires Lima Melli.

Data ____/____/____

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA: QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nº do questionário:	Data da entrevista:
UBS:	
Iniciais do nome:	Idade:

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1. Qual é a sua religião?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Católica
- ☐ Evangélica
- ☐ Espírita
- ☐ Afro-brasileira
- ☐ Outra: _____

1.2. Como você define sua cor?

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena

1.3. Você frequentou a escola?

- ☐ Não [vá para a questão 1.5]
- ☐ Sim

1.4. Você estudou até que série?

- ☐ Não estudou
- ☐ Ensino Fundamental Completo
- ☐ Ensino Fundamental Incompleto
- ☐ Ensino Médio Completo
- ☐ Ensino Médio Incompleto
- ☐ Ensino Superior Completo
- ☐ Ensino Superior Incompleto

1.5. Você exerce alguma atividade remunerada? (*trabalha fora de casa, exerce alguma atividade autônoma com remuneração?*)

- ☐ Não

☐ Sim

1.6. Atualmente, está casada ou em união com alguém?

☐ Não [vá para questão 1.7]

☐ Sim [vá para questão 1.8]

1.7. Alguma vez já esteve casada ou em união com alguém?

☐ Não [vá para questão 1.11]

☐ Sim

1.8. O seu marido/parceiro mora atualmente com você ou mora em outro lugar?

☐ Mora com ela

☐ Mora em outro lugar

1.9. Seu marido/parceiro frequentou a escola?

☐ Não [vá para questão 1.11]

☐ Sim

1.10. O seu marido/parceiro estudou até que série?

☐ Não estudou

☐ Ensino Fundamental Completo

☐ Ensino Fundamental Incompleto

☐ Ensino Médio Completo

☐ Ensino Médio Incompleto

☐ Ensino Superior Completo

☐ Ensino Superior Incompleto

1.11. Você tem plano de saúde ou convênio?

☐ Não

☐ Sim

2. HISTÓRIA REPRODUTIVA

2.1. Que idade tinha quando menstruou pela primeira vez?

8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐

2.2. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual?

Resposta aberta: _____

2.3. Com quantos parceiros você já teve relação sexual?

Resposta aberta: _____

2.4. Você já utilizou algum método contraceptivo (alguma vez na vida)?

☐ Não

- ☐ Sim
☐ Não sabe

2.5. Eu vou falar os métodos e você me diz qual deles você já utilizou ao menos uma vez

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

2.6. Qual é a sua intenção futura de ter filhos?

- ☐ Quer ter filhos nos próximos dois anos
☐ Quer ter filhos após dois anos
☐ Não quer (mais) ter filhos
☐ Não sabe

3. HISTÓRIA DA ÚLTIMA GESTAÇÃO E DO PRÉ-NATAL

3.1. Quantas vezes já engravidou (incluindo esta última gestação)?

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Mais de 5 ☐

3.2. Que idade você tinha quando engravidou pela primeira vez?

Resposta aberta: _____

3.3. Já teve algum abortamento?

- ☐ Não
☐ Sim

3.4. O aborto foi espontâneo ou provocado?

- ☐ Espontâneo
☐ Provocado
☐ Espontâneo + provocado
☐ Mais de 1 abortamento

Abaixo estão algumas questões que envolvem as circunstâncias e os sentimentos no momento em que você ficou grávida desta última vez

LMUP (London Measure of Unplanned Pregnancy – versão Brasil)

3.5. (LMUP) No mês em que eu fiquei grávida [nesta ÚLTIMA gestação]:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você)

- ☐ Eu/nós não estávamos usando método contraceptivo
- ☐ Eu/nós estávamos usando método contraceptivo, mas não em todas ocasiões
- ☐ Eu/nós sempre usamos método contraceptivo, mas sabíamos que o método tinha falhado (ex: rompido, deslocado, saído, não funcionando, etc) pelo menos uma vez.
- ☐ Eu/nós SEMPRE usamos método contraceptivo.

