

Avaliação da relação entre as orientações de planejamento familiar recebidas no pré-natal e acesso a métodos contraceptivos de longa duração no puerpério imediato em uma maternidade de baixo risco na região metropolitana de Curitiba

Evaluation of the relationship between pre-natal orientations regarding family planning and access to long-acting contraceptive methods during immediate puerperium at a low-risk maternity hospital in the metropolitan area of Curitiba

Fabiana Oliveira de Souza¹ , Fernanda Gabriela Mendes¹ ,
Tatiane Andreia Schwinge¹ , Flavia Centenaro de Oliveira¹ 

RESUMO

Introdução: O conhecimento e o acesso a métodos contraceptivos para um planejamento familiar de qualidade no puerpério garantem um intervalo interparto adequado, o que reduz riscos maternos e fetais. Isso deve ser transmitido às pacientes nas consultas de pré-natal, com reforços no internamento para o parto e no puerpério imediato e tardio. **Objetivo:** Avaliar o impacto das orientações do pré-natal sobre a adesão aos métodos contraceptivos no puerpério, determinar o conhecimento das puérperas sobre métodos contraceptivos que podem ser utilizados no período puerperal e quanto desse conhecimento foi transmitido durante o pré-natal, e relacionar a oferta do método contraceptivo de longa duração ao índice de inserção de DIU no pós-parto e pós-cesárea imediatos no Hospital e Maternidade Alto Maracanã no município de Colombo (PR). **Material e Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo. A coleta de dados se deu com aplicação de questionários às puérperas. As respostas foram analisadas por estatística descritiva. **Resultados:** Apenas 38,7% das gestações foram planejadas na amostra estudada, e não houve relação estatisticamente relevante com fatores como idade, estado civil, escolaridade, religião ou renda familiar mensal. Embora a maior parte das puérperas tenha realizado consultas de pré-natal, menos da metade recebeu orientação sobre planejamento familiar durante as consultas. Um percentual singelo de 19,6% das pacientes teve o DIU oferecido durante o pré-natal e apenas 2,3% do total tiveram de fato o DIU inserido no pós-parto imediato. As gestantes que foram orientadas sobre o DIU durante o pré-natal solicitaram 2,5 vezes mais o DIU durante a internação comparado às mulheres que não foram orientadas sobre contracepção no puerpério. **Conclusão:** É necessário prestar maior assistência relacionada às questões de planejamento familiar durante as consultas de pré-natal no município de Colombo (PR). A opção de inserção do DIU deve ser ofertada e o método deve ser inserido pelo prestador de cuidados de saúde de Atenção Básica e Especializada. Explicações sobre as opções de contracepção devem ser melhor esclarecidas para que as pacientes possam decidir sobre seu planejamento reprodutivo tendo ciência de suas opções e direitos.

Palavras-chave: Contracepção, Período pós-parto, Planejamento familiar, Cuidado pré-natal, Dispositivo intrauterino.

ABSTRACT

Introduction: Knowledge and access to contraceptive methods for adequate family planning during puerperium guarantees an appropriate inter-pregnancy interval, which reduces maternal and fetal risks. This must be transmitted to patients during prenatal care, and reinforced during hospitalization for delivery and during immediate and late puerperium. **Objective:** To evaluate the impact of prenatal orientations over the choice of postpartum women to use contraceptive methods during puerperium; to determine the knowledge of postpartum women about which

¹Hospital da Santa Casa de Curitiba, Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia - Curitiba (PR), Brasil.
Endereço para correspondência: Fabiana Oliveira de Souza. Praça Rui Barbosa, 694 - Centro, 80010-030 - Curitiba (PR), Brasil. E-mail: souza.fabioliveira@gmail.com
Trabalho recebido: 30/10/2023. Trabalho aprovado: 11/11/2023. Trabalho publicado: 18/12/2023.
Editor Responsável: Prof. Dr. Eitan Naaman Berezin (Editor-Chefe)

contraceptive methods can be used during the puerperium period and how much of this knowledge has been transferred during prenatal care; to relate the offering of access to long-term contraceptive methods and the rate of insertion of intrauterine devices (IUDs) during immediate postpartum and post-cesarean section in Alto Maracanã Maternity in the city of Colombo (PR). **Method:** This is a descriptive, transversal and quantitative study. Data was collected through the application of a survey form to puerperal women at the maternity in question. The answers were analyzed by descriptive statistics. **Results:** In our sample, only 38.7% of pregnancies were planned, with no statistically relevant relation shown to factors such as age, marital status, education level, religion or monthly family income. Although most of the puerperal women had attended prenatal routine care, less than 50% received orientation about family planning during their medical appointments. Of the patients, 19.6% had postpartum IUD insertion offered during prenatal care, and only 2.3% of the total sample had the IUD inserted during immediate postpartum. Pregnant women who were informed about the possibility of postpartum IUD insertion during the prenatal period requested it 2.5 more times when compared to women who were not instructed with regard to postpartum contraception. **Conclusion:** There is a need for better assistance to family planning guidance during prenatal appointments in the city of Colombo (PR). Postpartum IUD insertion must be offered and, if chosen, correctly inserted by health care providers in both basic and specialized care. Explanations about contraceptive methods should be given to patients during prenatal care, so they are aware of their options and rights when they decide their reproductive future.

