

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Gustavo Campello Rodrigues

**Sobre escolhas de mulheres quanto ao uso do dispositivo intrauterino (DIU) em uma
clínica da família do município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2020

Gustavo Campello Rodrigues

**Sobre escolhas de mulheres quanto ao uso do dispositivo intrauterino (DIU) em uma
clínica da família do município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria Ferreira Romano

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: **On women's choice regarding the use of the intrauterine device (IUD) at a primary care facility in the city of Rio de Janeiro**

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R696s Rodrigues, Gustavo Campello.
 Sobre escolhas de mulheres quanto ao uso do dispositivo
 intrauterino (DIU) em uma clínica da família do município do Rio de
 Janeiro / Gustavo Campello Rodrigues. -- 2020.
 109 f. : il. color. ; graf. ; tab.

 Orientadora: Valéria Ferreira Romano.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
 de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

 1. Dispositivos Intrauterinos de Cobre. 2. Mulheres.
 3. Anticoncepção. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde Reprodutiva.
 6. Política de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 613.9435

Gustavo Campello Rodrigues

**Sobre escolhas de mulheres quanto ao uso do dispositivo intrauterino (DIU) em uma
clínica da família do município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 28 de agosto de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Jaqueline Teresinha Ferreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Valéria Ferreira Romano (Orientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Rio de Janeiro, Brasília (SDU-BSB); mudanças, encontros, desencontros; uma gestação interrompida pelo destino, outra bem-sucedida; um filho com saúde e uma árvore plantada; um pai e um professor que surgem; uma dissertação de mestrado.

Acolho todos esses acontecimentos que me fizeram crescer como ser humano.

Agradeço às pessoas que estiveram ao meu lado me oferecendo apoio na forma de escuta, de trocas e de cuidados.

À minha família: minha companheira de vida, de histórias e planos, Ana Paula, que a nossa lealdade cresce após cada obstáculo transpassado; ao meu filho, Francisco, agora com seis meses de idade, pela ternura e pelas lições de vida.

Aos meus pais, sou grato pelo apoio incondicional que a distância entre Rio e Brasília não foi capaz de diminuir.

Agradeço à minha orientadora, Valéria Romano, por acreditar no meu projeto e por me apresentar livros e autores que transformaram o meu entendimento sobre os fenômenos sociais e me mostraram que a escrita pode ser uma forma de se apresentar um olhar sobre o mundo, e que o mundo responde de volta com o seu olhar.

Agradeço à coordenação do curso de mestrado profissional da Fiocruz/ENSP pelo apoio e compreensão nos momentos conturbados e pela excelência demonstrada durante todo o curso.

Ao meu preceptor durante a residência médica, Marcos Adams, sou grato pelo incentivo ao estudo técnico e também subjetivo a respeito do planejamento reprodutivo.

À Rocinha, agradeço por ser minha escola de vida e de prática profissional.

Ao leitor desta pesquisa, agradeço pelo interesse e lhes desejo uma leitura instigante e prazerosa.

RESUMO

O estudo adentra às realidades de mulheres que vivem na favela da Rocinha, situada no Rio de Janeiro-RJ, e explora suas ideias a respeito do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. O referencial teórico transita pelos seguintes escopos: pesquisas que exploram as percepções das mulheres sobre o DIU; o uso do DIU no Brasil e no mundo; um breve histórico sobre as transformações das formas de oferta de contraceptivos à população; e a realidade vivenciada pelas mulheres na favela da Rocinha. O universo da pesquisa é formado por mulheres de 15 a 50 anos, usuárias da APS do Rio de Janeiro, residentes da favela da Rocinha. No desenho metodológico, através da análise de conteúdo de Bardin (1979), são explorados relatos das mulheres sobre contracepção e sobre o DIU de cobre. Foram realizadas 16 entrevistas, seguindo um roteiro semiestruturado, na Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Sousa (CFMSSS), situada nessa comunidade. Os relatos das usuárias foram gravados em áudio, transcritos e analisados. A opinião do médico, do companheiro das entrevistadas e o que é exposto em suas redes sociais se mostraram de grande importância para a construção das ideias que as mulheres têm a respeito do DIU. O medo e a dor foram sensações trazidas frequentemente nos relatos das entrevistadas e parecem se entrelaçar às diversas questões mostradas pelas vozes que constroem a pesquisa. Os sentidos dados pelas mulheres ao DIU de cobre partem de suas percepções pessoais, atravessadas pelas informações que recebem em suas redes sociais, que são ressignificadas por suas experiências prévias e planos em relação à contracepção e à saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Dispositivo Intrauterino de Cobre. Mulheres. Contracepção. Atenção Primária à Saúde. Políticas de Saúde Reprodutiva.

ABSTRACT

This study addresses the realities of women living in the Rocinha slum, located in Rio de Janeiro-RJ, and explores their perceptions and ideas about the copper IUD. The theoretical framework goes through the following scopes: research that explores women's perceptions about the IUD; the use of IUDs in Brazil and worldwide; a brief history about the changes in the forms of contraceptive provision to the population; and the reality experienced by women in the Rocinha slum. The research focuses on women, aged 15 to 50, users of the Primary Health Care in Rio de Janeiro, residents of the Rocinha slum. In the methodological design, In the content analysis by Bardin (1979), it is explored women's ideas about contraception and about the copper IUD. It was carried out 16 interviews following a semi-structured script, at the Maria do Socorro Silva e Sousa Family Clinic (CFMSSSS), located in this community. The users' reports were recorded in audio, transcribed and analyzed. In the results it was observed that the opinion of the doctor, the partner, and what is exposed in the social networks of the interviewees seemed to be of great importance for the construction of the ideas that women have about the IUD. Fear and pain were sensations frequently brought up in the interviewees' narrations and they seem to be intertwined in the various questions shown by the voices that build the research. The meanings given by women to the copper IUD start from their personal perceptions, crossed by the information they receive on their social networks, and which are re-signified by their previous experiences and plans regarding contraception and reproductive health.

Keywords: Intrauterine Devices, Copper. Women. Contraception. Primary Health Care. Health Planning Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Uso de DIU no mundo.....	30
Figura 2 -	Favela da Rocinha.....	49
Figura 3 -	Perfil das participantes da pesquisa.....	55
Figura 4 -	Gráfico 1 de similitude com os relatos das participantes sobre os contraceptivos citados.....	57
Figura 5 -	Gráfico em nuvem com os métodos contraceptivos citados com mais frequência na entrevista completa e palavras frequentemente associadas aos métodos.....	59
Figura 6 -	Esquema com os métodos contraceptivos agrupados segundo algumas características.....	60
Figura 7 -	Intersecção entre o interesse da mulher sobre contracepção e ciência.....	64
Figura 8 -	Gráfico 2 de similitude.....	67
Figura 9 -	Gráfico das categorias temáticas que surgiram a partir dos relatos das mulheres sobre o DIU.....	68
Figura 10 -	Gráfico da rede de conexões.....	84
Figura 11 -	Gráfico de similitude em relação ao DIU e aos efeitos adversos.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Clínica da Família
CFMSSS	Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FDA	Food and Drug Administration (EUA)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MFC	Medicina de Família e Comunidade/ Médico (a) de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RJ	Município do Rio de Janeiro-RJ
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	O DISCURSO DA CIÊNCIA	21
3	JUSTIFICATIVA	23
4	OBJETIVOS	26
4.1	OBJETIVO GERAL.....	26
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
5	REFERENCIAL TEÓRICO	27
5.1	PESQUISAS RELACIONADAS AO CONHECIMENTO SOBRE O DIU.....	27
5.2	PREVALÊNCIA DO USO DO DIU NO BRASIL E NO MUNDO.....	29
5.3	POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	31
5.4	CONCEPÇÃO, DIU E SEUS MECANISMOS.....	34
6	METODOLOGIA	38
6.1	DESENHO DE ESTUDO.....	38
6.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
6.3	ANÁLISE DE DADOS.....	42
6.4	IRAMUTEQ: INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	45
7	AS SINUOSIDADES DA ROCINHA: CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E DO PESQUISADOR NO TERRITÓRIO	47
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
8.1	ANÁLISE DOS DADOS.....	52
8.2	O ENCONTRO ENTRE O PROFISSIONAL MÉDICO E A MULHER QUE BUSCA A SAÚDE REPRODUTIVA.....	62
8.3	O DIU SEGUNDO AS MULHERES.....	66
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	99

APRESENTAÇÃO

Da minha trajetória

Ao longo dos últimos 17 anos, desde que iniciei meus estudos na área da saúde — inicialmente, na Fisioterapia e, posteriormente, na Medicina —, pude desenvolver um olhar amplo sobre o ser humano, não apenas como “organismo” em si, numa visão biologicista, mas também levando em conta os aspectos psicológicos, sociais, ambientais, econômicos e políticos, dentre outros.

Minha experiência profissional como fisioterapeuta me possibilitou uma aproximação dos pacientes que traziam, junto com suas dores físicas, suas angústias e outras questões que desafiavam meus conhecimentos técnicos previamente adquiridos. Foi necessário buscar respostas além das que já havia obtido; e ainda, reformular as minhas perguntas. Nesse processo de busca e reformulação, deparei-me com a possibilidade de ampliar conhecimentos e horizontes iniciando uma nova etapa que me faria crescer no âmbito pessoal e profissional: o curso de Medicina.

Ao longo dos 6 anos em que me dediquei ao estudo das teorias e práticas médicas, passei por momentos distintos. Encantei-me e desencantei-me diversas vezes. Desenvolvi uma visão crítica sobre a Medicina. A forma dura com que eram transmitidos os conceitos, pouco alinhada à realidade vivenciada no SUS (Sistema Único de Saúde) e utilizando uma forma hierarquizada e verticalizada de ensino, me fazia questionar essa forma de aprender e fazer medicina. O currículo acadêmico, ainda defasado, privilegiava nos primeiros anos de faculdade — durante o ciclo básico do curso, quando ocorria o contato inicial do aluno com as ciências biomédicas — um ensino puramente teórico. Aprendíamos a memorizar e identificar as doenças pelo livro de Medicina Interna, através das lentes dos microscópios do laboratório e dos cadáveres do anatômico. Um aprendizado teórico consistente; distante, porém, das nuances da prática. Finalmente, na metade do curso, na cadeira de semiologia médica, acompanhando o paciente à beira do leito, abria-se uma nova realidade, que parecia dar sentido à teoria acumulada anteriormente: o contato com o paciente; a anamnese; a disfunção; o doente; a doença; sua causa, sua manifestação e como ser eliminada ou afastada. No entanto, o mecanicismo com que o pensamento médico se mostrava para mim trazia uma sensação de incompletude. Eficiente, necessário, muitas vezes benéfico, outras maléfico, mas incompleto. A pessoa que tinha a doença era vista como sombra da entidade nosológica¹ que a perturbava.

¹ Entidade nosológica, segundo o dicionário médico: doença individualizada, com características e propriedades inerentes à patologia.

Uma vez liberta pela ciência e seu porta-voz, o doente curado de suas aflições poderia retomar suas funções normais da vida. Essa lógica me trazia um incômodo crescente, na medida em que percebia que as angústias e sofrimentos das pessoas não melhoravam com a “cura”, e que, mesmo esta, muitas vezes não era atingida — algumas vezes pela baixa eficácia do tratamento, outras por erros de diagnóstico, com frequência, devido a falhas de comunicação já esperadas de uma relação fria e distante como tantas vezes é construída entre o médico e o paciente.

No 5º ano, durante o Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade de 2013, finalmente parecia ter enxergado na Atenção Primária à Saúde (APS) aquilo que minhas aspirações me levavam ao encontro. Entrei em contato com profissionais capacitados científica e filosoficamente em espaços que tratavam de temas diversos. Pareciam olhar a saúde sob um prisma muito mais amplo do que entrei em contato na universidade. Temas como espiritualidade, saúde de populações vulneráveis, técnicas de comunicação clínica, saúde reprodutiva e tantos outros que até então eram inéditos para mim, aguçaram meu interesse sobre a APS e a Medicina de família e Comunidade (MFC). Tive a sensação de que as ideias que ouvia naquele evento já haviam passado pela cabeça em um debate comigo mesmo. Pela primeira vez durante o curso de Medicina, senti que estudava saúde e não apenas a doença. Nesse Congresso, realizado em Belém, no estado do Pará, participei de espaços ricos em discussão frente a temas tão relevantes como a saúde pública, o planejamento e a gestão em saúde, as determinações sociais de saúde (DSS) como a pobreza, saneamento, analfabetismo e tantos outros. Abria-se para mim, naquele momento, uma nova forma de olhar a saúde.

E esse novo olhar se ampliaria ao vivenciar durante o internato em APS na Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza (CFMSSS), uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada na Favela da Rocinha, município do Rio de Janeiro. Nesse ensejo, pude conhecer profissionais admiráveis que me introduziram ao cenário prático da APS. A proximidade e a forma com que os médicos de família se comunicavam com as pessoas, valorizando não só a sintomatologia, mas também o contexto em que estavam inseridos, reiteraram minha ligação com essa nova forma de entender saúde.

Após me formar no curso de Medicina em 2014, já certo de que seguiria na APS, busquei a Residência em MFC no mesmo local do internato. Dessa vez como profissional, imergi no território e enxerguei de perto os determinantes sociais de saúde em um espaço tão diverso, tão heterogêneo e tão vulnerável. Durante os 2 anos da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, desenvolvi habilidades clínicas importantes para a minha

atuação profissional, ao mesmo tempo em que ampliei o meu olhar sobre o contexto biopsicossocial² dos sujeitos que buscam um atendimento médico.

A saúde reprodutiva das usuárias da APS foi uma área de importante interesse durante o curso de especialização em MFC. Muitos eram os atendimentos em que as mulheres, de diversas faixas etárias e com distintas experiências e expectativas em relação à concepção e anticoncepção, buscavam informações com os profissionais de saúde. Desejavam saber quais os métodos ofertados na clínica da família e suas características. Busquei me aprofundar no tema para qualificar os atendimentos.

Os métodos mais procurados pelas usuárias eram os anticoncepcionais orais combinados, os anticoncepcionais injetáveis e o DIU. Este último, um método bastante utilizado na CFMSSS e, na época da pesquisa, amplamente disponível na APS do Rio de Janeiro, embora nem todos os médicos que atuem na APS estejam devidamente treinados para a sua inserção. Sem esquecer das reflexões que tive durante a graduação, passei a questionar o que pensavam as mulheres sobre o DIU, se havia barreiras para sua utilização, se existiam mitos capazes de influenciar nas escolhas em relação a esse método contraceptivo e quais as motivações para a adesão das mulheres ao DIU.

No Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Médica, em 2018, dei início ao que considero o início de minha trajetória na pesquisa social ao desenvolver um trabalho com o tema: “Dispositivo intrauterino: conhecimentos, atitudes e práticas de usuárias da APS na Rocinha”. O processo de formulação do questionário e aplicação junto às usuárias da APS; o processamento dos dados e sua análise; a discussão e o levantamento de hipóteses; a sensação de se estar produzindo ciência e contribuindo para ampliar a compreensão do que as usuárias conhecem e pensam sobre um determinado método contraceptivo — tudo isso despertou em mim um grande fascínio sobre o estudo do comportamento humano em relação a sua saúde reprodutiva. No mesmo ano em que terminei o curso de residência em MFC, ingressei no Curso de Mestrado Profissional em APS na Fiocruz/ENSP, onde venho desenvolvendo aspectos reflexivos e práticos em relação à APS. Minha dissertação de mestrado seguirá na temática do planejamento reprodutivo e sobre o que pensam mulheres, usuárias da APS do Rio de Janeiro, a respeito dos métodos contraceptivos ofertados, em especial o DIU.

² Para Engel (1980), o modelo biopsicossocial surgiu em contraposição e em alternativa ao modelo biomédico vigente, que seria a forma ocidentalizada de pensar e fazer uma medicina, por meio da análise pragmática dos fatos; um modelo que privilegiaria os conceitos da ciência acima da experiência do indivíduo. O modelo biopsicossocial, por sua vez, buscaria ampliar a visão sobre o ser humano, abrindo espaço para as diversas questões que o cercam, como ocupação, família, suas relações interpessoais e com a comunidade, sem ignorar o que o conhecimento técnico biomédico tem a contribuir. Um novo olhar sobre a saúde, possivelmente.