3.6. (LMUP) Em termos de me tornar mãe (pela primeira vez ou de novo), eu sinto que minha gravidez aconteceu no:

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você)

- ☐ Momento certo
- ☐ Não bem no momento certo
- ☐ Momento errado

3.7. (LMUP) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você)

- ☐ Eu tinha intenção de ficar grávida
- ☐ Minhas intenções variavam
- ☐ Eu não tinha intenção de ficar grávida

3.8. (LMUP) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você)

- ☐ Eu queria ter um filho
- ☐ Eu tinha sentimentos mistos em relação a ter um filho
- ☐ Eu não queria ter um filho

No próximo item, nós perguntamos sobre seu parceiro - que pode ser (ou ter sido) seu marido, um parceiro com que você more, um namorado, ou alguém com quem você fez sexo uma ou duas vezes.

3.9. (LMUP) Logo antes de ficar grávida...

(Por favor, assinale a afirmação que mais se aplica a você)

- ☐ Meu parceiro e eu concordamos que gostaríamos que eu ficasse grávida
- ☐ Meu parceiro e eu tínhamos conversado sobre ter filhos juntos, mas não tínhamos concordado que eu ficasse grávida
- ☐ Nós nunca conversamos sobre ter filhos juntos

3.10. (LMUP) Antes de você ficar grávida, você tomou alguma medida/iniciativa para melhorar sua saúde para se preparar para esta gravidez?

(Por favor, assinale todas as alternativas que mais se aplicam a você)

- ☐ Tomei ácido fólico
- ☐ Parei ou diminui o fumo
- ☐ Parei ou diminui a bebida alcoólica
- ☐ Comi de forma mais saudável
- ☐ Procurei assistência médica ou outro serviço de saúde
- ☐ Prática de exercícios físicos
- ☐ Tomei outra providência, favor escrever _____

3.11. Estava usando método contraceptivo antes de engravidar?

- ☐ Não
- ☐ Sim

3.12. Eu vou falar os métodos e você me diz qual deles você estava utilizando:

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

3.13. Você fez pré-natal nesta última gravidez?

- ☐ Não
- ☐ Sim

3.14. Onde você fez o pré-natal?

☐ UBS	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Hospital	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Convênio	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

3.15. Quantas consultas de pré-natal você fez?

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

3.16. Em que mês de gestação iniciou o pré-natal?

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

3.17. Onde você fez o pré-natal, algum profissional a orientou sobre métodos contraceptivos que podem ser usados no pós-parto?

- ☐ Médico 0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Enfermeira(o) 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

3.18. Eu vou falar os métodos e você me diz se **algum** deles foi mencionado no momento do pré-natal

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

3.19. Nas consultas de pré-natal você pediu orientação sobre algum método contraceptivo? Se sim, qual(is)?

Cite: _____

3.20. Você se lembra se, nas consultas de pré-natal, o DIU foi mencionado como método que pode ser utilizado no pós-parto?

- ☐ Não
☐ Sim

4. HISTÓRIA DO PARTO

Momento em que estava no Hospital

4.1. Qual foi a data do último parto?

Resposta aberta: _____

4.2. Qual era a Idade Gestacional na data do parto (semanas)?

Menos de 30 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐

4.3. Qual foi o tipo de parto?

- ☐ Parto Normal
☐ Cesárea

4.4. Quando você estava no hospital, algum profissional a orientou sobre métodos contraceptivos que podem ser usados no pós-parto?

- ☐ Médico 0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Enfermeira(o) 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

4.5. Qual método foi orientado?

Resposta aberta: _____

4.6. Você teve alta do hospital com algum método contraceptivo indicado ou prescrito para você?

- ☐ Não
☐ Sim

4.7. Qual método?

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

4.8. Quando você estava no hospital, o DIU foi mencionado como método que pode ser utilizado no pós-parto?

- ☐ Não
☐ Sim

5. HISTÓRIA DO PUERPÉRIO

Visita pós-parto

5.1. Você passou por algum atendimento no pós-parto e após a alta hospitalar?

- ☐ UBS 0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Hospital 0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Convênio 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

5.2. Você recebeu visita domiciliar de algum profissional de saúde da UBS depois do parto?

- ☐ Não [vá para questão 6.1]
☐ Sim

5.3. Quantos dias após o parto foi a visita (responder em números)?

Resposta aberta: _____

5.4. Qual profissional a visitou?

Resposta aberta: _____

5.5. Nesta visita, o profissional a orientou como você pode evitar uma nova gestação a partir de agora?

- ☐ Não
☐ Sim

5.6. Quais métodos foram mencionados durante a visita?

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

5.7. Nesta visita você pediu orientação sobre algum método contraceptivo? Se sim, qual?

Resposta aberta: _____

5.8. Nesta visita o DIU foi mencionado como método que pode ser utilizado no pós-parto?

- ☐ Não
☐ Sim

6. CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

6.1. Após o nascimento do bebê, você foi à consulta na UBS?

- ☐ Não [vá para questão 6.7]