Keywords: Contraception, Postpartum period, Family development planning, Prenatal care, Intrauterine devices.

INTRODUÇÃO

O planejamento familiar é regulamentado no Brasil pela Lei nº 9.263 de 1996. Ele é entendido como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal”⁽¹⁾. No contexto do período perinatal, além da importância socioeconômica, o planejamento familiar ganha destaque na redução da morbimortalidade materna e infantil. Isso ocorre devido a fatores como diminuição do número de gestações não desejadas e abortamentos provocados; diminuição do número de cesáreas realizadas para fazer laqueadura tubária; diminuição do número de laqueaduras tubárias por falta de opções e/ou acesso a outros métodos; aumento do intervalo entre gestações; permite adiar ou prevenir gravidez em pacientes adolescentes ou com comorbidades que acrescentam risco materno ou gestacional⁽²⁾.

Existem três grandes oportunidades de abordagem da mulher nesse período específico da vida: o primeiro durante o pré-natal; o internamento para o parto e no pós-parto imediato, que representam juntos um segundo momento; e, por terceiro, as consultas de revisão puerperal, sendo a primeira até 10 dias e a segunda entre 30 e 42 dias após o parto⁽³⁾.

Gestações com período de intervalo menor que 18 a 23 meses estão relacionadas a inúmeras intercorrências obstétricas que acrescentam risco, como gestação indesejada e consequente pré-natal de início tardio ou negligenciado, tabagismo, baixo peso ao nascer, prematuridade, não aleitamento, entre outros, além da maior chance de rotura uterina, descolamento prematuro de membranas e de placenta em pacientes que entram em trabalho de parto com cesariana prévia há menos de 16 meses⁽⁴⁻⁶⁾.

Mulheres que recebem orientação sobre métodos contraceptivos de longa duração (LARC) e alta eficácia tendem a solicitar mais esses métodos e têm maiores taxas de continuidade do uso⁽⁷⁾. As principais vantagens da inserção do DIU no

pós-parto ou pós-cesárea imediato (nos primeiros dez minutos após a expulsão placentária) são: facilidade de inserção do DIU, sem necessidade de retorno da paciente ao hospital ou outro serviço de saúde para colocação posterior; certeza que a paciente não está grávida; poucas complicações; ausência de interferência na amamentação, que também diminui a taxa de remoção por sangramento e dor; e o baixo custo associado à alta efetividade e à longa duração (até 10 anos). Para melhores resultados, é necessário entendimento dos critérios de elegibilidade e pessoal qualificado tecnicamente para o procedimento^(8,9).

Dentre as principais desvantagens da inserção no pós-parto imediato, incluem-se: taxas altas de fios desaparecidos e taxas de expulsão, provavelmente pelas contrações uterinas com o colo ainda dilatado⁽¹⁰⁾. Apesar do risco teórico de perfuração uterina e infecção puerperal, na prática essas complicações tem taxas similares àquelas das mulheres no menacme⁽¹¹⁾.

As taxas de expulsão ou mau posicionamento, clínico ou ultrassonográfico, variam bastante na literatura^(7,10,12). Na meta-análise e revisão sistemática de Averbach et al., a expulsão do DIU após inserção imediata foi de 13,2%, sendo variável de acordo com a via de parto (14,8% para parto vaginal e 3,8% para parto cesáreo) e o tipo de DIU (27,4% para DIU de levonogestrel e 12,4% para DIU inerte)⁽¹³⁾.

Na mais recente revisão da Cochrane de Sothornwit et al., que levantou dados sobre os LARCs e o uso no período puerperal, incluindo DIU e implantes transdérmicos, concluiu-se que a inserção de LARCs durante a hospitalização, em detrimento à espera de 4 a 6 semanas, aumenta as chances de ter o DIU de fato inserido em até 27% quando no período de internação⁽¹⁴⁾.

Este cenário leva ao principal questionamento da pesquisa: qual a correlação entre a informação sobre planejamento familiar fornecida durante o pré-natal e a adesão da paciente a métodos de longa duração no puerpério imediato? O objetivo principal deste estudo foi avaliar o impacto das orientações do pré-natal

sobre a adesão aos métodos contraceptivos no puerpério. Os objetivos secundários foram determinar o conhecimento das puérperas acerca de métodos contraceptivos que podem ser utilizados no período puerperal e quanto desse conhecimento foi transmitido durante o pré-natal; traçar o perfil epidemiológico do público estudado; determinar o índice de inserção de DIU no pós-parto e pós-cesárea imediato no serviço; e, finalmente, avaliar a relação entre a oferta e a adesão aos métodos contraceptivos de longa duração no pós-parto e pós-cesárea imediato.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de prevalência, de pesquisa aplicada, tendo objetivo descritivo, aplicado de modo transversal, observacional e de análise quantitativa.