Da pesquisa

Os capítulos desta dissertação seguem da seguinte maneira: o planejamento reprodutivo no SUS; um pouco de história da contracepção e da influência do Estado sobre a decisão reprodutiva da população; e uma contextualização inicial sobre o método que optei por destacar — o DIU de cobre —, suas características principais e prevalência do uso em diversos territórios. A complexidade do território e dos sujeitos envolvidos, que foram minha grande motivação em todo o percurso, são desenhados ao leitor de forma longitudinal no texto, com o intuito de que o cenário vá tomando forma progressivamente. Em seguida, me pareceu interessante trazer discussões acerca do jogo de forças que se estabelece entre o discurso científico e as subjetividades em saúde, que será algo transversal ao estudo. Sigo com a justificativa, os objetivos gerais e específicos. Na construção do referencial teórico, busquei pesquisas anteriores relacionadas aos conhecimentos e percepções de mulheres sobre o DIU, quando foram encontrados alguns artigos internacionais sobre o tema. Dados sobre a frequência do uso do DIU em diversos países e em território nacional foram demonstrados e contextualizados. Em seguida, abordo a evolução e a transformação das políticas de planejamento reprodutivo implementadas no Brasil ao longo de décadas, assim como os principais conceitos relacionados aos direitos reprodutivos.

Na metodologia, discorri sobre como foi feita a análise dos dados obtidos em entrevistas que abordam o tema DIU e contracepção. A discussão se deu, em seguida, pelos critérios metodológicos propostos, utilizando técnicas de análise de conteúdo de Bardin (1979) através do software IRAMUTEQ.

Trago comigo minhas crenças, minha cultura, meus costumes, meus conceitos preconcebidos — o meu lugar de fala. Para Djamila Ribeiro (2017), todos tem o seu lugar de fala, e os grupos historicamente privilegiados devem reconhecer que reproduzem a ordem construída, mesmo de forma inconsciente. Pensar em lugar de fala é também uma postura ética. “Saber o lugar de onde falamos é fundamental para pensarmos hierarquias, as questões de desigualdade, pobreza, racismo e sexismo” (BORGES apud RIBEIRO, 2017, p. 85). Penso que, ao reconhecer a minha posição enquanto homem branco, cisgênero, heterossexual e profissional de saúde médico, advindo de um território com características sociais diversas àquelas encontradas na favela da Rocinha, e ao assumir também o papel de pesquisador no contexto descrito, me permito amplificar, através da vivência e da escuta, minha capacidade de compreensão dos fenômenos observados.

1 INTRODUÇÃO

Planejamento reprodutivo no SUS

Os direitos reprodutivos são garantidos às mulheres brasileiras através da lei sobre o planejamento familiar nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o Planejamento Familiar no Brasil: “entende-se planejamento familiar 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” (BRASIL, 1996).

Segundo esse documento, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o órgão competente para normatizar e realizar ações ligadas ao planejamento familiar no sistema público de saúde. O parágrafo 7º dessa lei federal afirma ser vedada qualquer forma de coerção por parte das instituições sobre a decisão do casal a respeito do planejamento reprodutivo, competindo ao Estado informar e orientar a população, garantindo acesso igualitário aos métodos e técnicas disponíveis para regular a fecundidade.

A Política Nacional de Planejamento Familiar (BRASIL, 2009) versa, entre outras questões, sobre a distribuição gratuita de oito métodos contraceptivos a mulheres em idade fértil (10 a 49 anos): anticoncepcional injetável trimestral, anticoncepcional injetável mensal, pílula oral combinada, diafragma, DIU (dispositivo intrauterino) de cobre, preservativo masculino e feminino, pílula de emergência e minipílula.

Desde já torna-se importante enfatizar a importância histórica e, como ganho social, da autonomia, da universalidade, do acesso e do direito da população no âmbito do planejamento reprodutivo na saúde pública brasileira.

Planejamento reprodutivo e histórias da contracepção

O desejo reprodutivo e o planejamento reprodutivo remontam-nos à concepção. A antropóloga Gilda de Castro Rodrigues (1990) discute a concepção como algo profundamente transformador na vida da mulher, já que proporciona experiências afetivas singulares, capazes de ampliar as conexões sociais e modificar as estruturas familiares. Por outro lado, pode ser uma experiência perturbadora, afetando a saúde física e mental, interferindo no trabalho e na formação educacional, social e coletiva. A partir da concepção, é gerado um ser que será dependente de cuidados durante muitos anos posteriores ao nascimento. Frente a tantas modificações importantes na vida dos pais, surge a necessidade de uma avaliação cuidadosa sobre quando e como planejar esse momento.

Para a autora (Rodrigues, 1990), os interesses dos progenitores em ter, ou não, filhos, naquele momento, deve ser algo central no planejamento reprodutivo, porém aponta a forte influência do Estado e da economia sobre a natalidade, de acordo com os interesses vigentes de governantes e elites. A necessidade de se ter uma população numerosa em determinados períodos históricos, para trabalhar na indústria ou nos campos, ou mesmo para ocupar novos territórios conquistados, levou muitos governantes a aplicar políticas natalistas, ou seja, políticas que estimulam a procriação e o aumento populacional. Em contrapartida, em épocas de epidemias avassaladoras, condições climáticas adversas e de matéria-prima para subsistência escassa, optou-se por políticas antinatalistas para o controle do crescimento populacional. É importante salientar que essa questão pode se tornar tão assimétrica quanto maior o interesse do Estado em controlar as famílias. A autora faz um resgate histórico, desde a antiguidade e em diversas sociedades, sobre o comportamento de governantes e população frente ao planejamento reprodutivo.

Em Roma, por exemplo, no século I antes de Cristo, havia uma forte inclinação natalista devido à necessidade de se ocupar os territórios conquistados. No entanto, segundo registros, o político e pensador romano Cícero (106 a.C.-43 a.C.) observou que grande parte das mulheres não desejava ter filhos. Métodos mecânicos, químicos e comportamentais para evitar a gravidez eram transmitidos de mulher para mulher por gerações. O aborto era uma prática comum, e seus métodos variavam desde a ingestão de purgativos e poções de raízes, inserção de instrumentos pela vagina e útero, até formas menos convencionais, como andar em carroças por estradas esburacadas ou levantar pesos. O imperador romano Júlio César (100 a.C.-44 a.C.), comunicado por Cícero sobre o desinteresse das mulheres em contribuir para o aumento da população, introduziu leis que penalizavam celibatários e casais sem filhos e concedeu benefícios para casais com mais de 2 filhos. Práticas homossexuais eram malvistas e duramente penalizadas. O modelo de família difundido como ideal era aquele com um homem, uma mulher e numerosa prole. Com o Império Romano constantemente em guerra, e buscando a conquista de novos territórios, eram necessários muitos soldados e uma população numerosa (RODRIGUES, 1990; ROMANO, 2017).

Séculos após a expansão romana com a conquista de territórios, enriquecimento das elites e uma economia vigorosa dependente da mão de obra escrava, observou-se uma estagnação das conquistas e invasões. Os custos das guerras eram muito altos. Crises internas na agricultura e economia contribuíram para a pauperização da população. A pobreza e a desigualdade se disseminavam pelo Império. Em tempos de crise, atitudes antinatalistas começavam a ser mais frequentes — relações homossexuais eram toleradas, a média de idade

dos casamentos aumentou, aborto e infanticídios se tornaram comuns. O interesse do Estado não mais se pautava no aumento da natalidade, como durante a época das conquistas romanas (MATOS, 2012), mas no seu controle. O aumento da pobreza e a escassez de recursos de subsistência pela crise na agricultura levou à implementação de políticas antinatalistas, que buscavam diminuir a expansão da população (RODRIGUES, 1990; ROMANO, 2017).

As leis que proibiam o aborto e o infanticídio foram revogadas e essas práticas se tornaram legais caso houvesse o consentimento por parte do pai. A figura patriarcal ganhava grande prestígio. O *pae de familia*,³ em latim, ou pai de família, poderia decidir pelo destino de crianças, mulheres e servos, pela sua vida ou morte, pela sua venda, emancipação e por casamentos arranjados. Mortes de bebês por estrangulamento, afogamento, ou simplesmente o seu abandono nas matas para serem devorados por animais, eram toleradas se houvesse consentimento paterno. As mulheres, figuras subalternas e, segundo as leis, consideradas incapazes, estavam sempre sujeitas a esta figura de autoridade — inicialmente em suas famílias originais e, após se casarem, aos *pae de familia* de seus maridos (ROMANO, 2017).

Com a diminuição significativa da população do Império Romano no século III d.C., após epidemias dizimadoras, alterações climáticas importantes para o plantio, crises políticas e econômicas, o aumento populacional se tornava novamente algo desejado pelo Estado. Novamente, o aborto e o infanticídio são considerados crimes. Nessa época, o Cristianismo ganhava força entre o povo e poder político e financeiro. A visão do sexo com a função exclusivamente reprodutora era mais uma ferramenta para estimular o aumento populacional. Com a posse de muitas terras, a igreja católica, que condenava o modelo escravagista, carecia de mão de obra para trabalhar nas lavouras. O aumento populacional decorrente teve papel vital na soberania da Igreja católica nos séculos seguintes.

O exemplo do Império Romano ilustra como interesses das elites, as políticas e as leis são capazes de direcionar a reprodução humana em uma sociedade ao longo dos séculos (RODRIGUES, 1990). O autor observa ainda que em outras sociedades, como na Grécia Antiga e na Europa durante a Idade Média, Moderna e Contemporânea, fatores econômicos, políticos, sociais e culturais influenciam nas medidas adotadas pelos governantes e no comportamento reprodutivo da população, mantendo a mulher em um papel de subserviência e o homem de soberania. Trata-se de um padrão que vem se transformando, no entanto,

³ Era a figura máxima de autoridade dos agregados familiares. As únicas pessoas jurídicas plenas. Gozava de total autoridade até sua morte, quando então os outros homens ganhavam o título de *paes familia* (ROMANO, 2017).

principalmente sob a luz da ciência moderna com o advento da pílula anticoncepcional, em 1960, e o movimento feminista, iniciado no século XX (LIMA, 2018).

Margaret Sanger, enfermeira, educadora sexual e ativista estadunidense, criou a primeira clínica de controle de natalidade nos Estados Unidos, em 1916. Naquele tempo, a Lei de Comstock, promulgada em 1873, proibia a divulgação e o uso de qualquer tipo de contraceção. Podemos identificar aqui a influência natalista sobre os direitos reprodutivos. Margareth foi presa mais de uma vez devido ao seu ímpeto em tornar acessível a informação e o uso de contraceptivos. Fundou o instituto conhecido hoje como *Planned Parenthood* e, ainda, influenciou de forma direta o avanço das pesquisas que decorreram na década de 50 sobre os efeitos da progesterona na fertilidade da mulher, que culminaram no desenvolvimento e comercialização da pílula anticoncepcional.

O Enovid, comprimido com dose até 65 vezes maior que as pílulas atuais, foi aprovado pela FDA (Agência Federal Americana) em 1960, após testes em mamíferos e seres humanos. Conforme apurado pela jornalista Juliana Domingos de Lima (2018), relatos de possíveis efeitos adversos dos hormônios não foram inicialmente levados em consideração pelos pesquisadores. Após 10 anos, quando seu uso nos EUA e no Brasil já era bastante difundido, foi observada a relação entre o uso da pílula e o aumento da chance de surgimento de câncer e trombose. Esse risco diminuiu à medida que doses cada vez menores de hormônios foram testadas para minimizar os efeitos adversos, mas que fossem suficientes para atingir a eficiência máxima da pílula anticoncepcional.

A pílula anticoncepcional levou a uma dissociação entre relação sexual e gravidez nas relações heterossexuais. O sexo entre pessoas que não tem uma relação conjugal passou a ser visto de outra maneira e as mulheres pareciam respirar um ar de liberdade, como se observa na canção:

Todos esses anos eu fiquei em casa
Enquanto você se divertia
E todos os anos que passavam
Vinha outro bebê
Algumas mudanças vão acontecer
Aqui no berçário
Você cozinhou essa galinha pela última vez
Porque agora eu tenho a pílula
(Loretta Lynn⁴, “The Pill”, 1975. Tradução nossa)

Enquanto a artista de música *country* americana que escreveu a música era boicotada em algumas rádios e rechaçada pelos conservadores por fazer apologia à contraceção,

⁴ A canção foi composta por Loretta Lynn em coautoria com Lorene Allen, Don McHan e T. D. Bayless.

mulheres de todo o mundo começavam a ter uma nova perspectiva do que era “ser mulher”. Mudanças importantes no comportamento sexual das mulheres ocorreram nesse período. O sexo sem a finalidade de procriação deixava de ser um tabu e o prazer feminino começava a ser um tema mais discutido, embora de forma tímida. A pílula oferecia para a mulher, além de uma maior abertura para viver sua sexualidade, a liberdade de estudar e trabalhar sem precisar ser interrompida no seu processo de aprendizado por uma gravidez não planejada. E por que não dizer direito à vida? Uma vez que o parto, na época, apresentava um risco razoável de óbito para a mãe.

As relações entre mulheres e homens havia se transformado. O jogo de forças que pendia para lado considerado mais forte estava desconfigurado. Novas tensões redesenhavam as relações. Papeis sociais ligados a gênero eram questionados. Filhos, carreira, casa — a possibilidade de programar a vida reprodutiva de forma eficaz abria novo horizonte para as mulheres e suas famílias. Entre os homens, a pílula gerava grande preocupação. Odair José, em música lançada em 1973, ilustra muito bem esse novo desenho que surgia na relação entre os gêneros:

Você diz que me adora
Que tudo nessa vida sou eu
Então eu quero ver você
Esperando um filho meu
Então eu quero ver você
Esperando um filho meu

Pare de tomar a pílula
Pare de tomar a pílula
Pare de tomar a pílula
Porque ela não deixa o nosso filho nascer
(Odair José, “Pare de tomar a pílula”, 1973)

Porém, o que pedia Odair José na música não ia de acordo com os planos do governo militar brasileiro, que censurou a obra por ir contra a política do governo de controle de natalidade (LIMA, 2018). Essa política seguia um movimento que propunha o controle de natalidade em países subdesenvolvidos, pois uma população numerosa era vista como fonte de pobreza, miséria e outros problemas sociais. Observamos novamente o interesse do Estado em controlar o crescimento demográfico excessivo, agora sob a luz da ciência moderna e de métodos contraceptivos com mecanismos de ação mais complexos. No Brasil, em 1970 já eram 6,8 milhões de mulheres usando a pílula e em 1980 eram mais de 40 milhões (LIMA, 2018).

É curioso observar que, na década de 50, antes de ser aprovada para comercialização, a pílula anticoncepcional, estudada por norte-americanos, foi testada na população de Porto Rico.

Segundo reportagem do *Washington Post* (2017), nesse país não havia leis contrárias ao uso de contraceptivos e a população era bastante numerosa. Portanto, um campo ideal para se fazer os testes: 1500 mulheres fizeram parte dessa pesquisa de 1956 a 1964. Efeitos colaterais como náuseas, tontura, dor de cabeça e problemas circulatórios foram relatados, mas teriam sido solenemente ignorados pelos cientistas. Informações mais detalhadas sobre os experimentos são escassas. No entanto, a confirmação sobre a alta efetividade da pílula foi festejada.

Somente dez anos depois descobriu-se que o uso contínuo da pílula anticoncepcional poderia aumentar as chances de câncer de mama e de trombose. Só a partir daí, começou-se a buscar alternativas sobre como diminuir a quantidade de hormônio nos comprimidos, para uma dose alta o suficiente para promover a eficácia contraceptiva, mas baixa o suficiente para minimizar a ocorrência dos efeitos adversos graves observados. Essa medida só foi encontrada décadas mais tarde e as doses atuais de hormônios encontradas nos contraceptivos orais são bastante mais baixas e mais seguras do que a dos comprimidos utilizados em meados do século XX, embora ainda apresentem riscos para os efeitos adversos sintomáticos mais comuns, até as síndromes clínicas mais graves, conforme mencionado.