☐ Sim

6.2. Quantos dias após o parto foi a consulta (responder em números)?

Resposta aberta: _____

6.3. Qual profissional a atendeu?

☐ Médico 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

☐ Enfermeira(o) 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

6.4. Durante a consulta, o profissional a orientou como você pode evitar uma nova gestação?

☐ Não

☐ Sim

6.5. Quais métodos foram mencionados durante a consulta do RN?

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

6.6. Está amamentando neste momento?

☐ Não

☐ Sim, exclusivamente

☐ Sim, com complemento

6.7. Nesta consulta você pediu orientação sobre algum método contraceptivo? Se sim, qual?

Resposta aberta: _____

6.8. Nesta consulta o DIU foi mencionado como método que pode ser utilizado no pós-parto?

☐ Não

☐ Sim

7. PUERPÉRIO

7.1. Na consulta de pós-parto você pediu orientação sobre algum método contraceptivo? Se sim, qual?

Resposta aberta: _____

7.2. Nesta consulta, o profissional te indicou/prescreveu algum destes métodos?

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

7.3. Nesta consulta o DIU foi mencionado como método que pode ser utilizado no pós-parto?

- ☐ Não
☐ Sim

7.4. Você já teve relações sexuais após o parto?

- ☐ Não
☐ Sim

7.5. Quanto tempo após o parto você teve relações sexuais (responder em número de dias)?

Resposta aberta: _____

7.6. Está usando método contraceptivo para evitar a gravidez neste momento?

- ☐ Não
☐ Sim

7.7. Qual método está usando neste momento?

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

7.8. Seu parceiro a auxiliou na escolha do método contraceptivo que você utiliza?

- ☐ Não
☐ Sim

7.9. Onde adquiriu este método?

- ☐ UBS 0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Hospital 0 ☐ Não 1 ☐ Sim
☐ Convênio 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

7.10. Está satisfeita com o método contraceptivo que está usando?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Mais ou menos/não sei

7.11. Gostaria de usar outro método para evitar gravidez?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Mais ou menos/não sei

7.12. Qual(is) método você gostaria de utilizar?

1. Implante	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
2. DIU	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
3. Vasectomia	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
4. Laqueadura	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
5. Injetável	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
6. Pílula	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
7. Adesivo	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
8. Anel Vaginal	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
9. Diafragma	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
10. Preservativo Masculino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
11. Preservativo Feminino	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
12. Coito interrompido	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

13. Esponja	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
14. Tabela	0 ☐ Não 1 ☐ Sim
15. Espermicida	0 ☐ Não 1 ☐ Sim

8. INFORMAÇÕES SOBRE O DIU

8.1. Você procurou informações a respeito de métodos que podem ser utilizados no pós-parto em outros meios?

- ☐ Não [vá para questão 8.3]
☐ Sim

8.2. Onde?

- ☐ Redes sociais (*instagram, facebook*)
☐ Blog/sites/*youtube*
☐ Perguntei ao médico(a)
☐ Posto de saúde
☐ Amigos
☐ Outros: _____

8.3. Você já utilizou o DIU?

- ☐ Não
☐ Sim

8.4. Você já quis usar o DIU antes?

- ☐ Não
☐ Sim

8.5. Atualmente você está utilizando o DIU?

- ☐ Não
☐ Sim

8.6. Você sabe que o DIU é disponibilizado gratuitamente no SUS?

- ☐ Não
☐ Sim

8.7. Se o DIU fosse oferecido durante a internação no hospital, você colocaria?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não sabe
☐ Já tem laqueadura

8.8. Gostaria de comentar algo a respeito do DIU?

Resposta aberta: _____

9. PARA PUÉRPERA QUE COLOCOU O DIU

9.1. Quanto tempo após o parto você colocou o DIU?

Resposta aberta: _____

9.2. Você está satisfeita com o uso do DIU?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Mais ou menos/não sei

9.3. Você gostaria de comentar algo a respeito do DIU?

- ☐ Não
- ☐ Sim

9.4. O que gostaria de comentar

Resposta aberta: _____