Participantes

O estudo foi realizado com puérperas internadas no Hospital e Maternidade Alto Maracanã (HMAM), em Colombo, na região metropolitana de Curitiba (PR), durante o período de dez meses, entre novembro de 2021 e agosto de 2022. A instituição tem como público-alvo gestantes acompanhadas no pré-natal de baixo risco, e atende gestantes do Sistema Único de Saúde (SUS), de operadoras de saúde e particulares. Incluindo via vaginal e via cirúrgica, há em média 180 nascimentos por mês, sendo esta a única maternidade do município de Colombo⁽¹⁵⁾.

Colombo conta com um território de 197.793 km² e, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2021, tem uma população estimada de 249.277 pessoas⁽¹⁶⁾. Em 2020, o salário médio mensal era de 2,3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 17,8%. Considerando os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 29% da população vivia nessas condições. Foram registrados 3.307 nascimentos na cidade no ano de 2020⁽¹⁶⁾.

Foram incluídas no estudo puérperas no pós-parto, pós-cesárea e, também, as que foram reinternadas por quaisquer motivos e que não haviam preenchido o questionário em internação anterior. Foram excluídas do estudo as puérperas que deram à luz a natimorto ou cujo recém-nascido foi a óbito antes da realização da pesquisa. Foram excluídos também os questionários com ausência de informações suficientes para o estudo nas respostas preenchidas.

Variáveis

A única variável quantitativa da amostra foi a idade. Todas as demais foram categóricas. As variáveis qualitativas nominais

levantadas foram o estado civil e a religião. As qualitativas ordinais foram o nível de escolaridade, a renda familiar e a quantidade de consultas pré-natal. Perguntas sobre a qualidade do pré-natal e sobre o DIU foram incluídas como variáveis qualitativas nominais para análise.

Fontes de dados e tamanho do estudo

De janeiro de 2017 a dezembro de 2020, no Hospital Maternidade Alto Maracanã, em Colombo (PR), houve 10.169 procedimentos, incluindo parto e cesariana, correspondendo a uma média de 2.542,25 nascimentos ao ano. Considerando o nível de confiança de 95% e o erro amostral de 5%, o tamanho da amostra desejada era de aproximadamente 334 questionários aplicados no intervalo de um ano.

O levantamento de dados foi obtido por meio de um questionário elaborado de própria autoria, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos. Foram entregues 335 questionários após as pacientes terem assinado obrigatoriamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo menores de idade que tiveram participação consentida por familiar ou responsável legal através de TCLE específico, além de também essas preencherem o Termo de Assentimento. Durante o processo de tabulação de dados, foram excluídos 30 questionários devido preenchimento incompleto, sendo analisados, enfim, um total de 305 pacientes.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, sob o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética de número 51035421.2.0000.0020.

Considerando a escolha voluntária para participação na pesquisa e o preenchimento incompleto de alguns questionários, o principal viés do estudo foi o de não resposta. Caso os motivos pelos quais as pacientes não participantes ou as respostas incompletas fossem hipoteticamente pelos mesmos motivos, um tipo específico dessa população não estaria representado na pesquisa. Fatores de confusão de difícil exclusão estiveram presentes na aplicação dos questionários, como, por exemplo, os cuidados demandados ao recém-nascido concomitante ao tempo destinado às respostas.

Métodos estatísticos

Os dados foram coletados e tabulados em planilhas do *Microsoft Excel*[®] e analisados pelo programa computacional *Statistical Package for the Social Science — SPSS*[®] (*IBM*[®] *SPSS*[®] *Statistics* v. 25.0, SPSS Inc, Chicago, EUA). Os resultados foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios-padrões (variáveis quantitativas), ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Para análises inferenciais foi utilizado o Teste do χ^2 e Teste T de Student, onde valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

Participantes

O perfil epidemiológico das pacientes estudadas no trabalho foi de 305 mulheres entre 14 e 42 anos, com média de idade de 25,56 anos. Destas, 38,4% eram casadas, 34,4% viviam em união consensual, 23,3% eram solteiras, 3,6% declararam-se divorciadas ou separadas e 0,3% omitiram a resposta quanto ao estado civil.

Dados descritivos

O nível de escolaridade mais prevalente foi o ensino médio completo, com 30,5% das respostas, seguido de 24,6% das pacientes com ensino médio incompleto, 13,4% com fundamental incompleto, 12,1% com fundamental completo, 11,1% com superior incompleto, 6,6% com superior completo, 0,7% com pós-graduação incompleta, 0,3% com pós-graduação completa e, por fim, 0,3% apenas alfabetizada, sendo que nenhuma das participantes assinalou as opções mestrado e doutorado.

As religiões citadas em ordem de maior para menor prevalência foram: protestante (51,5%), católica (30,5%), afro-brasileira (9,5%), pentecostal (3,3%) e espírita (0,7%). Catorze (4,6%) pacientes declararam não possuir religião.