O dispositivo intrauterino (DIU)

Este estudo busca compreender o que pensam as mulheres sobre a sua contracepção e principalmente sobre o dispositivo intrauterino de cobre TCU 380 A. O DIU é o método contraceptivo em destaque nesta pesquisa por ser um contraceptivo reversível de longa duração, que possui vantagens como eficácia acima de 99% (OMS, 2017; BRASIL, 2012); baixo custo a longo prazo (R\$70,00 a R\$288,00) (TELEDIU, 2020); e longa duração (até 10 anos). Seus efeitos adversos mais comuns são o aumento transitório do sangramento menstrual e o aumento da intensidade das cólicas menstruais (BRASIL, 2018). No Brasil, seu uso ainda é relativamente baixo quando comparado a outros países; no entanto, existe um esforço por parte das instituições públicas de saúde para aumentar seu uso (CANAL FIOCRUZ, 2017). Embora o DIU seja o método reversível mais utilizado no mundo, com uma prevalência próxima de 14% (BUHLING, 2013), no Brasil é o método contraceptivo de escolha de 1,9% das mulheres em idade fértil que fazem uso de algum método, ficando atrás da laqueadura tubária, pílula e camisinha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Os primeiros dispositivos confeccionados datam do início de 1929, porém apenas nos anos 60 foram desenvolvidos DIUs de cobre em forma de T, como é conhecido atualmente. Desde então, ganhou popularidade entre mulheres que buscavam um método contraceptivo não hormonal, de longa duração e alta eficácia (THIERY, 1997). Existem diversas

publicações na literatura científica que abordam o conhecimento e a aceitação entre mulheres em idade fértil sobre o uso do DIU em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Pensando nesses dados, e no território onde fiz minha residência médica, foram surgindo questões estruturantes para esta pesquisa. Com apenas 1,9% das mulheres brasileiras em idade fértil fazendo uso do DIU, quais os sentidos atribuídos a esse método pelas usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro, especificamente naquele contexto onde eu atuava? Levando em consideração que as UBSs do Rio de Janeiro-RJ, chamadas de Clínicas de Família, estão em grande parte localizadas em territórios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁵, atendendo majoritariamente uma população negligenciada em serviços públicos e muitas vezes vivendo em condições de grande vulnerabilidade social. Ademais, essas mulheres conhecem o DIU? Quais informações possuem sobre o método? Suas fontes de informações certamente são diversas e expressam o conteúdo simbólico sobre os usos do DIU em seus corpos: reportagens, entrevistas, propagandas, profissionais de saúde, amigas, parentes, além das próprias construções individuais que as fazem elaborar as sensações que o DIU pode trazer, tanto físicas quanto psicológicas.

Considerando que a escolha por um método contraceptivo pode passar por barreiras de diferentes origens, como a não disponibilidade do próprio método em muitos serviços de saúde; a falta de informações e de aconselhamento adequado pelos profissionais de saúde, que acarretam muitas vezes no seu uso de forma incorreta; questões que podem ser minimizadas com a organização dos próprios serviços, com alocação de recursos financeiros, planejamento e treinamento dos profissionais (OMS, 2007), quais seriam as barreiras visíveis nesse contexto estudado?

Muitas mulheres possuem dúvidas ou têm informações restritas sobre os efeitos adversos e a eficácia que os métodos apresentam, o que certamente pode influenciar na sua escolha por um método contraceptivo. Outras questões mais subjetivas que surgem e que podem ser determinantes no uso dos contraceptivos são relacionadas ao medo de um julgamento social frente à opção de utilizar um ou outro método, e, no âmbito de casais heterossexuais, a influência dos parceiros das mulheres (OMS, 2007).

Entendo que a decisão sobre a concepção e contracepção deve ser do casal⁶, após serem devidamente informados sobre as particularidades dos métodos contraceptivos. No

⁵ O Índice Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pela Organização das Nações Unidas (ONU), é feito a partir de três critérios: educação, renda e saúde.

⁶ Vale ressaltar que, apesar do pesquisador reconhecer que o DIU também pode ser usado por pessoas e casais transexuais, esta pesquisa transcorreu a respeito de casais heterossexuais (homem e mulher cisgênero) que desejam evitar uma gestação, já que esse foi o perfil das mulheres entrevistadas.

entanto, a mulher, que sofre tantas transformações biológicas, psicológicas e sociais diretas em decorrência de uma gravidez ou do uso de um método contraceptivo, deve ter voz ativa neste momento. A escolha de ter filhos ou de como fazer para não os ter é complexa e, como vimos, influenciada por diversos fatores. Os significados individuais sobre a concepção e sobre as escolhas relacionadas à contracepção devem ser compreendidos e respeitados.

As mulheres da Rocinha

Nas consultas ambulatoriais voltadas à saúde da mulher na Rocinha, pude observar que a história de vida das mulheres (público-alvo desta pesquisa) e a relação que possuem com a sua própria sexualidade expressavam a representação que a concepção e a contracepção têm em suas vidas, influenciando também na opção por um ou outro método contraceptivo.

No universo da Favela da Rocinha, que possui cerca de 70.000 habitantes (IBGE, 2010), encontramos uma população heterogênea, que partilha: vulnerabilidade social, baixa escolaridade, pobreza e violências nas relações. São em grande parte mulheres de origem nordestina, que vieram para o Rio de Janeiro-RJ buscando condições de vida mais satisfatórias; e mulheres negras, obrigadas a conviver diariamente com o racismo e o machismo estrutural. Segundo Moschkovish (2013), o machismo estrutural é o machismo cotidiano, não declarado, no qual estamos todos inseridos, que coloca a mulher em uma posição subalterna, na qual a submissão e aceitação de sua condição servil enquanto mulher na sociedade são desejados e estimulados.

Aqui, falo dos perfis habituais de mulheres que atendia diariamente na Clínica da Família; mulheres que sofrem cronicamente agressões físicas e psicológicas, com danos irreversíveis em sua autoimagem, ao passo que são essas mesmas mulheres as mantenedoras da família. Mulheres com trabalhos de uma carga horária extenuante, responsáveis pelo cuidado de seus filhos, maridos e trabalho doméstico, mas ainda subvalorizadas e menos remuneradas que os homens, apesar de exercerem funções similares (CAVALLINI, 2018).

Muitas dessas famílias atendidas têm seu sustento garantido por programas de distribuição de renda, como o Bolsa Família. E foram inúmeras as histórias que presenciei de mulheres que, ao engravidarem, foram maltratadas ou abandonadas por seus parceiros, que enxergam a gravidez e a criação de uma criança como uma função exclusivamente feminina, não se responsabilizando pelas atribuições parentais. Pretendo, com este trabalho, escutar em outra perspectiva essas mulheres, cujas histórias foram tão vivas para o meu aprendizado, e produzir um deslocamento do olhar médico científico para o olhar dos sujeitos estudados.

2 O DISCURSO DA CIÊNCIA

Clavreul (1983) defende que o discurso da ciência, importante influência na vida das pessoas, exclui a subjetividade tanto do enunciador quanto do interlocutor. O médico seria, então, sujeito do discurso médico que serve à instituição médica. Anulado de sua subjetividade e, portanto, de sua individualidade, o médico existe e persiste na medida em que se suprime enquanto indivíduo para responder em nome do saber científico. Clavreul (1983) sustenta que, uma vez dessubjetivados, médico e paciente não mantêm uma relação médico-paciente verdadeira. Um monólogo e não um diálogo se estabelece e a função silenciadora do discurso médico se manifesta, negando tudo que nele não está inserido. O sujeito cuidado, por outro lado, rejeitado nas suas subjetividades, mas possuidor de saberes próprios, é atravessado pelos saberes científicos, e é então esperado que a pessoa se submeta às verdades que a ciência traz.

Nessa relação médico–mulher sobre a oferta e a escolha de um método contraceptivo, voltemo-nos para os olhares dos sujeitos envolvidos. É tarefa complexa para o médico, formado em um contexto de ensino e em uma sociedade que privilegia o olhar científico sobre o olhar dos sujeitos, abordar e acessar ideias, opiniões, conhecimentos e expectativas sobre a saúde reprodutiva da mulher.

Bonet (2004) entende que ao se negar aspectos sociais e humanos dos sujeitos cuidados, o que prevalece é um modelo que tende a explicar como ocorre o processo saúde doença na visão do médico ou da instituição médica, desconsiderando a visão, em nosso caso, das mulheres sobre seus próprios corpos. Este estudo, no entanto, tem a intenção de valorizar a percepção das mulheres sobre suas escolhas contraceptivas, em especial sobre o DIU de cobre, ofertado gratuitamente nos serviços públicos do país e, em particular, na Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro.

Compreendo que, entre as questões pessoais, relacionais e emocionais das participantes que possam ser identificados durante a análise dos dados, e o olhar da ciência moderna sobre suas próprias questões, exista um lugar um tanto nebuloso. Em seu texto “Um discurso sobre as Ciências na transição para uma ciência pós-moderna” (1988), o sociólogo Boaventura de Sousa Santos retoma algumas perguntas de Rousseau a partir das quais poderíamos traçar paralelos com a nossa pesquisa. Questões como a seguinte: “Há alguma razão de peso para substituímos o conhecimento vulgar que temos da natureza e da vida que partilhamos com homens e mulheres de nossa sociedade pelo conhecimento científico produzido por poucos e inacessível à maioria?” (SANTOS, 1988, p. 47).

Ali, Santos reflete sobre o modo como é produzido o conhecimento científico, e a negação do conhecimento vulgar ou ordinário que seria um tipo de conhecimento popular, construído pelo indivíduo para dar sentido às suas práticas no mundo. As questões da ciência, segundo o autor, moderna estariam diametralmente opostas às questões sociais e pessoais.

Nesse sentido, e retornando à nossa pesquisa, a análise das entrevistas realizadas verte não na substituição de um conhecimento pelo outro, mas, sim, sobre seu encadeamento. Mesmo que para enxergar tal dimensão seja essencial a compreensão das partes. Conhecimento vulgar e conhecimento científico podem ter sua potência ampliada sob o denominador das ciências sociais.

Santos (2010) observa um endurecimento metodológico acumulado nos últimos séculos, com o desenvolvimento da ciência moderna, motivado pela luz de algumas ideias até então ignoradas pelo homem ocidental: o heliocentrismo de Copérnico, que ressignifica a dimensão do Planeta Terra no Universo próximo do ano de 1500 e as grandes navegações do início do século XVI, que mudam a forma do homem de se enxergar no mundo; o empirismo de Francis Bacon no século XVI, que busca sistematizar os fenômenos naturais observados, atravessados pelo modelo cartesiano de Descartes em 1640 e o “discurso sobre o método”, e aproveitado por Newton em 1700, que traz as Leis da Física; e ainda Vico, com a sua *Scienza Nuova* em 1744, que busca resolver a aparente contradição entre a “liberdade e a imprevisibilidade da ação humana individual e a determinação e previsibilidade da ação coletiva” (SANTOS, 1988, p. 52).

Desde o início do iluminismo, no século XVI, a ciência pareceu emancipar o homem de crenças e dogmas clericais, através da aplicação de teorias que poderiam ser comprovadas por algum modelo. Na medida dos séculos, cada vez mais, os modelos matemáticos mostravam o caminho de uma nova era. Porém, uma vez estabelecido que a ciência depende exclusivamente de comprovações numéricas para embasar suas teorias, e caso as fórmulas ou modelos não se mostrem efetivos, ou melhor, reproduzíveis, são considerados falsos (SANTOS, 2010). Para o autor, o conhecimento vulgar é o que nós, sujeitos individuais ou coletivos, criamos e usamos para dar sentido às nossas práticas e que a ciência moderna insiste em considerar irrelevante, ilusório e falso.

Essa breve retrospectiva do olhar ocidental sobre a ciência moderna feita por Santos (2010) é importante para entendermos o momento atual. Estamos presos a modelos anteriores, mas ao mesmo tempo o mundo busca um novo olhar sobre o estudo dos acontecimentos, que considere não somente um modelo explicativo, mas que atribua sentido vital às teorias.

3 JUSTIFICATIVA

Segundo pesquisa sobre a atenção ao pré-natal no Brasil, 55,4% das gravidezes não são planejadas (FIOCRUZ, 2014), ou seja, 1,8 milhões de gestações ao ano iniciam sem a reflexão que merece a ação de gerar uma vida. São quase 160.000 abortos espontâneos e 50.000 abortamentos induzidos por ano advindos de gestações não planejadas no Brasil, onde se incluem as não desejadas, que representam 29,9% do total de gestações, gerando gastos para a saúde pública de até 5.8 bilhões de reais ao ano (LE *et al.*, 2014.) No Brasil, dados da pesquisa Todos pela Educação (2013) mostraram que 57,2% das mães entre 15 e 17 anos não estuda nem trabalha, e apenas 28,6% das mães adolescentes conseguem manter os estudos (FERREIRA, 2017). A evasão escolar, o comprometimento da renda familiar e as relações conflituosas advindas de uma gestação não programada são algumas das situações observadas. Esses dados revelam algumas consequências do planejamento reprodutivo malconduzido ou ausente e seus efeitos para as famílias.

É majoritariamente das mulheres o protagonismo de procurar o serviço médico de referência para se informar e decidir sobre o uso de algum método contraceptivo. Os homens, em geral, não estão presentes nas consultas. Nesse sentido, a relevância do tema transita em ouvir, compreender e dar voz ao que as mulheres pensam, para uma melhor abordagem no âmbito do aconselhamento sobre contracepção na APS.

Durante a prática como residente em MFC e depois como médico de família e comunidade em territórios socialmente vulneráveis no Rio de Janeiro, entrei em contato com diversas questões que extrapolavam os protocolos clínicos. Observei que a violência, o analfabetismo, a baixa escolaridade, a pobreza e a miséria, além da escassez de ambientes de lazer e cultura, parecem restringir a autonomia do sujeito sobre sua forma de estar no mundo e suas decisões, inclusive no âmbito da saúde reprodutiva. Esta pesquisa parte, então, da proposta de ampliar a escuta às mulheres, com foco em seu planejamento reprodutivo, já que suas vidas podem ser profundamente afetadas quando não há compreensão de sua autonomia no processo de escolha pelo método contraceptivo que mais atenda às suas demandas. Para isso, é preciso também ampliar a visão dos profissionais de saúde no sentido de qualificar o atendimento ofertado.

Seguindo a temática do planejamento reprodutivo e contracepção, considerei relevante buscar informações sobre os métodos que dispúnhamos na CFMSSS e as percepções das usuárias sobre cada um deles. O dispositivo intrauterino de cobre me trouxe especial interesse, uma vez que se trata de um método não hormonal de longa duração e alta eficácia, mas ainda

pouco utilizado no Brasil quando comparado à média de outros países. Meu conhecimento sobre esse método ao iniciar a residência médica era escasso, já que na graduação em medicina o foco recaí sobre a prescrição de anticoncepção hormonal oral. Mas ao realizar rotineiramente a inserção de DIUs junto ao meu preceptor da residência, Marcos Adams, apreendi suas características, seus efeitos adversos, suas vantagens e desvantagens. Esse método era bastante divulgado e utilizado pelos profissionais da CFMSSS pelos seus benefícios claros. Nós, residentes, passávamos pela formação teórica e prática para aprendermos a inserção do DIU desde o início do programa, a partir das abordagens da medicina baseada em evidências (no âmbito da melhor escolha clínica do método contraceptivo) e do método clínico centrado na pessoa (no que diz respeito ao plano terapêutico compartilhado). Nesse sentido, algo que me causava certa perplexidade era que, ao citar o DIU como uma possibilidade de contracepção, as reações das mulheres durante as consultas soavam como uma surpresa, mas eram as mais variadas — desde uma repulsa imediata à proposta, até entusiasmo e prontidão para já inserirmos o DIU naquele encontro clínico.

Todo esse contexto me influenciou a desenvolver como Trabalho de Conclusão de Curso da Residência em MFC um estudo intitulado “Dispositivo intrauterino: conhecimentos, atitudes e práticas de moradoras da Rocinha”, no qual apliquei um questionário às usuárias da CFMSSS com o objetivo de avaliar seus conhecimentos em relação a esse método. Na pesquisa realizada em 2017, de metodologia quantitativa, as participantes eram questionadas se as afirmativas acerca das características do método eram verdadeiras ou falsas, a partir de uma entrevista pré-estruturada. Na ocasião, por se tratar de uma pesquisa quantitativa⁷, os resultados se limitaram a responder às perguntas fechadas, e observei haver certo distanciamento entre tais perguntas e as reais questões que afligiam as mulheres. Pretendi, então, aprofundar-me no tema por meio deste mestrado, mas agora a partir de uma perspectiva qualitativa, buscando o que de fato pensam as mulheres sobre contracepção e DIU. Considero que compreender a relação dos sentidos atribuídos ao DIU pelas mulheres, com escolhas sobre a contracepção, poderá auxiliar os profissionais da APS a valorizar mais a perspectiva feminina no atendimento à saúde reprodutiva e aprimorar a comunicação clínica na consulta.