Em relação à renda familiar, a maioria não possuía renda fixa, sendo essa 39% das respostas, seguido de 34,8% com um salário mínimo, 23% com dois a três salários mínimos e 2,6% com quatro a cinco salários mínimos. Ninguém afirmou ter mais que cinco salários mínimos, e duas pessoas (0,7%) foram omissas nessa questão; 20,3% das mulheres relataram serem as responsáveis pela única fonte de renda do lar.

A grande maioria (61,3%) das questionadas não havia programado a gestação. A idade, o estado civil, a escolaridade, a religião ou a renda familiar não foram fatores de influência estatisticamente relevantes em relação ao planejamento gestacional na amostra estudada.

Dados numéricos

As puérperas foram indagadas também sobre quais métodos contraceptivos conheciam antes de engravidarem e quais desses métodos elas sabiam que poderiam ser usados no período após o parto. Os mais conhecidos nos dois casos, em ordem decrescente, foram o condom masculino ou feminino, a pílula de uso diário e o dispositivo intrauterino (DIU). As respostas detalhadas às duas questões são apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Sobre os aspectos da qualidade e acesso ao pré-natal, 98,7% das pacientes afirmaram ter realizado pelo menos alguma consulta. Dessas, 73,7% tinham passado por 7 ou mais consultas, 19,6% por 4 a 6 consultas e 6% por apenas 1 a 3 consultas. Para as pacientes que realizaram o pré-natal adequadamente,

Tabela 1 – Métodos contraceptivos conhecidos antes de engravidar.

Métodos contraceptivos conhecidos antes de engravidar	Sim	
	n	%
Camisinha feminina ou masculina	280	91,8
Pílula uso diário com ou sem pausa	278	91,1
Dispositivo intrauterino (DIU)	213	69,8
Injetável mensal	209	68,5
Injetável trimestral	195	63,9
Diafragma	28	9,2
Anel vaginal	36	11,8
Espermicida	13	4,3
Adesivo	68	22,3
Implante intradérmico	33	10,8
Anticoncepção de emergência ou “pílula do dia seguinte”	212	69,5
Tabelinha	77	25,2
Laqueadura	210	68,9
Vasectomia	183	60,0

Tabela 2 – Métodos contraceptivos conhecidos para serem utilizados após o parto.

Métodos contraceptivos conhecidos que podem ser utilizados após o parto	Sim	
	n	%
Camisinha feminina ou masculina	229	75,1
Pílula uso diário com ou sem pausa	201	65,9
Dispositivo intrauterino (DIU)	173	56,7
Injetável mensal	133	43,6
Injetável trimestral	122	40,0
Diafragma	12	3,9
Anel vaginal	20	6,6
Espermicida	9	3,0
Adesivo	38	12,5
Implante intradérmico	18	5,9
Anticoncepção de emergência ou “pílula do dia seguinte”	46	15,1
Tabelinha	46	15,1
Laqueadura	146	47,9

indagou-se sobre as informações recebidas sobre planejamento familiar. Mais da metade (52,1%), no entanto, sequer recebeu alguma orientação sobre o tema. Das 47,9% mulheres que tiveram orientação, 65,9% foram direcionadas por profissional médico, 20,8% por médico e profissional de enfermagem e 13,1% somente por profissional de enfermagem. Os métodos citados durante as consultas pré-natal podem ser vistos na Tabela 3.

Resultados principais

O dispositivo intrauterino (DIU) foi o método de longa duração mais conhecido pela população estudada. Existem, porém, inúmeros processos até que a mulher efetivamente o use, especialmente no período puerperal. Entre as entrevistadas, apenas

Tabela 3 – Métodos contraceptivos orientados durante as consultas de pré-natal.

Métodos contraceptivos orientados durante as consultas de pré-natal	Sim	
	n	%
Camisinha feminina ou masculina	93	30,5
Injetável trimestral	93	30,5
Minipílula ou Anticoncepcional oral com progestogênio	21	6,9
Dispositivo intrauterino (DIU)	83	27,2
Amamentação exclusiva	4	1,3
Laqueadura tubária	33	10,8

19,6% tiveram o DIU oferecido durante as consultas de pré-natal. No internamento, este método foi oferecido para 27% das pacientes. As pacientes solicitaram o DIU em 4,9% dos casos. Dessas, 15,38% referiram que o método tinha sido oferecido somente no pré-natal; 23,07% tiveram a oferta durante o pré-natal e no internamento; 30,76% tiveram o método ofertado apenas no internamento; e outros 30,76% não tiveram o método oferecido no internamento e ou no pré-natal. Entre as mulheres que tiveram o DIU citado no pré-natal, 8,33% solicitou o DIU no internamento, em comparação com 3,26% entre as que não receberam a orientação do método. Logo, oferecer o DIU durante o pré-natal aumentou, no presente estudo, em 2,5 vezes as chances de a paciente solicitar a inserção do DIU no puerpério imediato.

Em toda a amostra, somente 2,3% estavam em uso do DIU no momento da abordagem, mostrando que menos da metade das mulheres que o desejaram tiveram o dispositivo de fato inserido. Todas as pacientes que tiveram o desejo consentido foram pacientes que realizaram cesariana, nenhuma após o parto vaginal. Apesar de todas que tiveram o desejo consentido serem pós-parto cirúrgico, nem todas as pacientes submetidas à cesariana que solicitaram tiveram o DIU inserido, sendo este o caso de duas pacientes.

A via de parto mais prevalente no estudo foi o vaginal, sendo 57,7% contra 42,29% do cirúrgico. Escolheram a laqueadura tubária 6,2% das pacientes, sendo a idade dessas estatisticamente maior, com média de 32 anos e $p < 0,01$.

Foi questionado, por fim, se as pacientes achavam importante conversar sobre contracepção pós-parto para evitar gravidez não planejada. Duzentas e noventa e cinco (96,7%) responderam que sim. Três pacientes escreveram a próprio punho que não sabiam que existia a opção de DIU no pós-parto, mas que desejavam ter inserido se disponível.

DISCUSSÃO

É importante conhecer as características sociodemográficas da população onde se está inserido para oferecer serviços

de saúde com maior equidade. Nesse contexto, questões como idade, escolaridade, religião, estado civil e renda familiar fornecem dados para aprofundar inúmeras questões, porém não foram determinantes para fundamentar ações coletivas de planejamento familiar neste estudo.

O acesso ao pré-natal, a quantidade e a qualidade de consultas são o que de fato motiva mais conhecimento. Este, por vez, pode ser transformado em ações efetivas que impactam a saúde da população feminina. Faltam, no entanto, maior direcionamento e importância às questões de contracepção durante os atendimentos, visto que menos da metade das pacientes foram orientadas sobre o assunto. Os motivos para tamanha discrepância com o que se é recomendado podem ser inúmeros, como o pré-natal de início tardio com acúmulo de ações a serem realizadas em um curto período, pacientes negligentes, alta demanda dos serviços que prestam esse atendimento com consequente redução da quantidade e/ou curto período para as consultas, falta de treinamento profissional, consultas apenas com enfermeira(o) ou até mesmo confiança de que haverá outra oportunidade de conversa nas consultas de revisão puerperal. Não foi questionado no trabalho se o pré-natal foi realizado por médico generalista ou especialista em Ginecologia e Obstetrícia, o que poderia acarretar alguma diferença no percentual de pacientes orientadas. Apesar disso, é possível inferir que a maioria dos atendimentos foi realizado por médico generalista, visto que a maior parte da amostra é do SUS e, por se tratar de uma maternidade de baixo risco, o pré-natal é realizado nas Unidades Básicas de Saúde, onde médicos especialistas não costumam atuar.

Quando questionadas sobre quais os métodos anticoncepcionais as pacientes achavam que poderiam ser usados no período puerperal, é notável a quantidade de opções contraindicadas para esse período que foram citados, como os injetáveis mensais, anel vaginal e adesivo, todos com estrogênio em sua composição, o que afeta diretamente a fisiopatologia da amamentação e o sistema homeostático, favorecendo ainda mais um estado pró-trombótico no período puerperal. Métodos de barreira com alto índice de Pearl com o uso habitual, como condom, diafragma e espermicida foram citados. O método comportamental da tabelinha foi assinalado como uma opção de impressionantes 15,1% das entrevistadas. É possível entender, portanto, a grande chance do uso incorreto ou ineficaz dos métodos contraceptivos sem a devida orientação por um profissional de saúde, o que reforça a importância de adiantar a pauta para o quanto antes nos atendimentos de pré-natal, considerando a possível parte das pacientes que não voltará às consultas de revisão puerperal.

O DIU foi o terceiro método mais conhecido pelas pacientes para uso tanto na menacme quanto no período puerperal,

perdendo apenas para condom e pílulas de uso diário. Os implantes intradérmicos, apesar de também serem LARCs e recomendados no uso pós-parto, foram pouco lembrados pelas entrevistadas, assim como também não foram oferecidos por nenhum profissional de saúde para uso no pós-parto durante o pré-natal. Isso pode ocorrer por ainda ser um método não tão popularizado como o DIU, pelo custo elevado e por não estar disponível no SUS. Além disso, os implantes podem não ter sido apontados devido às denominações pelas quais são popularmente conhecidos (e que não foram opções escritas no questionário entregue), como o nome comercial, Implanon®, ou mesmo “chip”.