A comunicação das mulheres com os profissionais de saúde sobre os métodos contraceptivos disponíveis e suas características é de grande importância no processo de construção das ideias das mulheres sobre as possibilidades que existem (GUTIN, 2011). No

⁷ Segundo Flick (2013), as pesquisas quantitativas estudam os fenômenos a partir de conceitos expressados previamente de forma teórica; o pesquisador levanta algumas hipóteses que partem da sua própria observação e elabora um modelo que busca confirmar, ou não, tal hipótese.

encontro clínico, é possível ofertar os contraceptivos disponíveis, orientar quanto às características de cada um e, se for utilizada uma abordagem que valorize as ideias e experiências das (os) usuárias (os), é possível criar um vínculo entre profissional e paciente que garanta uma continuidade do cuidado e das trocas. Torna-se, portanto, essencial entender o sujeito em seu contexto — a sua história, as suas preferências, as suas crenças e os seus conhecimentos prévios.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de mulheres em idade fértil sobre o uso do DIU como método contraceptivo, na Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Sousa, bairro da Rocinha, município do Rio de Janeiro.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar os sentidos atribuídos ao DIU.
- 2) Relacionar os sentidos atribuídos ao DIU, com escolhas sobre a contracepção.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 PESQUISAS RELACIONADAS AO CONHECIMENTO SOBRE O DIU

Ao se buscar na literatura estudos que procuram identificar e discutir os conhecimentos de mulheres (usuárias do sistema de saúde) e/ou profissionais da saúde sobre o tema, selecionamos aqueles mais afins às questões centrais desta pesquisa. A maior parte dos autores salienta o fato de o DIU ser subutilizado nos países onde foram realizados os estudos. Destaco os que foram desenvolvidos na África do Sul, em Madagascar e nos Estados Unidos, locais onde se buscam informações sobre o conhecimento das mulheres sobre o método e sua aceitabilidade. Não foram encontrados estudos brasileiros que abordam especificamente a temática do conhecimento de mulheres sobre o DIU.

O estudo sul-africano entrevistou 205 usuárias do sistema de saúde e 32 profissionais para avaliar os conhecimentos dos entrevistados em relação ao método (GUTIN *et al.*, 2011). Os autores afirmam que na África Subsaariana o uso do DIU é o mais baixo entre todos os continentes, sendo o método de escolha de apenas 1% das mulheres em idade fértil que usam algum método contraceptivo. Foi utilizada na pesquisa a metodologia quantitativa com aplicação de questionários nos serviços de saúde sobre os conhecimentos das mulheres sobre o DIU. Segundo o estudo, as mulheres entrevistadas tinham muitas dúvidas e grande parte delas desconhecia o método, embora tivessem uma avaliação positiva após ouvir uma breve explicação sobre as suas características. Ao pesquisar sobre o conhecimento dos profissionais de saúde, o estudo constatou que grande parte deles também é bastante limitado para realizar o aconselhamento adequado e ofertar a inserção do DIU. A falta de capacitação dos profissionais foi identificada como uma grande barreira para a adesão das pacientes ao método. Uma limitação citada em relação ao próprio estudo é que o questionário não aborda o modo como as mulheres se sentem individualmente e os autores acreditam que um estudo qualitativo seria necessário para se avaliar essa questão.

Já em Madagascar, os autores utilizaram uma metodologia qualitativa. Foram criados seis pequenos grupos com três participantes cada, onde cada uma foi individualmente entrevistada respondendo a perguntas semiestruturadas, que avaliaram não só os conhecimentos de usuárias em relação ao DIU, como outras questões que se ampliam à luz dessa metodologia, conforme as participantes trazem suas experiências e as ressignificam (GOTTERT *et al.*, 2014). Segundo o estudo, as mulheres, mesmo após receberem informações corretas de fontes confiáveis, rejeitavam o método provavelmente devido a

medos antigos e arraigados. Elas tendiam a diminuir esses medos sobre o método após ouvir outras mulheres que tiveram experiências positivas com o DIU e ao receber suporte emocional adequado da equipe. Quando lhes era oferecida a companhia de um conselheiro do Women's Health Project (WHP)⁸ ou de uma pessoa próxima, as mulheres tendiam a se sentir mais seguras para ir às clínicas inserir o DIU. Segundo os autores do estudo, as participantes reconheciam algumas vantagens no método, mas a sua resistência ao uso tem sido construída pelo medo dos efeitos adversos que um objeto estranho dentro do próprio útero poderia lhes causar. No entendimento das entrevistadas, doenças uterinas e infertilidade seriam possíveis efeitos indesejados. O suporte informativo e social dado às entrevistadas durante todo o processo pareceu aumentar as chances de adesão.

Os estudos norte-americanos encontrados abordam, principalmente, adolescentes e mulheres jovens, buscando identificar como elas agem e o que pensam a respeito do DIU. Segundo Barret *et al.* (2012), as adolescentes estadunidenses têm a primeira relação sexual em média na mesma faixa etária de adolescentes de outros países, porém tendem a usar menos os métodos contraceptivos. O DIU, em especial, seria um método com um baixo índice de adesão nos EUA. Segundo os autores, 1% das adolescentes norte-americanas utilizam o DIU. A pesquisa foi realizada com jovens entre 14 a 19 anos, das quais 76,4% eram sexualmente ativas. Os resultados mostram que 31,1% das entrevistadas conhecem o método e que, entre as jovens que já engravidaram, a taxa de conhecimento do método é mais significativa, pois tendem a ter um maior aconselhamento sobre anticoncepção.

Outro estudo feito nos Estado Unidos avalia o interesse, o desinteresse e as incertezas de jovens norte-americanas (entre 18 e 29 anos) sobre o uso do DIU. Os resultados encontrados levam os autores (BARRET *et al.*, 2012) a concluir que, entre as pacientes interessadas em utilizar o DIU, havia um senso de “empoderamento” nas respostas; além disso, muitas se referiram à facilidade do uso, somada à prescindibilidade de revisão constante pelo médico, como vantagens. Aquelas que não tinham interesse em utilizar o DIU no futuro traziam histórias impactantes e temiam que o DIU pudesse causar lesões ou infertilidade. Pacientes incertas sobre a possibilidade de virem a aderir ao método traziam argumentos mais complexos e detalhados, pesando as vantagens e desvantagens. Para os autores desse estudo, as incertezas eram oriundas mais de uma necessidade de informações específicas do que de uma falta geral de conhecimento sobre o tema.

⁸ O WHP é uma organização fundada em 2008 que objetiva contribuir para a diminuição da morbidade e mobilidade materna na África.

Alguns autores brasileiros defendem o uso dos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC), entre os quais se incluem o DIU de cobre, o DIU hormonal⁹ e os implantes hormonais. Penna (2015) acredita que os LARC que são métodos com mais de três anos de duração, apresentam ótimo custo-benefício para o planejamento familiar e que seu uso deveria incentivado e desmistificado. Alguns documentos fazem orientações e recomendações sobre o uso dos LARC para profissionais de saúde. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a taxa de continuidade do uso e a satisfação da mulher é maior entre as que utilizam LARC (FEBRASGO, 2016).

A partir dos estudos internacionais citados, pode-se perceber que as mulheres ainda estão pouco informadas e repletas de dúvidas sobre o DIU, e, assim como no Brasil, o método possui baixa adesão. Ao mesmo tempo, os estudos demonstram que a avaliação das mulheres sobre o método melhora à medida que obtém informações e apoio no processo de decisão.

O universo de pesquisa nacional sobre anticoncepção carece de estudos que avaliem as dimensões individuais das mulheres a respeito do DIU. Publicações nesse sentido podem enriquecer o debate sobre o planejamento reprodutivo ao trazer as visões das próprias usuárias sobre o tema.

5.2 PREVALÊNCIA DO USO DO DIU NO BRASIL E NO MUNDO

Um estudo escrito em coautoria por Kay Buhling, Nikki Zite, Pamela Lotke e Kirsten Black, que aborda o uso do DIU em âmbito planetário, afirma que 14,3% das mulheres que utilizam algum método contraceptivo optaram pelo DIU, o que simboliza 14,3% das mulheres em idade reprodutiva do mundo (15-49 anos) (BUHLING *et al.*, 2013). Sua prevalência é bastante irregular, variando de menos de 2% em alguns países até mais de 40% de uso em outros.

Ainda de acordo com o estudo, em média, o uso de contraceptivos é menor em países menos desenvolvidos, onde 61,2% mulheres usam algum método. Nesses locais, o DIU é usado por 15,1% das mulheres. Em países desenvolvidos, a taxa de uso de contraceptivos é de 72,4%, e o DIU é menos prevalente, sendo usado por 9% das mulheres. A Ásia é o continente onde a sua prevalência é maior, seguido por Europa, América Latina, África e América do Norte. Mesmo dentro desses continentes, a diferença no uso do método entre as mulheres é gritante. Na Ásia, o método é utilizado por 41 a 44% das mulheres em China, Coreia e Vietnã, e por menos de 2% em outras regiões. O mesmo se observa na Europa, onde em países como a

⁹ DIU com presença de 52mg de levonorgestrel, hormônio progestágeno que impede a resposta do estradiol e a proliferação do endométrio além de diminuir a motilidade do espermatozoide.

Estônia a taxa de uso é de 35,9% e, na Alemanha ou Irlanda, esse índice cai para menos de 8%. Essa tendência também ocorre na África, onde a taxa de adesão ao método é de 18 a 22% no norte do continente, caindo para menos de 2% na África Subsaariana. Na América do Norte, foram observadas diferenças significativas entre as etnias — as taxas variam enormemente entre mulheres caucasianas e de origem hispânica. Na América Latina, as taxas variam entre 9,6% na América Central e 5,5% na América do Sul, como pode ser observado na tabela a seguir:

Figura 1 - Uso de DIU no mundo.

Table 1
United Nations data on worldwide contraceptive use, 2011 [1]

Geographical area	Women aged 15–49 y married or	
	Using any method of contraception	Using any modern method of contraception
Worldwide	62.7	56.1
More developed areas	72.4	61.3
Less developed areas	61.2	55.2
Africa (overall)	28.6	22.4
Sub-Saharan Africa	21.8	15.7
Northern Africa, excluding Sudan	60.5	54.0
Eastern Africa	28.4	22.9
Middle Africa	18.6	6.6
Northern Africa	50.4	44.8
Southern Africa	58.4	58.1
Western Africa	14.4	8.7
Asia (overall)	66.2	60.2
Central Asia	56.8	51.5
Eastern Asia	82.8	81.3
Southern Asia	53.9	45.8
South-Eastern Asia	62.2	54.7
Western Asia	55.1	35.8
Europe (overall)	72.6	58.7
Eastern Europe	74.9	54.3
Northern Europe	80.1	77.2
Southern Europe	63.8	46.3
Western Europe	71.9	68.6
Latin America and Caribbean (overall)	72.9	67.0
Caribbean	61.6	57.0
Central America	68.2	63.0

Fonte: BUHLING *et al.*, 2014. Acesso em: 12/01/2020.

Essas diferenças no uso do DIU entre as diversas regiões do mundo podem ser explicadas por uma rede complexa de determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais. Os autores do estudo (BUHLING *et al.*, 2013) enfatizam também que o custo do DIU tem influência direta em seu uso pela população. Em alguns países o DIU é subsidiado pelo governo, enquanto em outros as usuárias precisam pagar pelo dispositivo e por sua inserção pelo profissional de saúde, o que onera seu uso. Outro fator que influencia no uso do DIU é o conhecimento do profissional sobre o método e o treinamento apropriado tanto para a sua inserção quanto para realizar o aconselhamento sobre anticoncepção.

No Brasil, segundo dados das Nações Unidas (2019), o DIU é utilizado por 1,4% das mulheres que usam contraceptivos, sendo o 5º método mais comum. Os métodos mais utilizados por mulheres brasileiras são: pílula anticoncepcional (29,7%), laqueadura tubária (14%); camisinha masculina (10%); anticoncepcional injetável (4,9%), seguido pelo DIU (1,4%). As diferenças entre as frequências de uso dos contraceptivos no Brasil podem ser de diversas ordens: políticas, financeiras e culturais. Será apenas discutido neste estudo as questões que envolvam as mulheres pesquisadas individualmente e que por elas foram trazidas.

5.3 POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

É importante destacar nesta pesquisa o cenário no qual as políticas de saúde reprodutiva começaram a ser discutidas. Segundo estudo de Edméia Coelho, Maria Lucena e Ana Tereza Silva, nas primeiras décadas do século XX, o Brasil passou por um período em que era desejado pelo poder público uma população numerosa para suprir a expansão de culturas agrícolas e a consolidação da economia capitalista (COELHO *et al.*, 2000). Na década de 60, o país assistiu à entrada do interesse privado financiado por empresas norte-americanas e europeias que defendiam práticas malthusianas¹⁰ e buscavam estimular o controle de natalidade da população mundial como meio de controle da pobreza, que era vista como um produto direto da expansão demográfica descontrolada.

A BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil), grupo financiado por entidades estrangeiras, foi criada em 1965, durante a ditadura militar, tinha interesse em realizar o controle de natalidade no Brasil. Estimulavam o uso de contraceptivos através de sua distribuição gratuita à população (COELHO *et al.*, 2000). Não havia, contudo, garantia de um acompanhamento médico e de maiores cuidados com a saúde das usuárias. Devido ao

¹⁰ A Teoria de Malthus defende que quanto maior o crescimento da população, maior será a pobreza, pois esta cresce em progressão geométrica e os alimentos crescem em progressão aritmética.

pouco apelo popular e às ações voltadas apenas para a oferta de métodos contraceptivos, sem o devido acompanhamento e aconselhamento por profissionais da saúde, o movimento não teve os resultados esperados e perdeu força.

Em 1974, segundo José Alves (2014), durante a Conferência Mundial de População em Bucareste, foi anunciada a política demográfica do Brasil, que se responsabilizaria pela divulgação de informações acerca dos métodos contraceptivos para a população. Essa conferência ocorria em um momento de tensão sobre as políticas de saúde reprodutiva no mundo, que se dividiam entre forças que defendiam o Malthusianismo (“controlistas”), lideradas por potências ocidentais, enquanto a União Soviética, a China, a Índia, além de outros países subdesenvolvidos, defendiam políticas reprodutivas no contexto desenvolvimentista, que via no controle de natalidade uma barreira para o crescimento econômico (“não controlistas”). A disputa foi vencida por esses últimos países, que defendiam o lema “o desenvolvimento é o melhor contraceptivo”.

O Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PMI) surgiu em 1975, seguindo recomendações da OMS. Esse programa considerava a vulnerabilidade social como fator importante na priorização das ações, que pretendiam, através da informação e educação da população pobre sobre natalidade e contracepção, modificar a atitude das pessoas em relação ao tema. O PMI também contribuiu com investimentos na área técnica e de capacitação dos profissionais da saúde. Porém, essa política favorecia uma prática hospitalocêntrica, concentrada em grandes centros urbanos, com uma abordagem considerada impessoal e focada apenas na conduta. Por carecer de uma construção de vínculo baseada no cuidado, mais um programa que visava dar acesso aos métodos contraceptivos para a população.

Só a partir dos anos 1980, com o surgimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), em resposta à Conferência de Bucareste de 1974, o Estado brasileiro começou a se responsabilizar pela oferta de informação à população sobre métodos contraceptivos e pela revisão da legislação sobre o tema. A resistência a essa política por parte dos proprietários de hospitais foi forte, o que freou seu avanço. O universo do planejamento reprodutivo começava a ser disputado por setores da sociedade implicados com a ampliação das políticas de planejamento familiar, além daqueles que tinham interesses financeiros pelo crescimento do uso de métodos contraceptivos.

O movimento feminista, por sua vez, se manifestava contrário a uma política de planejamento reprodutivo que não abordasse a saúde da mulher de forma integral — as ações tinham foco biologicista na gravidez e no puerpério, negligenciando outras necessidades de saúde. As reivindicações desses grupos eram que as políticas de saúde da mulher incorporassem

“questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.” (FREITAS *et al.* 2009, p. 425). As políticas abordavam a contracepção, com interesse centrado no útero e em sua função reprodutiva, a ser estimulada ou freada de acordo com o interesse do Estado. As mulheres eram negligenciadas enquanto sujeitos sociais e demandas em saúde. As consequências que uma gestação não planejada poderia gerar na vida das mulheres eram colocadas em segundo plano.

Em 1983, em um contexto de crise social generalizada, quando o país vivia os anos finais do regime militar, a saúde reprodutiva passou a ser vista por diversos movimentos como um direito social. Nesse ínterim, foi formulado o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), que visava

[...] através de atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cervicouterino e mamário e a assistência para a concepção e a contracepção. (BRASIL, 1992, p. 7).

Esse programa surgia como um novo vislumbre sobre o avanço das políticas que abordam a saúde reprodutiva. No entanto, sua implementação acabou sendo feita às sombras de grupos que pretendiam aplicar um rígido controle de natalidade, com metas e prazos para o controle das taxas de reprodução, deixando de lado um olhar integral sobre a saúde reprodutiva. Os resultados práticos iniciais do PAISM foram sofríveis. Os coeficientes de morbimortalidade materna permaneciam alarmantes, assim como as informações sobre contraceptivos e sua disponibilidade na rede eram insuficientes para garantir às mulheres acesso digno à políticas de saúde reprodutiva (FREITAS *et al.*, 2009).

Com a Reforma Sanitária e a criação e implantação do SUS no final da década de 80, a regionalização, a hierarquização, e a descentralização dos serviços de saúde foram estimulados, o que ajudou a desenvolver as ações do PAISM da forma que os movimentos sociais reivindicavam.

Em meados da década de 1990, no entanto, o Banco Mundial publicou estudo alertando sobre a limitada oferta de contraceptivos no Brasil, as altas taxas de abortos, cesáreas e câncer de colo uterino, a baixa cobertura de pré-natal e os altos índices de doenças sexualmente transmissíveis. Isso mostrava que o desafio era grande, e as mudanças, embora importantes, precisavam de tempo e políticas afirmativas, com compromisso de todas as instâncias para mostrarem bons resultados (FREITAS *et al.*, 2009).

Em 2004, através do documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes” (PNAISM), o Ministério da Saúde reafirma o compromisso de abordar a saúde da mulher de forma integral e humanizada, focando as ações na atenção à gestante, planejamento familiar, atenção ao aborto inseguro e à violência doméstica (FREITAS *et al.*, 2009).

O planejamento familiar muitas vezes serviu como um lema, mas apresentou sérias limitações quanto à sua implementação. Vejo como essencial que sejam fomentadas políticas que abranjam o planejamento reprodutivo e que valorizem o direito reprodutivo, a informação, o acesso, o olhar das mulheres e de seus pares sobre a questão e um amplo debate com participação da sociedade.

5.4 CONCEPÇÃO, DIU E SEUS MECANISMOS

O DIU é um dispositivo de plástico, com um formato de “T”, desenvolvido por cientistas, medindo 36x32mm, coberto por cobre, que pode permanecer por uma década na cavidade uterina impedindo a gravidez, em uma frequência próxima de 1 a cada 100 mulheres no primeiro ano de uso. O seu advento mostrou ser uma ferramenta de apoio ao planejamento de vida dos sujeitos (FINOTTI, 2015). Os efeitos do DIU de cobre sobre corpo feminino ainda não foram totalmente compreendidos pela ciência (GIORDANO, 2015). Ainda existem alguns questionamentos que causam divergências. Acredita-se que reações inflamatórias citotóxicas à estrutura do espermatozoide causadas pelo cobre, somadas às alterações endometriais que dificultam a implantação do óvulo, garantam a alta eficácia do DIU.

Mulheres utilizando esse dispositivo buscam viver suas sexualidades e, ao mesmo tempo, apresentam chances mínimas de uma gravidez indesejada. Alguns efeitos indesejados, contudo, podem surgir: o aumento do fluxo menstrual nos primeiros meses de uso; o aumento das cólicas menstruais; infecções no primeiro mês após a inserção; e outros bem mais raros e graves, como a perfuração uterina (FINOTTI, 2015).

Entre as muitas divergências sobre os efeitos do DIU no corpo feminino e em todo o processo reprodutivo, uma permanece constantemente em evidência: qual o real mecanismo de ação do DIU no corpo feminino?

Não se pretende, aqui, apresentar uma verdade definitiva ou esgotar o tema. Entretanto, pretende-se discutir o que algumas evidências científicas apontam e contrapô-las ao senso comum, a fim de fomentar a discussão de controvérsias que frequentemente surgem em relação a esse método contraceptivo.

Aqui, torna-se importante esclarecer que parto de um ponto de vista essencialmente técnico-científico, devido às minhas raízes flexnerianas, mas que vêm se tornando cada vez mais sistêmico durante o processo em que se constrói a pesquisa.

Para se falar sobre o momento “em que a vida se inicia”, é importante entender o que a ciência traz. Com auxílio da tecnologia, ela foi capaz de descrever em detalhes tantos fenômenos de ordem molecular e relacioná-los com as consequentes manifestações fisiológicas. Será explicado de forma resumida como se dão os processos de fertilização e de nidação — período que dura aproximadamente duas semanas, quando ocorre o encontro entre os gametas masculino e feminino, e a implantação do zigoto ao endométrio do útero.

A reprodução humana ocorre em diversas fases. Na fase inicial, quando se consome a relação sexual entre duas pessoas de sexos distintos, o homem ejacula o sêmen que contém até 300 milhões de espermatozoides no canal vaginal feminino. Se nada os impedir, algum desses espermatozoides tem chances de encontrar um óvulo em boas condições para a fecundação. Se o tecido do útero estiver propício para receber e nutrir o embrião desde as fases precoces de sua formação, é provável que um novo ser humano comece a se formar. Fertilização ou fecundação são definidos como o encontro do espermatozoide com o óvulo para formar o ovo ou zigoto, que poderá dar origem ao embrião. Porém, esse é um processo que envolve algumas fases anteriores e posteriores ao encontro entre os gametas e que pode durar até 24h (MONTARANI, 2013).

Antes do encontro entre os gametas ocorre a capacitação — quando o espermatozoide, uma vez que já tenha atravessado o canal cervical da genitália feminina, e avançado ao útero, vai sofrendo modificações pelo seu contato com o muco uterino. Ele perde glicoproteínas de sua camada mais superficial e sofre transformações em sua membrana plasmática, o que parece aumentar a sua motilidade, tornando-o mais competente para as próximas fases da fertilização. Após atravessar o útero, uma parte dos espermatozoides, já capacitados, alcança as trompas de falópio, local onde, durante a fase de ovulação se encontra o óvulo, que neste momento está migrando em direção ao endométrio, a parte mais superficial do útero. Se não for fecundado, esse óvulo será eliminado com a descamação do endométrio. Mas digamos que, nessa ocasião, ocorrerá a fecundação: um dos 300 milhões de espermatozoides ejaculados consegue se encontrar com o óvulo na trompa e penetrar na zona pelúcida — a camada mais externa do óvulo. Nesse caso, a fusão dos gametas (espermatozoide e óvulo) ocorre após uma série de transformações enzimáticas — 23 cromossomos do espermatozoide e 23 cromossomos do óvulo geram uma célula diploide com 46 cromossomos que contêm a herança genética da mãe e do pai (LOPES *et al.*, 2011).

O zigoto — embrião em estágio inicial — se desenvolve e multiplica suas células enquanto é transportado na direção da cavidade uterina. Após cinco a sete dias da fertilização, ocorre a implantação ou nidação, onde o embrião, nessa fase com 32 células, chamado de blastocisto, adere à parede do endométrio. Duas semanas após a fertilização, o blastocisto completa a nidação e forma o trofoblasto, que se divide em 2 partes, uma mais interna que se fixa ao endométrio chamada citotrofoblasto e uma externa chamada sinciciotrofoblasto. Começa, então, a ser produzido o Hormônio Coriônico Gonadotrófico (BHCG), que garante a continuidade do corpo lúteo gravídico e assegura a continuidade de produção de esteroides. A partir daí, em uma gestação normal, seguem as transformações necessárias para formação da placenta e desenvolvimento do feto.

Para que ocorra a nidação do blastocisto na parede endometrial, é importante que o endométrio esteja receptivo, com desenvolvimento harmônico e níveis adequados de estrogênio e progesterona, propiciando um tecido estromal e glandular adequados, o que ocorre dentro da “janela de implantação”.

Caso a concepção não seja o desejo do casal naquele momento, existem diversas formas de se prevenir esse processo. As formas para se evitar a concepção podem ser através de métodos comportamentais, furtando-se de atividade sexual durante o período (conhecido como método da tabela), ou evitando-se a ejaculação no interior da vagina (conhecido como coito interrompido); métodos modernos agem controlando as taxas hormonais, que irão modificar as características do muco vaginal e também do endométrio, tornando-o impróprio para a implantação do embrião; e, por fim, existem os métodos de barreira, que impedem o encontro entre os gametas masculino e feminino no útero, que inclui o DIU de cobre (FINOTTI, 2015).

Sabe-se que o mecanismo de ação principal do DIU ocorre devido ao efeito inflamatório do cobre que atinge grandes concentrações no muco do cérvix uterino e é tóxico ao espermatozoide, inibindo sua motilidade. O cobre também causa mudanças no muco endometrial, o que dificulta a migração dos espermatozoides, sua qualidade e viabilidade. Alguns estudos demonstraram que o número de espermatozoides nas trompas de falópio, ou seja, aqueles espermatozoides que conseguiram passar as barreiras iniciais descritas e migraram em direção aos óvulos, foi significativamente menor em mulheres que usavam o DIU de cobre (KANESHIRO, 2010).

Estudos da década de 70 inicialmente demonstram que o efeito espermicida do DIU de cobre é o maior responsável pelos efeitos contraceptivos em 99% das vezes (TREDWAY *et al.*, 1975). Em 1% das vezes, foi detectada a presença de gonadotrofina coriônica humana (BHCG) — a presença desse hormônio caracteriza que ocorreu a implantação do zigoto ou ovo

ao endométrio. O tempo para que o B-HCG se eleve na circulação é de sete dias após a implantação. Porém, os DIUs estudados eram as versões anteriores aos CU-380, que continham menor quantidade de cobre, e não se sabe exatamente quais os reais efeitos dos dispositivos atuais que têm maior concentração de cobre.

Um outro estudo (STANFORD, 2002) utilizou o *early pregnancy fator* (EPF), um marcador bioquímico da fertilização que pode ser detectado precocemente no primeiro ou no segundo dia após o encontro do óvulo com o espermatozoide. O estudo mostrou que, além dos já conhecidos efeitos pré-fertilização do DIU, alguns efeitos pós-fertilização podem incluir a diminuição da velocidade do transporte do ovo pelas trompas de falópio e a sua destruição durante o trajeto antes que ocorra a nidação. Os resultados do estudo mostraram que entre 0,2% a 1% das vezes esses efeitos ocorrem, aumentando a eficácia do método.

É possível inferir que o DIU de cobre age majoritariamente impedindo a fertilização por tornar inviável a migração do espermatozoide em direção ao óvulo. Mas, em alguns casos, a fertilização do óvulo pode ocorrer, mas os efeitos pós-fertilização agem de forma a evitar a nidação.

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO DE ESTUDO

Este é um estudo qualitativo, de caráter exploratório. Minayo (1993) define pesquisa exploratória como aquela em que o investigador traz novas possibilidades de interpretação à medida que o estudo progride e o pesquisador se aproxima dos participantes, do objeto e das ferramentas metodológicas. Aqui, buscou-se conhecer as percepções de algumas usuárias da APS do município do Rio de Janeiro em relação ao uso de contraceptivos ofertados na Clínica da Família, em especial o DIU.

Para isso, como ferramenta metodológica, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, onde, segundo Uwe Flick (2013), as perguntas são desenvolvidas e aplicadas aos entrevistados de uma forma maleável, ou seja, espera-se obter as respostas através de um diálogo que se estabelece entre pesquisador e entrevistado. Portanto, a ordem e a forma das perguntas formuladas podem ser mudadas conforme o desenrolar da entrevista. O que se deseja é aprofundar o contexto pessoal em que está inserido o entrevistado, com as especificidades dos seus pontos de vista em relação ao tema. Em seguida, foi analisado o material obtido nas entrevistas, a partir do instrumento IRAMUTEQ e da Análise de conteúdo de Bardin, e levantadas algumas hipóteses para a discussão.

6.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Marli André (2005) afirma que os fenômenos humanos e sociais são complexos, dinâmicos, e, para serem observados sistematicamente, exigem uma abordagem metodológica que considere o indivíduo e a sua relação com o contexto. Os métodos qualitativos buscam interpretar fenômenos investigando relações entre os sujeitos e o ambiente. A autora considera que a hermenêutica, ciência que investiga a interpretação dos significados dos textos, seja uma forma adequada para se pesquisar questões relacionadas a temáticas sociais. Para Flick (2013), a hermenêutica flui no sentido de trazer objetividade aos significados subjetivos dos discursos e necessita de uma análise estruturada do material.

Opta-se, portanto, pela metodologia qualitativa quando se deseja explorar o problema; adentrar a complexidade de determinada questão e do ambiente; escutar vozes ainda não ouvidas e dar vazão ao que os indivíduos desejam compartilhar, buscando acolher suas singularidades

(CRESWELL, 2007). Ainda segundo Flick (2013), a pesquisa qualitativa tem a potencialidade de realçar os significados atribuídos pelos participantes em suas perspectivas subjetivas.

John Creswell (2007) afirma que, ao observar fenômenos sociais, o pesquisador que utiliza adequadamente metodologias qualitativas o faz de maneira abrangente, com amplitude de foco. O autor defende que a qualidade desse tipo de estudo é influenciada pela complexidade da narrativa e a interatividade entre os atores. O papel do pesquisador e o ser humano que pesquisa são indissociáveis, portanto, torna-se fundamental reconhecer que todo estudo é construído segundo o olhar do sujeito que pesquisa. E esse olhar sofre influência das mais diversas ordens — desde as características psicológicas, experiências prévias, ligação afetiva ou profissional com o universo e local do estudo, até posição social e julgamentos. Creswell (2007) acredita que o local de escolha para a pesquisa e os participantes são invariavelmente selecionados de forma proposital, e justamente esse propósito na seleção ajuda o pesquisador a entender melhor a sua questão de pesquisa e a se aprofundar no tema.

Foram realizadas gravações de voz das entrevistas para posterior transcrição e análise, além de utilização de um diário de pesquisa, onde, segundo Flick (2013), devem ser anotadas questões relacionadas às subjetividades do entrevistador e do entrevistado, como impressões, sentimentos, *insights* e atitudes observadas, para que estas possam ser utilizadas como material de análise, além do texto produzido através das entrevistas transcritas.

O universo da investigação foi o de mulheres entre 15 e 50 anos que não utilizam e nunca utilizaram o dispositivo intrauterino de cobre. As participantes foram selecionadas de forma aleatória após consultas de rotina com profissionais de saúde, a partir de breve convite feito na sala de espera da CFMSSS, no município do Rio de Janeiro, no ano de 2019. Elas foram convidadas a entrar em uma sala para que fossem realizadas as entrevistas com privacidade, de forma que não atrapalhasse o fluxo de atendimentos da UBS. Esse universo de participantes contemplou as pretensões desta pesquisa, uma vez que buscou-se compreender quais as percepções das mulheres em idade reprodutiva sobre o DIU em um território socialmente vulnerável com cobertura da APS do Rio de Janeiro. Pretendeu-se também explorar as percepções de mulheres que poderiam vir a aderir ao DIU futuramente, mas que não tivessem concepções fechadas e marcadas pela própria experiência em utilizar o método. Desejava-se saber de onde vinham as concepções que as mulheres tinham em relação ao método e se existiam mitos que influenciavam na construção de suas concepções em relação ao DIU.

Teresa Haguette (2013) defende a ideia de que apesar da neutralidade não ser algo possível nas ciências, devemos buscar ao máximo uma objetividade para retratar a realidade da forma mais aproximada possível. Daí vem a necessidade de se identificar os possíveis

vieses para evitá-los e se possível expô-los, precavendo o leitor sobre cada um deles. Analisando os dois autores citados (CRESWELL, 2014; HAGUETTE, 2013), entendo que a realidade do pesquisador e sua perspectiva sobre o tema estarão necessariamente influenciando a pesquisa. Mas entendo que essa visão particular é também uma potencialidade, uma vez que, ao identificar e explicar os critérios que influenciam suas escolhas, torna-se possível observar suas questões e sua relação com o objeto de pesquisa.