Analisando a quantidade de mulheres para as quais foi oferecido o DIU para uso no puerpério, a maior oferta ocorreu durante o período do internamento em detrimento ao período gestacional, sendo de 27% *versus* 19,6%. Porém, a principal discrepância — que merece destaque — foi entre a quantidade de mulheres para as quais o DIU foi oferecido no internamento (27%) e a quantidade de mulheres que aceitam e solicitam o mesmo (4,9%), diferente do que foi visto em estudos internacionais após os devidos esclarecimentos do método. Em um estudo realizado na Índia, a maioria das mulheres entrevistadas nunca tinha ouvido falar do DIU antes da admissão na sala de parto⁽¹⁷⁾. Apesar da falta de conhecimento, após receberem a conscientização necessária, houve grande aceitação do método, comparável a outros estudos realizados globalmente. Entre as que mais aceitaram estavam as primigestas e as com intervalo entre gestações menores de dois anos. Mulheres com maior nível educacional também apresentaram maior tendência de aceitação⁽¹⁷⁾. Não se sabe na nossa pesquisa por quem o dispositivo foi oferecido nem a abordagem realizada, não sendo possível levantar hipóteses sobre os motivos que levam a essa dicotomia. Evidentemente a falta de orientação prévia durante o pré-natal e os conceitos pré-concebidos em relação ao DIU têm importância nesse contexto.

No presente estudo, as gestantes que tiveram DIU oferecido no pré-natal o solicitaram 2,5 vezes mais durante a internação comparadas às mulheres que não foram orientadas previamente nas consultas de rotina. No México, o trabalho de Baber mostrou um valor duas vezes maior de mulheres utilizando métodos contraceptivos quando recebem orientações de planejamento familiar durante o pré-natal quando comparadas às que foram orientadas apenas no puerpério, além da maior adesão à métodos de longa duração e mais efetivos, como dispositivo intrauterino (DIU) e laqueadura tubária, além do maior uso de condons⁽¹⁸⁾. Apesar do exposto, não se pode excluir de modo algum a relevância do oferecimento durante o próprio internamento, que ocorreu para 53,84% das entrevistadas que solicitaram o DIU.

Houve ainda a porcentagem de 0,9% de mulheres que desejaria o DIU se ele tivesse sido oferecido, mas que não chegou a solicitar o mesmo. Na pesquisa de Glazer *et al.* citado por Whithaker e Chen (2018) com mulheres no pós-parto, 23% afirmaram que teriam escolhido o DIU pós-parto se ele estivesse disponível⁽⁶⁾.

As taxas de inserção após manifestação de interesse por parte da paciente são consoantes à literatura, porém os textos revistos trazem taxas que descrevem a diferença entre o interesse e a inserção tardia^(19,20). Alguns fatores identificados para a diferença entre o desejo e a inserção no puerpério tardio são o desestímulo do parceiro ao uso do DIU, o medo dos efeitos adversos, principalmente em mulheres com histórico de dismenorreia, especificamente naquelas candidatas ao DIU de cobre, desejo de gestação em menos de dez anos e escolha de outro método contraceptivo durante o período de intervalo.²⁰ Estudos complementares podem ser desenvolvidos para analisar a diferença entre o interesse materno e a inserção do DIU no pós-parto imediato e os fatores que podem interferir nesses valores. Dentre as possíveis questões envolvidas estão inclusas as contraindicações ao método e fatores relacionados ao treinamento e à prática do médico obstetra. Na pesquisa feita por Luchowski *et al.*, embora grande parte dos profissionais médicos ginecologistas-obstetras (43,5%) concordassem na inserção imediata do DIU no puerpério vaginal imediato, apenas 7,2% forneciam esse serviço⁽²¹⁾. Ainda nesse estudo, concluiu-se que a educação e o treinamento do médico são fatores necessários para aumentar o uso do DIU no pós-parto imediato⁽²¹⁾.

Os LARCs representam ainda uma ótima opção à laqueadura tubária, método contraceptivo mais prevalente no Brasil, com taxas que variam de 20 a 32% da população, dependendo da faixa etária⁽²²⁾. A prevalência de mulheres que optam pela laqueadura vem reduzindo no Brasil em relação ao último levantamento epidemiológico de saúde realizado em 1996. Paralelamente, a participação masculina no planejamento familiar com a realização de vasectomia ou uso de preservativo masculino também vem aumentando, chegando a quase 30% nas classes mais altas, porém com taxas um pouco maiores que 10% na população de baixa classe econômica. Nas classes mais altas entre as mulheres, o uso de pílulas anticoncepcional também vem suplantando o da laqueadura. Mais importante que a classe econômica está o nível de escolaridade para determinação das taxas de laqueadura, chegando a diferenças de 65% entre grupos de mulheres sem instrução em contraste com 25% no grupo com aquelas com oito ou mais anos de estudo. Desse modo, é possível deduzir a influência do poder aquisitivo e da escolaridade na ampliação das opções anticoncepcionais e mais conhecimento sobre os métodos disponíveis⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo abordou o perfil epidemiológico das gestantes e puérperas atendidas no município de Colombo (PR) no período do estudo e descreveu dados relativos ao acesso e à qualidade da assistência pré-natal relacionada às orientações de planejamento familiar, além de levantar dados sobre o oferecimento e a inserção de DIU no pós-parto imediato.

O DIU de cobre está amplamente disponível, é distribuído gratuitamente pelo Ministério da Saúde e é preconizado como método adequado, seguro e eficaz na contracepção pós-parto. Sabe-se, porém, que além de estar disponível, o método necessita ser oferecido, esclarecido e inserido por parte de quem presta os cuidados em saúde e, do outro lado, ser aceito pelas pacientes, neste caso, usuárias em potencial.

Por meio desse trabalho, pode-se concluir que é necessária maior atenção às questões de planejamento familiar no período pré-natal e puerperal no município em questão, assim como no serviço terciário no qual as pacientes são admitidas para o parto.

Vários estudos complementares podem ser desenvolvidos a partir deste, como conhecimento dos profissionais envolvidos na assistência no que diz respeito à contracepção pós-parto, incidência de abstinência às consultas de revisão de puerperal, taxas de expulsão de DIU no pós-parto e pós cesárea, entre outros. De forma geral, o presente estudo alcançou os objetivos almejados e espera contribuir para subsidiar novas pesquisas no campo do planejamento familiar e da saúde reprodutiva feminina, ampliando a discussão sobre o assunto ao Brasil e no mundo.

Financiamento: nenhum.

Conflitos de interesse: os autores declaram não haver conflito de interesse.

Contribuição dos autores: FOS: Administração do projeto, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Recursos. FGM: Análise formal, Metodologia, Software, Supervisão, Validação, Visualização. TAS: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Recursos. FCO: Escrita – revisão e edição, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1996. [citado 2022 Dez 02]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm
2. 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. 163 p.
3. Parreira BDM, Silva SR, Miranzi MAS. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. *Cienc Cuid Saude*. 2010;9(2):262-8. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i2.9699>
4. World Health Organization. Family planning: a global handbook for providers (2018 update). Geneva: WHO; 2018. 39 p.
5. Faúndes A, Moraes Filho OB. Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – eliminando a perda de oportunidades. *Femina*. 2020;48(4):238-44.
6. Whitaker AK, Chen BA. Society of family planning guidelines: postplacental insertion of intrauterine devices. *Contraception*. 2018;97(1):2-13. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.09.014>
7. Holanda AAR, Pessoa AM, Holanda JCP, Melo MHV, Maranhão TMO. Adequação do dispositivo intrauterino pela avaliação ultrassonográfica: inserção pós-parto e pós-abortamento versus inserção durante o ciclo menstrual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(8):373-8. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000800007>
8. O'Hanley K, Huber DH. Postpartum IUDs: keys for success. *Contraception*. 1992;45(4):351-61. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(92\)90057-z](https://doi.org/10.1016/0010-7824(92)90057-z)
9. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015. 210 p.
10. Muller ALL. Estudo comparativo do uso do dispositivo intrauterino inserido no pós-parto/pós-cesárea imediatos. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas; 2004.
11. Vieira CS, Brito MB, Yazlle MEHD. Contracepção no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(9):470-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000900008>
12. Hochmuller JT, Lopes KS, Guazzelli CAF, Gomes MKO, Araujo Júnior E, Peixoto AB. Expulsion rate of intrauterine device: mediate vs. immediate puerperium period. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2020;21(3):143-9. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2020.2020.0037>

13. Averbach SH, Ermias Y, Jeng G, Curtis KM, Whiteman MK, Berry-Bibee E, et al. Expulsion of intrauterine devices after postpartum placement by timing of placement, delivery type, and IUD type: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(2):177-88. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.045>
14. Sothornwit J, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Pattanittum P, Averbach SH. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant and IUD for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;10(10):CD011913. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011913.pub3>
15. Hospital Maternidade Alto Maracanã. Sobre nós. [Internet]. [citado 2022 Dez 7]. Disponível em: <https://hospitalmaracana.com.br/sobre-nos/>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Paraná. Colombo. Panorama. [Internet]. [citado 2022 Dez 7]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/colombo/panorama>
17. Mishra S. Evaluation of safety, efficacy, and expulsion of post-placental and intra-cesarean insertion of intrauterine contraceptive devices (PPIUCD). *J Obstet Gynaecol India*. 2014;64(5):337-43. <https://doi.org/10.1007/s13224-014-0550-3>
18. Barber SL. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico. *Int Fam Plan Perspect*. 2007;33(1):6-12. <https://doi.org/10.1363/3300607>
19. Bergin A, Tristan S, Terplan M, Gilliam ML, Whitaker AK. A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. *Contraception*. 2012;86(6):694-7. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.011>
20. Ogburn JA, Espey E, Stonehocker J. Barriers to intrauterine device insertion in postpartum women. *Contraception*. 2005;72(6):426-9. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.05.016>
21. Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, Raglan GB, Espey E, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists and contraception: practice and opinions about the use of IUDs in nulliparous women, adolescents and Other patient populations. *Contraception*. 2014;89(6):572-7. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.02.008>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 300 p.

ANEXO
QUESTIONÁRIO

**AValiação DAS ORIENTações DE PLANEJAMENTO FAMILIAR RECEBIDAS POR PUÉRPERAS
NO PRÉ-NATAL E ACESSO A MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO
NO PUERPÉRIO IMEDIATO NO MUNICÍPIO DE COLOMBO, PARANÁ.**

Nº de identificação do Questionário: _____
(não preencher).