Haguette (2013) relata também que outros vieses podem surgir ao se utilizar a entrevista como ferramenta metodológica, além daqueles relacionados ao olhar do observador e sua implicação com o local e o tema da pesquisa; estes seriam relacionados a fatores externos ao investigador, como o roteiro construído e a pessoa entrevistada, ou informante, que, ao responder às questões propostas, o faz imersa em toda a sua subjetividade, transmitindo aquilo que acredita ou que pensa naquele momento, sendo influenciada pelo seu estado emocional e pelos afetos que tanto a entrevista quanto o objeto de estudo lhe instigam. A sua capacidade de verbalização frente aos conflitos internos que possam ocorrer também influencia nos relatos. Segundo a autora (1987), podem surgir informações conflitantes nas respostas, mas não se deve desconsiderar esses conflitos e, sim, aceitá-los e buscar compreendê-los, uma vez que dos próprios conflitos podem suscitar importantes questões relacionadas ao tema, as quais devem fazer parte da discussão do objeto de estudo.

Flick (2013) afirma que as *teorias subjetivas*¹¹ são trazidas pelos entrevistados na medida em que o entrevistador faz perguntas abertas e propicia o espaço para a fala. O autor (2013) categoriza 3 tipos de questões da entrevista semiestruturada (ou semipadronizada, como a denomina): as questões abertas citadas anteriormente; as *controladas pela teoria e direcionadas para a hipótese*, onde se testam as teorias do pesquisador, com base nos referenciais teóricos utilizados — aos entrevistados são oferecidas suposições com as quais ele pode concordar ou não, dessa forma busca-se explorar o universo subjetivo do indivíduo. Existem ainda, segundo Flick (2013), *questões confrontativas*, que abordam os pontos trazidos pelos entrevistados até o momento para sua confirmação e aprofundamento.

Foram utilizadas nas entrevistas algumas questões abertas, onde acompanhamos as conjecturações das próprias mulheres sobre a sua saúde reprodutiva e sobre contracepção. Acredito que temas tão íntimos requerem liberdade para a fala e atenção e cuidado na escuta. Outras questões controladas pela teoria e direcionadas para a hipótese também foram formuladas no roteiro e, eventualmente, as questões confrontativas citadas por Flick (2013) eram utilizadas para dar mais clareza e assertividade aos relatos.

¹¹ Forma com que as pessoas explicam seu lugar no mundo e a relação que possuem com o objeto do estudo.

Perguntas iniciais de cunho pessoal davam início ao roteiro para que pudéssemos conhecer o perfil das entrevistadas. Algumas entrevistadas se continham ao responder essas informações de forma direta, como se preenchessem um formulário. Outras já começavam a trazer suas ideias próprias e conjecturações à medida que falavam de suas ocupações, família e desejo reprodutivo.

Em seguida, para ampliar o espectro do pensamento e das memórias das entrevistadas, e também para enriquecer o material coletado, eram trazidas as questões sobre suas experiências particulares com os métodos contraceptivos que conheciam, ainda sem abordar diretamente o DIU.

Finalmente, quando as entrevistadas já haviam trazido para um nível consciente tantas ideias e memórias sobre concepção e contracepção, as questões sobre o DIU eram respondidas com alguma naturalidade. Como relata Bergson (2009), as necessidades que surgem na existência da pessoa no mundo fazem-na libertar a consciência da matéria, tornando-a soberana e possibilitando alguma *latitude de escolha*.

Roteiro de Entrevista Semiestruturada:

a) Perfil da entrevistada:

- Idade:
- Raça:
- Escolaridade:
- Local de moradia:
- Ocupação principal:
- Reside com quem?
- Tem companheiro(a)/marido/esposa/namorado(a)?
- Tem filhos? Quantos? Que idade eles possuem?
- Pretende engravidar algum dia? () Sim. () Não.

b) Conhecimento sobre métodos contraceptivos:

- O que você conhece sobre métodos contraceptivos?
- Quais métodos contraceptivos disponíveis na clínica você conhece?
- Quais os métodos você considera ter mais vantagens ou desvantagens no uso?

c) Conhecimento sobre o DIU:

- Conhece o DIU? Saberá dizer as vantagens e desvantagens sobre este método contraceptivo.

- Já ouviu alguma história que possa ter influenciado positivamente sua percepção sobre o DIU?

- Já ouviu alguma história que possa ter influenciado negativamente sua percepção sobre o DIU?

Fonte: Autor do estudo, 2020.

6.3 ANÁLISE DE DADOS

As gravações das entrevistas realizadas foram transcritas e, em seguida, as transcrições foram cuidadosamente examinadas pelo pesquisador. Valorizou-se, aqui, que a transcrição dos áudios fosse a mais fidedigna possível, incluindo erros de linguagem e pausas nos diálogos, para que as falas fossem analisadas em sua veracidade, conforme construídas e expressas (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Utilizo neste estudo, para a análise dos dados, a análise de conteúdo, segundo Bardin (1979). Através da análise de conteúdo, é possível transgredir o conteúdo explícito para tocar dimensões mais profundas, que estejam nas entrelinhas das conversações (CAVALCANTE, 2014). Para Bardin (1979), pesquisadora que sistematizou essa metodologia, o objetivo é qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos. Busco, em minha pesquisa uma análise em profundidade, categorizando as subjetividades sobre o objeto estudado e suas relações.

Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo é *um conjunto de técnicas de análise das comunicações* e tem a função de enriquecer a tentativa exploratória, propiciando o surgimento de hipóteses em relação aos dados coletados. Essa modalidade de análise possui, entre outras utilidades, a de evidenciar os pontos principais de uma entrevista não diretiva. A análise qualitativa toma em consideração a presença ou ausência de uma determinada característica em um texto e leva em conta também a frequência com que se repete determinado conteúdo. Portanto, uma característica marcante desse tipo de análise, que segue os critérios da autora, é que ela busca, através das análises de frequência das palavras e termos trazidos pelos participantes em seus relatos, encontrar combinações que façam sentido estatisticamente e que possam ser categorizadas para, então, serem qualitativamente analisadas.

Bardin defende que utilizar as técnicas de análise de conteúdo significa fugir da tentação de uma “ilusão da transparência” (BARDIN, 1979 p. 28), que seria uma interpretação fácil e ingênua dos relatos, onde as informações estariam dadas pela sua simples emissão. Ao contrário disso, objetiva-se fundamentalmente a “ultrapassagem da incerteza” e o “enriquecimento da leitura” (BARDIN, 1979, p. 29). Existem regras que devem ser seguidas para que a análise de conteúdo se concretize de forma sistematizada e fidedigna. Elas devem ser *homogêneas, exaustivas, exclusivas, objetivas e adequadas*.

A metodologia deste estudo foi baseada na estrutura proposta por Bardin (1979). A autora descreve e justifica as etapas da análise de conteúdo de forma clara e concisa, tornando possível a sua reprodução diante da pesquisa realizada. As etapas são separadas em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e inferência e interpretação. Elas serão explicadas a seguir.

A pré-análise é a etapa inicial em que se organiza e se sistematiza as ideias. Ela exige uma *leitura flutuante* do texto para se obter impressões e levantamento das primeiras hipóteses. Deve-se estar atento para não se deixar de fora qualquer elemento presente no texto — neste caso, nas entrevistas. Estas deverão ser lidas à exaustão para evitar negligenciar questões importantes que estejam presentes. Os documentos obtidos através da entrevista devem conter uma homogeneidade — a técnica de entrevista empregada deve ser a mesma para todos os participantes e devem ser aplicadas por indivíduos semelhantes, ou que guardem características comuns predeterminadas. Os documentos produzidos devem ser adequados para o estudo do tema em questão. Para a autora, as hipóteses advêm em grande parte da observação e da intuição. Porém, elas devem ser objetivadas de modo que possam ser validadas ou afastadas. Nem sempre as hipóteses surgem durante a pré-análise e podem surgir em alguma etapa posterior ou mesmo no decorrer das entrevistas ao se analisar os discursos das participantes, as suas reações perante as questões trazidas, sua linguagem não verbal e seus códigos ainda não conhecidos pelo observador. O papel do pesquisador nesse momento, no entanto, não é decodificar as linguagens e, sim, ordená-las de forma que possam ser categorizadas. Essas categorizações poderão dar algum sentido concreto aos discursos analisados.

Flick (2013) defende que se deve afastar, em seguida, questões cotidianas e questões práticas que ainda estejam presentes no texto e que não façam parte da estrutura da pessoa em relação ao objeto do estudo. Após esse filtro inicial, os textos devem ser esgotados quanto à análise do seu sentido.

O que é apresentado? Como é apresentado? Com que propósito isto é apresentado e não outra questão? Com que propósito isto é apresentado agora — e não em outro momento? Com que propósito isto é apresentado desta maneira — e não de uma maneira diferente? (FLICK, 2013, p. 153).

Momentos específicos da consulta, ricos em significados, podem ser de certa forma classificados. Momentos de pausa, sinais físicos e verbais de ansiedade, preocupação ou qualquer outra sensação que possa ser objetivamente verificada devem ser considerados. Bardin (1979) afirma que devemos também buscar nessa etapa uma categorização de partes do texto que possam ser distinguidas em unidades temáticas, para então transcorrer a codificação e análise dos temas. Alguns indicadores podem ser sistematizados de acordo com padrões que podem incluir: menção explícita de um tema específico e a relação entre as frequências com que um tema é trazido nas narrativas em números absolutos e relativos; perturbações no discurso, como gaguez, repetição, sons incoerentes ou demais sinais que revelem qualquer flutuação da emoção implícita no discurso.

Acredito que cada autor, com suas implicações diante da pesquisa e do processo de coleta de dados, é capaz de realizar uma categorização pertinente e própria para sua abordagem, se lograr em estruturar a coleta e análise de dados adequadamente. Minha subjetividade esteve presente em todas as etapas da pesquisa, não só nas escolhas do tema, universo e local do estudo, mas também na coleta e análise dos dados. Os sentidos que se dá às narrativas deverão se tornar mais palpáveis, ampliando, assim, o foco — *enxergar o todo*. A soma dos elementos que influenciam o sistema é o que Bardin (1979) define como “núcleos de sentido”.

Inicia-se, então, a *exploração do material*, que Bardin define como uma “fase longa e fastigiosa em que se procedem operações de codificação, desconto ou enumeração” (BARDIN, 1979, p. 101), onde se explora a fundo os dados coletados e processados de acordo com aquilo que se discutiu nas fases anteriores e os transforma em unidades que podem ser contabilizadas.

Durante a codificação, utiliza-se os dados selecionados durante a pré-análise, examinados à exaustão durante a exploração do material e minimamente categorizados de acordo com os indicadores definidos. Nessa nova fase, os dados são submetidos a um recorte em unidades de registro e codificados levando-se em conta alguns critérios, que podem incluir: a palavra e a semântica, o tema e as unidades linguísticas que representam o objeto no qual o discurso se organiza, os personagens e seus traços característicos, o acontecimento ou enredo e o documento, que seria a materialização da unidade de registro, como um artigo, um livro, ou, neste caso, um relato.

Em seguida, as unidades de registros são codificadas e classificadas em unidades de contexto, uma esfera mais ampla, que se propõem a encontrar significados comuns entre as unidades de registro e novamente agrupá-las levando em conta os quesitos explicitados: palavras, temas ou demais unidades. Em seguida, passam por uma enumeração, onde são graficamente representadas por letras (ex: a,b,c,d...). A cada unidade de registro é atribuída uma letra. São avaliados os momentos da entrevista em que uma ou mais unidades se encontram representadas, e a contabilização desses elementos, agora representados por letras, é realizada. Através da identificação da presença ou ausência de determinada unidade em trechos da entrevista, assim como da frequência e intensidade com que surgem, pode-se objetivar a análise do conteúdo da entrevista. A intensidade pode ser representada ao se adicionar uma nota diferente para cada nível (ex: a_1, a_2, a_3 ou b_1, b_2, b_3 e assim por diante).

A direção seria uma outra medida da análise, que considera aspectos qualitativos sendo representados por sinais de positivo, negativo ou neutro — quando há ambivalência (ex: a_+, b_-, c_0). Outras representações ordinais podem ser realizadas para quantificar dados, aparentemente qualitativos. A ordem de aparição da unidade (a-c-e) e a coocorrência (a,b,d/c,d/ab). Esta última tem a qualidade de sugerir associações, equivalências ou oposição entre as unidades quando se percebe a frequência com que duas letras estão juntas ou não em diversas partes do texto. Enfim, esses e outros indicadores podem ser estudados utilizando-se a discriminação das unidades de registro por meio dessas representações.

As inferências poderão ser feitas para se tentar buscar uma relação entre os fatos observados e os dados coletados, as causas e efeitos, para, a partir daí, surgirem as discussões de forma embasada e cuidadosa através dos dados coletados e categorizados de acordo com os indicadores utilizados pelo pesquisador.

6.4 IRAMUTEQ: INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

O programa para análise quantitativa de textos, IRAMUTEQ — *Interface de R pour les Analyses Multi, dimensionnelles de Textes et de Questionnaires* — foi utilizado para a análise dos textos que resultaram das transcrições das entrevistas. Tal instrumento permitiu a codificação e classificação dos dados segundo a metodologia de análise de conteúdo de Bardin.

O Iramuteq é um *software* gratuito que não exige licença pra uso e tem código fonte aberto. É baseado em duas linguagens de programação: R e Python (principalmente R). Ele permite identificar o contexto no qual determinados termos, expressões e palavras são utilizados; identificar as relações entre termos; agrupar os segmentos de textos em classes que

guardam proximidade além de gerar visualizações gráficas que ajudam a interpretar o contexto em que cada palavra é utilizada (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As operacionalidades desse *software* permitem fazer uma *análise estatística lexical*, informando a frequência das palavras ao longo do texto, contabilizando quantas vezes cada palavra foi emitida por cada participante. Ele apresenta ainda a funcionalidade de *especificidade/AFC*, que faz a representação gráfica dos dados em plano cartesiano, mostrando a relação de proximidade/distanciamento entre as palavras; a *classificação hierárquica descendente* ou método Reinert mostra de forma precisa as unidades de registro e unidades de contexto descritas por Bardin (1979). O *software* é capaz também de gerar *gráficos de similitude*, que mostram a força de associação entre as palavras, que seria a relação de proximidade com que uma palavra surge em relação a outra ao longo do texto, traçando linhas de conexão entre elas que podem ser mais espessas ou mais delgadas dependendo da força de associação; as *nuvens de palavras* fazem uma aglomeração gráfica entre as palavras mais utilizadas e menos utilizadas, permitindo identificar palavras chave no texto. Também pode-se fazer uma análise segmentada por variáveis, como, por exemplo: faixa etária, nível de escolaridade, tipo de relacionamento, número de filhos, opiniões contrárias ou favoráveis a este ou aquele tema, entre outras variáveis selecionadas pelo próprio autor do estudo. Podemos depurar as variáveis isoladamente ou em concomitância para comparações pertinentes.

Dessa forma, a opinião geral das participantes e as visões de grupos específicos poderão ser exploradas de maneira aprofundada, buscando compreender as conexões que se estabelecem nos discursos. Sempre que surge uma hipótese construída por dados frequenciais, ou de aproximação, ou de força de associação de palavras, podemos buscar no texto original as falas das participantes na íntegra para refletir se o sentido do relato está em concordância com os dados disponíveis (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Ao longo da discussão, foram utilizados os trechos dos relatos das entrevistadas na íntegra. As referências às autoras dos relatos serão feitas com partes de seus nomes resumidos em poucas sílabas ou letras para que se mantenha o anonimato (ex.: Emeá, Jotozi, Raz...). Os pontos principais observados serão discutidos, e as hipóteses e inferências apresentadas.

7 AS SINUOSIDADES DA ROCINHA: CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E DO PESQUISADOR NO TERRITÓRIO

Sobre o estudo proposto neste projeto de dissertação, é importante lembrar que foi realizado na CFMSSS, na favela da Rocinha, onde passei parte do meu internato em medicina e toda a residência médica em Medicina de Família e Comunidade, conforme já relatado. A CFMSSS é o ambiente onde iniciei minha trajetória na APS e na pesquisa, onde me senti acolhido, e com o qual tenho grande identificação. Um lugar que me traz memórias diversas e que contribuiu para minha constituição enquanto médico e pessoa. A população descrita, embora heterogênea, guarda características comuns, como a grande vulnerabilidade social, a baixa escolaridade e a convivência com a violência, presente e flagrante no dia a dia em conflitos armados entre policiais e facções criminosas. Tais características são marcantes e influenciam diretamente a cultura, o pensamento e as relações da comunidade. Conhecendo um pouco do território, podemos conhecer também as pessoas que lá habitam e considerar seus olhares sobre o mundo.

A Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza (CFMSSS)¹² está situada na Estrada da Gávea — uma via automotiva de mão dupla, em aclave, cume e declive, onde centenas de motos, carros, vans, caminhões e ônibus disputam espaço. Estreitas calçadas margeiam toda a estrada. A montanha, que em seu estado natural certamente estaria coberta por uma densa floresta verde, mas que ao longo de dezenas de anos transformou-se conforme a cidade se transformou.

A favela da Rocinha abriga uma população de pessoas de uma camada da sociedade menos favorecida economicamente, composta em grande parte por negros, nordestinos e descendentes de nordestinos que, nas décadas de 50 a 60, migraram para a cidade do Rio de Janeiro-RJ em busca de condições razoáveis de vida. Instalaram-se à beira da estrada, habitando as ladeiras, cimentando as vias, formando becos e ruelas, em busca de habitação e trabalho.

Beirando as calçadas estreitas, muitos barracos e pequenos comércios delineiam os caminhos tortuosos da rua principal. Entre habitações e estabelecimentos (biroscas, padarias, *lan houses*, cabeleireiros, pequenas igrejas evangélicas...), vemos algumas vielas e becos abrindo-se para um universo de casas e vias improvisadas, ladeiras e escadas construídas pelos próprios moradores, e pequenos largos onde muitos degraus se cruzam para formando esses aglomerados populacionais. “Improvisação” é a palavra que melhor define a arquitetura local — improvisam-

¹² Clínica da Família é o nome dado às Unidades Básicas de Saúde no Rio de Janeiro-RJ após a expansão da APS no município.

se passarelas, janelas, pequenas pontes por cima de canais de esgoto a céu aberto, e até portas a um metro de altura do chão; basta erguerem os degraus até elas. Como é de se imaginar, o acesso para quem tem algum problema de locomoção é uma questão importante na comunidade.

Tanta improvisação é, em boa proporção, causa da insalubridade flagrante. Esgotos a céu aberto e sem tratamento correm em valas, cruzando as casas, trazendo infestações de ratos, baratas e vários tipos de zoonoses. Regiões mais densamente habitadas onde não se enxerga a luz do sol em nenhuma hora do dia fazem o limo crescer, o ar ficar carregado, úmido e pesado. Infecções respiratórias a todo tempo acometem os pulmões e as vidas dos moradores. Ambiente ideal para a proliferação de fungos e bactérias, uma das principais causas de adoecimento e morte da população. Raros são os que não têm uma história triste para contar sobre pneumonias que complicaram, casos de asma incuráveis e tuberculose. A tuberculose, aliás, é ainda muito prevalente na Rocinha, por encontrar, ali, condições ideais para sua proliferação.

Obras e especulação imobiliária parecem ter bastante influência na economia local. Lajes, quartos, sobrados... Tudo se negocia, tudo se transforma. Uma casa se transforma em um pequeno prédio sem muita bravata. Por ser situada entre bairros nobres da cidade, a Rocinha tem um valor imobiliário superior ao de outras favelas. Além do comércio local (legal ou ilegal), outra fonte de renda interna para a população, principalmente a masculina, são os mototáxis, que cruzam incessantemente a Estrada da Gávea e adjacências cobrando de R\$3,00 a R\$8,00, garantindo aos moradores acesso rápido e fácil dentro da favela. Os moradores não encontram dificuldade para acessar a rede de transportes da cidade que assiste a favela da Rocinha com ônibus, vans e uma estação de metrô. Milhares de pessoas transitam diariamente pela Rocinha e vias próximas para trabalhar nos bairros nobres da cidade, nos comércios, ou então como porteiros, babás, diaristas e empregadas domésticas, motoristas, pedreiros, biscateiros, manicures, camelôs, catadores de materiais recicláveis...

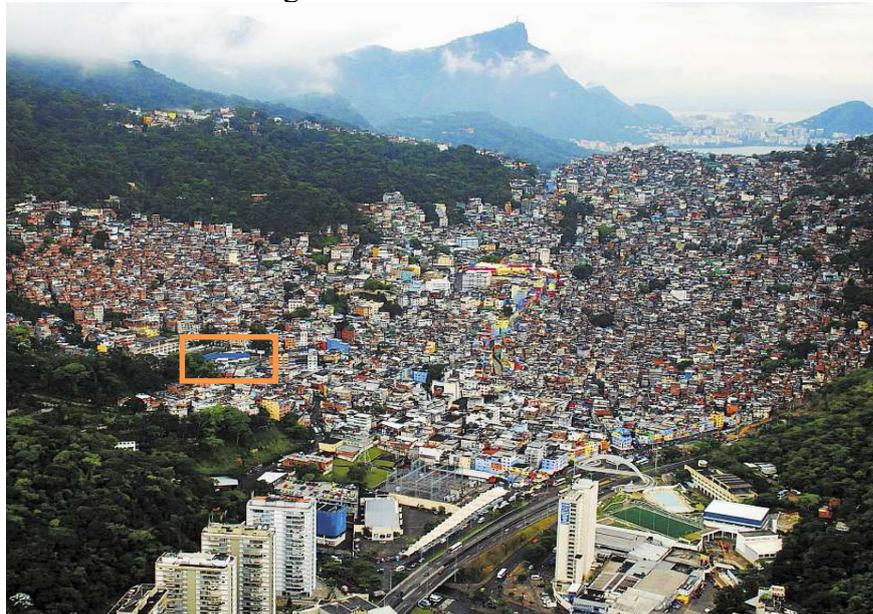
A energia com que a favela vibra dia e noite transforma-se quando facções armadas rivais entram em conflito entre si e com a polícia, que eventualmente faz incursões buscando apreender armas e drogas, numa guerra que parece não ter fim. O medo se espalha durante os intensos tiroteios que sazonalmente surgem. Quando o barulho das armas cessa, em menos tempo do que se espera as ruas estão cheias novamente. Os prejuízos financeiros dessa guerra são contados após cada tiroteio, mas os danos emocionais, físicos, mentais e espirituais permanecem na história dos sujeitos que vivenciam tamanha violência.

Da saída do metrô de São Conrado até a CFMSSS são cerca de 500 metros de distância. Subindo pela própria Estrada da Gávea, via onde se localiza a clínica, são cerca de seis curvas não muito sinuosas, e um trânsito intenso de duas mãos, onde observa-se um

número preponderante de motocicletas acionando a todo momento suas buzinas, esgueiram entre carros e vans. Caso se opte por sair do metrô e subir pela Via Ápia, rua de pouco movimento de veículos e comércio muito ativo, sobe-se em linha reta e chega-se à Estrada da Gávea, já nas proximidades da Unidade Básica de Saúde local. Esses trajetos são feitos diariamente pelos profissionais que moram fora da comunidade. Outros tantos profissionais vivem ali, direcionam-se até a clínica, assim como os pacientes, saindo de suas casas e caminhando pelos becos e vielas da Rocinha.

A Clínica da Família Maria do Socorro atende a parte média a baixa da Rocinha e se situa em um local tão estratégico quanto caótico do território — fica na “curva do S”, local bastante movimentado por pedestres e com um trânsito intenso, onde motoristas de ônibus precisam manobrar o veículo para conseguir fazer a curva sem atingir os carros que vêm no sentido oposto. A Clínica é bastante procurada pela população para os mais variados serviços de saúde que oferece e funciona dentro de uma estrutura de contêineres, anexa a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Figura 2 - Favela da Rocinha



Fonte: Arquivo do autor.

A visão da Favela da Rocinha trazida na imagem aproxima o leitor a esse território bastante complexo. Os prédios residenciais da parte inferior da foto contrastam com o completo caos urbano e social em que vivem os moradores da Rocinha. A área interna do retângulo laranja, no lado esquerdo da foto, é onde se localiza a CFMSSS, local onde foi realizada a pesquisa.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistas: experiência e narrativa

Convido o leitor a acompanhar a experiência na realização das entrevistas, de maneira que se torne algo partilhado entre aqueles que desejam conhecer histórias contadas por mulheres da Rocinha sobre a contracepção e o DIU. A descrição dos processos que se sucederam para além das entrevistas, desde as emoções que surgiram com o meu retorno ao território, os empecilhos que foram contornados, até as pactuações feitas com profissionais e usuárias, serão apresentados nos parágrafos a seguir.

Assim cheguei, em setembro de 2019, para a realização das entrevistas, a sensação com o novo retorno era de apreensão. Na CFMSSS, eu já havia feito meu estágio em APS como acadêmico na faculdade de medicina, em 2012, e retornei, de 2016 a 2018, como residente médico, atendendo pacientes na UBS e fazendo visitas domiciliares. Dessa vez, me sentia como um intruso bem-vindo. Ex-colegas me olhavam com surpresa e alegria. Alguns rostos conhecidos entre os pacientes na sala de espera me faziam sentir em casa. “Doutor, o senhor vai voltar a trabalhar aqui?”, perguntou uma usuária que havia feito todo o seu pré-natal comigo quando eu ainda atuava naquele território. “Infelizmente, não”, respondi. A minha negativa não a ateu de perguntar o que eu achava que ela tinha, pois vinha apresentando “palidez e cansaço”. A conversa não se prolongou, e o seu nome foi chamado da porta de um dos consultórios da clínica. Confortei-a e deixei que o médico da equipe oferecesse os cuidados adequados.

Sabia que seriam poucos dias para a coleta do material. Precisaria ser pragmático para, em meio a tantos sentimentos e reencontros, conseguisse manter o foco nas entrevistas. No primeiro dia, uma segunda-feira no turno da manhã, a clínica estava obviamente lotada de pessoas com as mais diversas demandas. Com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que conheciam os horários de atendimento das equipes, e a disponibilidade das salas, encontramos um consultório vazio, onde me estabeleci. Sem querer atrapalhar o fluxo de atendimento, mas sabendo que precisava ser ágil para viabilizar a realização das entrevistas, requisitei ajuda novamente dos ACSs que estavam nos guichês de atendimento. Eles me auxiliaram convidando algumas usuárias que se incluíam nos critérios da pesquisa e que teriam disponibilidade para participar da entrevista após terem suas demandas atendidas pelos profissionais de saúde. Com discrição, para não causar nenhum constrangimento entre as participantes, elas eram conduzidas até a sala onde eu me situava.

No decorrer das entrevistas, minha apreensão diminuía à medida que as participantes relatavam suas experiências. A companhia de estudantes do sexo feminino, convidadas a estarem presentes durante as entrevistas, auxiliou no sentido de deixar as mulheres mais à vontade para se abrirem em relação aos seus conhecimentos, dúvidas e medos. As questões de gênero, tão evidentes e tantas vezes ignorada nas consultas, são abordadas de forma tangencial nas consultas da APS, até pelo foco biomédico da produção do cuidado. Este trabalho, ao questionar sobre o DIU, entra em contato com questões centrais para o gênero feminino, como direitos reprodutivos, sexualidade e machismo. Então, a presença de uma interlocutora do gênero feminino na sala produziu um ambiente mais acolhedor para que essas questões pudessem vir à tona.

Naquele ambiente, eu me colocava menos como médico e mais como um observador que participava dos processos. Oferecia uma atenção cuidadosa e interessada e, em troca, ouvia relatos que revelavam muito além do que se poderia esperar de uma simples entrevista a respeito de um método contraceptivo. Ouvi histórias trágicas e felizes, dramas pessoais, planos de vida, experiências positivas (ou nem tanto) em relação a gestações, partos, métodos contraceptivos, laços familiares e amorosos. Atento às palavras, gestos e expressões, registrei o que foi possível captar e me afetei pelo que vi, ouvi e senti. As entrevistas se materializavam à medida que o gravador era ligado e desligado.

Na terça-feira, um intenso tiroteio que se iniciou na noite anterior se prolongou durante a madrugada. Por volta das 7h da manhã, fui comunicado por uma colega que a CFMSSS não teria seu funcionamento normal devido aos confrontos. Essa é uma situação lamentável, mas rotineira, vivenciada por moradores e profissionais de saúde que lá atuam. O atendimento aos usuários é por vezes interrompido e a CFMSSS tem suas portas fechadas quando os confrontos são muito intensos, como foi o caso desse dia.

Na quarta-feira, os tiroteios tiveram trégua e pude retornar para dar continuidade às entrevistas no mesmo consultório em que havia me instalado no primeiro dia.

A questão do espaço físico era inicialmente uma preocupação devido ao grande número de profissionais, e da escassez já conhecida de consultórios livres, mas percebi que esse já não era mais um problema. Com a colaboração dos ex-colegas, me senti acolhido, e o espaço para as entrevistas estava reservado para esse fim. No segundo dia de entrevistas, eu me sentia mais confortável. Isso se refletiu em minha habilidade como entrevistador e pesquisador, e as entrevistas decorreram com mais naturalidade. O roteiro continuava sendo respeitado, mas alguns atalhos se apresentavam na comunicação e eram por mim explorados. Os silêncios eram

compreendidos e os gestos observados. A dança do que é dito com o que não é dito não é capaz de ofuscar os sentidos que transpassam os olhares, as expressões, os movimentos.

Em mais uma visita naquela semana, instalei-me novamente na mesma sala e realizei as últimas das 16 entrevistas na CFMSSS. Pude, então, ao fim do terceiro dia, fazer uma breve avaliação dos processos que se deram nos encontros.

Os diálogos durante as entrevistas seguiram padrões diversos. Alguns mais breves, outros surpreendentemente longos. Havia aquelas entrevistas em que as palavras e as trocas fluíam com mais leveza, e outras onde os diálogos pareciam se intrincar, em uma luta entre “o que se pensava” e “o que se dizia”. Algumas entrevistas pareciam fugir tanto ao tema que, a todo o momento, era feito um esforço para reconduzi-la. Em outros casos, as mulheres pareciam conhecer o roteiro e já traziam em seus relatos, as respostas das questões, antes mesmo que fossem feitas as perguntas. As narrativas ganhavam vida própria à medida que os acontecimentos eram lembrados, e as percepções ganhavam novo significado quando as entrevistadas buscavam estruturar essas percepções e traduzi-las de forma organizada.

Ao final das entrevistas, a sensação era de grande satisfação, e o material coletado através dos áudios foi guardado com o zelo que se deve ter com aquilo que é de inestimável valor. As escutas iniciais das entrevistas, antes mesmo do seu envio para a edição, marcavam de vez em minha memória aqueles momentos de trocas tão profundas. As anotações do caderno de campo haviam registrado aquilo que talvez as vozes das mulheres não ousaram verbalizar, mas que não passam despercebidamente quando o corpo se manifesta.

8.1 ANÁLISE DOS DADOS

Buscaremos estruturar as fases da análise de dados conforme preconizado por Bardin (1979) em: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e inferência, e interpretação.

Pré-análise

As entrevistas das 16 participantes do estudo foram gravadas em uma sala de atendimento da CFMSSS. Os áudios foram salvos em forma de arquivo MP3 e, posteriormente, transcritos na íntegra. Um total de 180 minutos de diálogos, agora na forma escrita, estavam disponíveis em 175 páginas.

A análise das entrevistas seguiu os critérios de Bardin (1979). Uma leitura flutuante de todo o texto foi realizada inicialmente. Nessa primeira leitura, foi possível me habituar aos

ritmos com que os diálogos se desenvolviam, agora na forma escrita. As entrevistas foram lidas e relidas à exaustão. Algumas hipóteses, ainda pouco consistentes, foram levantadas nessa fase, diante da complexidade do que cada mulher trazia em sua fala. O papel do pesquisador nessa etapa consiste, no entanto, em ordenar e categorizar os dados, já que o levantamento de hipóteses pode ser algo ainda prematuro. Seguindo as sugestões de Flick (2013), foram então retirados do texto os trechos que não possuíam maior valor semântico. As minhas falas enquanto entrevistador foram retiradas do texto, e então as entrevistas foram transformadas em narrativas, trazendo em seu conteúdo os trechos mais relevantes ao tema da pesquisa.

Na fase da pré-análise, já tinha em mãos as entrevistas transcritas e editadas para um formato de narrativa, retiradas as interrupções do entrevistador e os ruídos das falas. Esse material representava as percepções das mulheres entrevistadas sobre o DIU. Seria, então, esse material aquele a ser processado, codificado, interpretado e retransmitido ao leitor.

Nas etapas seguintes foi preparado o material para sua exploração. A teoria de Bardin sugere uma metodologia, segundo a qual as palavras ou temas podem ser analisados por critérios que considerem as frequências das palavras e associação entre os termos utilizados em uma entrevista.