Data: ___/___/202__.

1. Quantos anos completos você tem? _____
2. Qual seu estado conjugal?
 - a. Casada ()
 - b. Separada ou divorciada ()
 - c. Solteira ()
 - d. Viúva ()
 - e. União consensual ()
3. Qual a sua religião?
 - a. Católica romana ()
 - b. Protestante ()
 - c. Pentecostal (evangélica/crente) ()
 - d. Espírita ()
 - e. Afro-brasileira ()
 - f. Nenhuma ()
 - g. Outra ()
4. Qual seu nível de escolaridade?
 - a. Alfabetizada ()
 - b. Ensino fundamental completo ()
 - c. Ensino fundamental incompleto ()
 - d. Ensino médio completo ()
 - e. Ensino médio incompleto ()
 - f. Nível superior incompleto ()
 - g. Nível superior completo ()
 - h. Pós-graduação incompleta ()
 - i. Pós-graduação completa ()
 - j. Mestrado ()
5. Qual sua profissão? _____
6. Qual sua renda mensal?
 - a. 1 salário mínimo ()
 - b. de 2 a 3 salários mínimos ()
 - c. de 4 a 5 salários mínimos ()
 - d. mais do que 5 salários mínimos ()
 - e. não tenho renda fixa ()
7. Quantas pessoas vivem na sua casa além de você?
 - a. 1 pessoa
 - b. de 2 a 4 pessoas
 - c. de 5 a 7 pessoas
 - d. mais do que 7 pessoas
8. Seu salário ajuda a renda familiar, ou é a única fonte de renda?
 - a. Ajuda ()
 - b. Única fonte ()
9. Sua gestação foi planejada?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
10. Quais métodos contraceptivos você já conhecia antes de engravidar? (poderá marcar mais de uma opção)
 - a. Camisinha feminina ou masculina ()
 - b. Pílula uso diário com ou sem pausa ()
 - c. Dispositivo intrauterino - DIU ()
 - d. Injetável mensal ()
 - e. Injetável trimestral ()
 - f. Diafragma ()
 - g. Anel vaginal ()
 - h. Espermicida ()
 - i. Adesivo ()
 - j. Implante intradérmico ()
 - k. Anticoncepção de emergência ou "pílula do dia seguinte" ()
 - l. Tabela ()
 - m. Laqueadura ()
 - n. Vasectomia ()

11. Antes da gestação, quais métodos contraceptivos você sabia que poderiam ser utilizados após o parto?
 - a. Camisinha feminina ou masculina ()
 - b. Pílula uso diário com ou sem pausa ()
 - c. Dispositivo intrauterino - DIU ()
 - d. Injetável mensal ()
 - e. Injetável trimestral ()
 - f. Diafragma ()
 - g. Anel vaginal ()
 - h. Espermicida ()
 - i. Adesivo ()
 - j. Implante intradérmico ()
 - k. Tabela ()
 - l. Laqueadura ()
12. Você realizou pré-natal?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
13. Quantas consultas de pré-natal você realizou?
 - a. 1 a 3 consultas ()
 - b. 4 a 6 consultas ()
 - c. 7 ou mais consultas ()
14. Você recebeu orientações para o período **após a gestação** sobre planejamento familiar (métodos para planejar ou evitar gravidez) durante as consultas de pré-natal?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
15. Se respondeu "SIM" à pergunta anterior, quem a orientou?
 - a. Médico ()
 - b. Enfermeira ()
 - c. Médico e enfermeira ()
 - d. Outro profissional () Qual? _____
16. Se respondeu "SIM" à pergunta 6, assinale as opções de métodos contraceptivos que foram citados ou explicados durante as consultas (poderá marcar mais de uma opção)
 - a. Camisinha feminina e/ou masculina ()
 - b. Anticoncepcional injetável trimestral ()
 - c. "Minipílula" ou anticoncepcional oral com progestogênio ()
 - d. Dispositivo intrauterino - DIU ()
 - e. Amamentação exclusiva ()
 - f. Laqueadura tubária ()
 - g. Outro () Qual? _____
17. Foi oferecido a você o DIU (dispositivo intrauterino) como método contraceptivo no puerpério durante o pré-natal?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
18. Foi oferecido a você o DIU (dispositivo intrauterino) como método contraceptivo no puerpério durante o internamento na maternidade?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
19. Qual foi sua via de parto?
 - a. Parto normal ()
 - b. Parto cesariana ()
20. Você solicitou DIU para ser inserido imediatamente após o parto ou durante a cesariana?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
21. Você está em uso do DIU?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
22. Você fez laqueadura tubária?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()
23. Você acha importante conversar sobre contracepção pós-parto para evitar gravidez não planejada?
 - a. Sim ()
 - b. Não ()

Fonte: SOUZA, F. O.; SILVA, J. C.; 2021.