Para se encontrar as *unidades temáticas* e os *núcleos de sentido*, tornou-se importante contar com as funcionalidades do *software* IRAMUTEQ, que segue as etapas da análise de dados de Bardin, conforme já descrito, e apresenta ao pesquisador dados estruturados sobre as frequências com que surgem as palavras segundo determinadas variáveis.

As variáveis selecionadas foram:

Estado civil:
1- Solteira; 2- Em um relacionamento estável.

Número de filhos:
1- Sem filho; 2- 1 filho; 3- 2 filhos; 4- 3 ou mais filhos.

Nível de instrução:
1- Sem estudo; 2- Ensino Médio até o nono ano (completo ou incompleto); 3- Ensino Médio até o segundo grau; 4- Ensino superior.

Método contraceptivo que utiliza no momento:
1- Nenhum método; 2- Pílula; 3- Injeção trimestral; 4- Laqueadura tubária 5- Camisinha; 6- Injetável mensal.

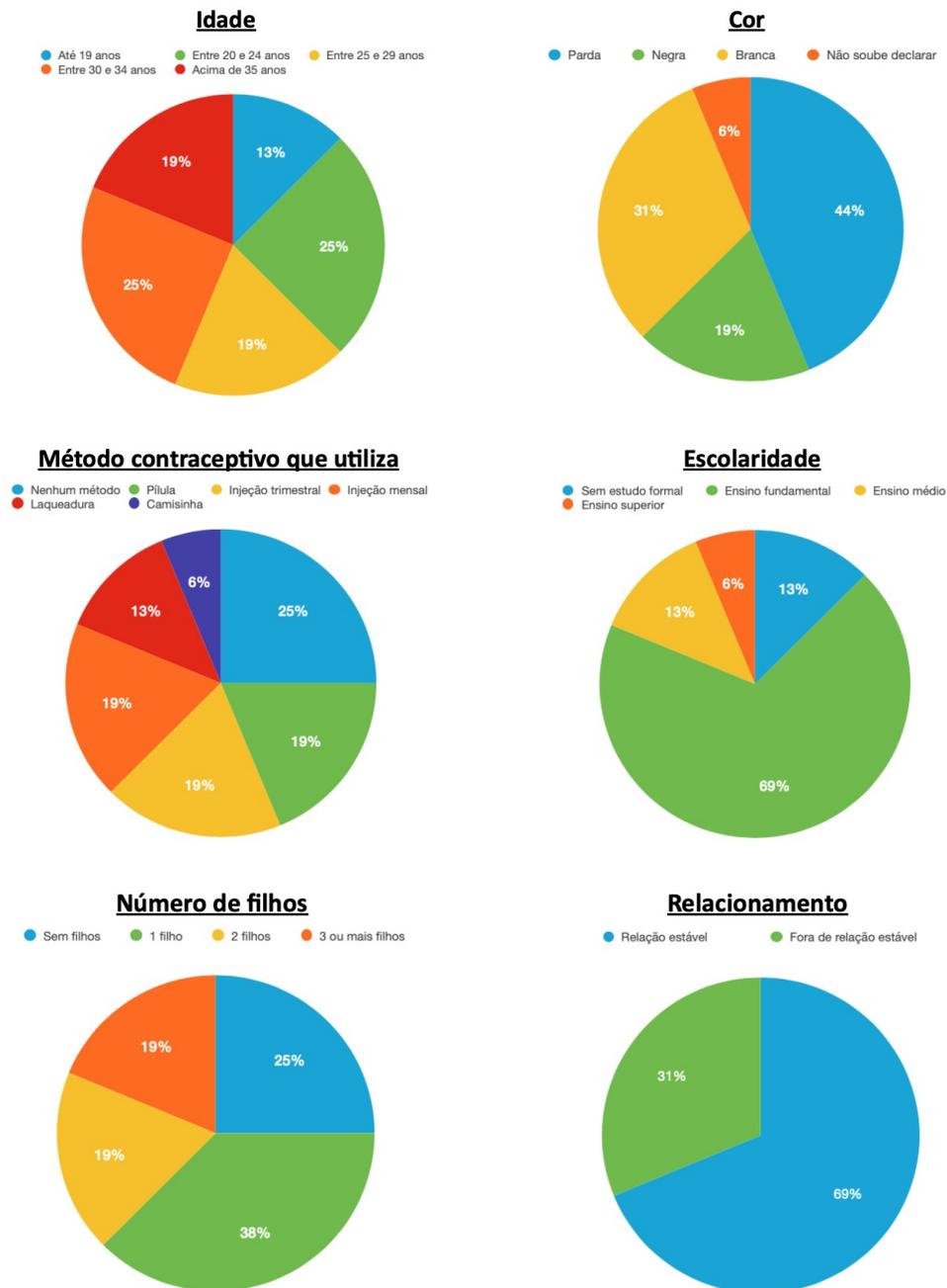
Cor:
1- Parda; 2- Negra; 3- Branca; 4- Indígena; 5- Amarela.

Idade:
1- Até 19 anos; 2- 20 a 24 anos; 3- 25 a 29 anos; 4- 30 a 34 anos; 5- Acima de 35 anos.

Através do IRAMUTEQ, é possível visualizar, separadamente, os relatos dos grupos apresentados na tabela acima. Buscamos apurar se algumas hipóteses poderiam ser levantadas considerando os relatos das mulheres de acordo com seu estado civil, número de filhos, nível de instrução, método contraceptivo utilizado, cor e idade. É importante explicar, no entanto, que os relatos individuais foram a fonte principal de interesse do estudo e a sistematização das variáveis foi importante diante de sinais evidentes ou, no mínimo, bastante sugestivos de que os relatos seguiam alguns padrões dentro de uma variável isolada ou quando comparados com outras variáveis.

Para que se conheça em maior profundidade o perfil das participantes, foram separados grupos considerando as variáveis apresentadas. Dessa forma, conseguiremos visualizar as características mais frequentes que esse universo da pesquisa apresenta.

Figura 3 - Perfil das participantes da pesquisa.



Fonte: Próprio autor, 2020.

Os gráficos gerados mostram o perfil das participantes da pesquisa. É interessante observar a heterogeneidade do grupo. Algumas características se destacam nesse universo de pessoas: mulheres pardas que estudaram até o ensino fundamental, que estão em sua maioria em um relacionamento estável, e que têm ao menos um filho.

Não é o objetivo desta pesquisa, no entanto, levantar dados epidemiológicos sobre as participantes, mesmo porque um universo de 16 mulheres não é capaz de fazer representações de amostras que possam ser generalizáveis em números. Essas variáveis foram utilizadas para

observarmos as relações que se constroem entre cada mulher, e ao mesmo tempo todas elas, com o objeto do estudo (DIU).

Tratamento dos resultados

Uma pergunta elementar é uma pergunta que atinge o magma mais profundo da nossa perplexidade individual e coletiva com a transparência técnica de uma fisga. (SANTOS, 2010, p. 47).

Foram levadas questões elementares às entrevistadas. Podemos esperar repostas complexas. Para o desafio de adentrar às perplexidades das participantes da pesquisa e, com cuidado, examinar suas falas, foi necessário despir-me das certezas metodológicas que habitam a mente de quem serve aos interesses das ciências biológicas, e abrir-me para a subjetividade dos significados individuais (SANTOS, 2010).

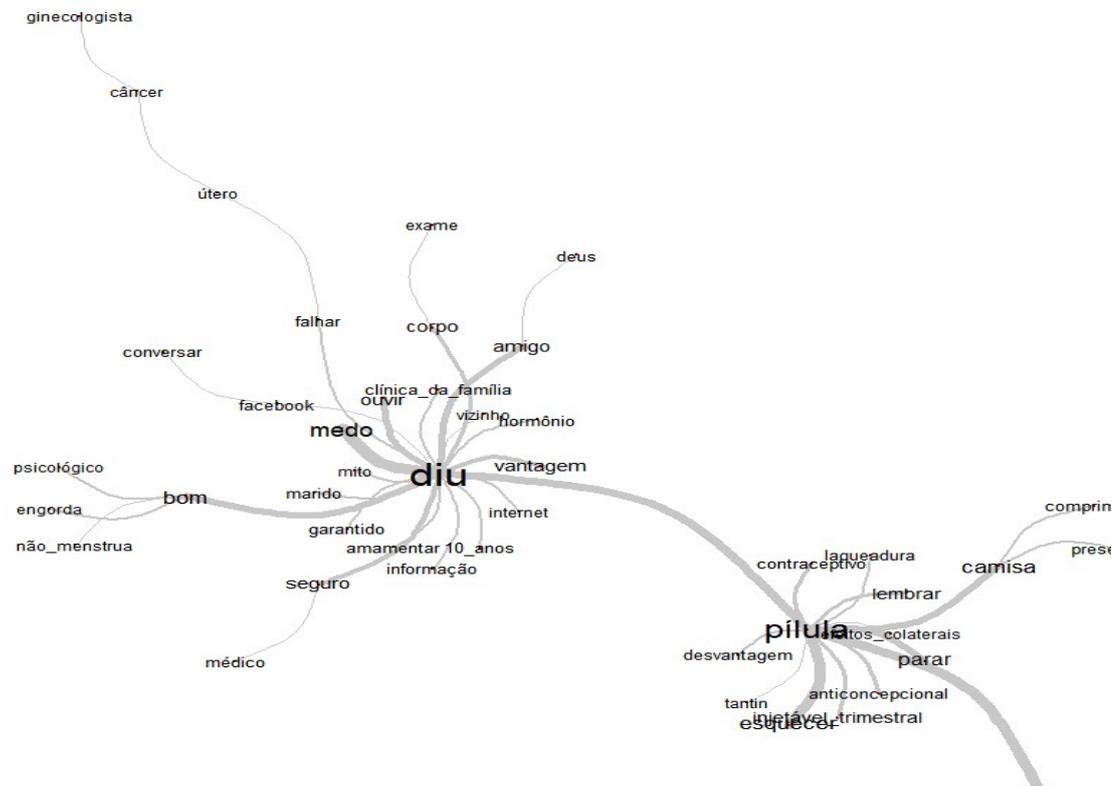
Antes de adentrar no universo das mulheres sobre o DIU, foi necessário olhar as relações estabelecidas entre a mulher e os métodos contraceptivos que conhece.

Depois de discutir alguns pontos importantes sobre os contraceptivos, analisamos em particular as partes do texto em que as participantes da pesquisa respondiam às questões que as convidavam a trazer suas percepções sobre o DIU especificamente. A partir daí, o foco da pesquisa recai sobre este, que é o objeto do estudo.

O DIU e os métodos contraceptivos

As mulheres trouxeram, com grande frequência, relatos a respeito da pílula anticoncepcional, dos métodos injetáveis e da camisinha, além do DIU. Sobre os efeitos adversos dos métodos e como transitaram entre o uso de cada um deles ao longo da vida, com suas preferências, experiências positivas ou não, e traumas. Penso não ser possível analisar a relação das participantes com o DIU sem, antes, entender o contexto da contracepção vivenciado por elas.

Figura 4 - Gráfico 1 de similitude com os relatos das participantes sobre os contraceptivos citados.



Fonte: Próprio autor, 2020.

Observamos, na Figura 4, três grandes grupos interligados: **DIU**, **pílula** e **injeção**. Cada um deles leva a uma variedade de outros termos que fazem parte do universo das mulheres entrevistadas. Podemos formular algumas interpretações iniciais sobre o gráfico geral do texto. A **pílula** anticoncepcional ocupa papel central no gráfico de similitude e tem grande associação com os outros métodos contraceptivos. Sua ligação com **injeção** é bastante intensa e essa associação passa pelas palavras **parar** e **efeitos colaterais**. A palavra **esquecer** também apresenta forte associação à **pílula**. É possível que as entrevistadas enxerguem o método injetável como uma alternativa ao anticoncepcional oral combinado, após experimentarem os efeitos indesejados e falhas do método por esquecerem de utilizá-lo todos os dias na mesma hora e, então, optem por buscar um novo método contraceptivo, como o injetável, a camisinha e o DIU.

Já os métodos injetáveis não apresentam fortes ligações com outros métodos além da pílula; no entanto, as mulheres relacionaram frequentemente métodos injetáveis à palavra **engordar**, o que poderia ser uma importante barreira à sua adesão e manutenção.

O **DIU** também apresenta forte ligação com a **pílula** e surge como uma opção de uso a esse método. Como metade das perguntas feitas nas entrevistas exploravam especificamente o

DIU, uma rica gama de associações sobre o método surge: **medo, Clínica da Família, corpo, vizinha, amiga**, entre outros termos de importantes significados, que serão discutidos nos capítulos à frente.

Vejo como essencial relacionar os dados encontrados com a realidade dos serviços de saúde que ofertam os métodos para, assim, fazermos uma análise que consiga integrar as concepções das entrevistadas ao contexto real da APS.

Frequência com que as palavras surgem nos relatos e uma análise qualitativa dos dados:

DIU (110)	injetável (4)
pílula (62)	Tantin (3)
injeção (46)	tabela (3)
camisinha masculina (21)	anel vaginal (2)
injetável mensal (12)	ciclo 21 (2)
Injetável trimestral (9)	pílula do dia seguinte (2)
anticoncepcional (7)	trimestral (1)
comprimido (6)	diafragma (1)
preservativo (5)	implante subdérmico (1)
trimestral (5)	

Cada relato engendrava nas mulheres uma rede de memórias, vivências, dores e afetos que pairava sobre seus pensamentos: experiências individuais vivenciadas, experiências compartilhadas no convívio íntimo ou próximo com outras mulheres, com os companheiros, pais dos seus filhos ou não; lembranças que foram acessadas durante os relatos, algumas delas narradas, outras possivelmente não foram verbalizadas por dificuldade em acessá-las ou, simplesmente, por não se sentirem à vontade para falar sobre algo tão pessoal na entrevista. Portanto, a lista com os nomes dos métodos e as frequências com que foram mencionadas pelas participantes não deve parecer algo distante, ou uma mera comparação de ordens de grandeza. Ao contrário, deve ser vista com a sensibilidade de quem reconhece na fala do outro valor e sentido.

Figura 5 - Gráfico em nuvem com os métodos contraceptivos citados com mais frequência na entrevista completa e palavras frequentemente associadas aos métodos.



Fonte: Autor do estudo, 2020.

Algo marcante sobre essa análise frequencial dos métodos citados pelas participantes é que quase todos os métodos contraceptivos ofertados na UBS são citados: anticoncepcional injetável trimestral, anticoncepcional injetável mensal, pílula oral combinada, diafragma, DIU de cobre, preservativo masculino e feminino, pílula de emergência e minipílula. O único método reversível não citado foi o preservativo feminino. O implante subdérmico foi lembrado por uma participante que trabalha em uma drogaria, porém esse método não está disponível no SUS. Entre os métodos não reversíveis, a laqueadura tubária também foi lembrada, mas não a vasectomia não surgiu nos relatos.

Na Figura 6, observamos a abrangência dos métodos contraceptivos que existem:

Figura 6 - Esquema com os métodos contraceptivos agrupados segundo algumas características.



Fonte: <www.portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>. Acesso em: 10/03/2020.

Os serviços de saúde devem oferecer às mulheres informações sobre os métodos contraceptivos disponíveis no SUS e disponibilizá-los à população, de acordo com a Política Nacional de Planejamento Familiar (BRASIL, 2009). No entanto, parece pouco provável que as usuárias saibam da existência dessa lei específica, assim como parece pouco provável que materiais extensos e detalhados sobre os métodos contraceptivos sejam a principal fonte de informação dessas mulheres. Talvez, o mais importante elo entre o serviço de saúde e a usuária seja os profissionais de saúde que compõem as equipes de Saúde da Família (EqSF): agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas, técnicos de saúde bucal, profissionais do NASF. Torna-se importante contextualizar o leitor sobre o panorama da atuação dos profissionais da saúde em relação ao planejamento reprodutivo — diversas barreiras e poucos incentivos são colocados entre os pacientes e o planejamento reprodutivo previsto em lei.

No Brasil, após técnica lançada em 2019 pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde em âmbito federal (BRASIL, 2019), o profissional de enfermagem não está mais legalmente apto para fazer a inserção do DIU, o que é visto por muitos como um problema que pode afetar os direitos reprodutivos das mulheres brasileiras. Em nota de repúdio, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2019) afirma que tal restrição não encontra amparo técnico, e que restringiria o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos. O documento cita os exemplos do Canadá e do Reino Unido como países onde enfermeiras e enfermeiros são habilitados para fazer a inserção de DIU. O COFEN reafirma que tal medida pode ser um obstáculo à garantia das mulheres aos seus direitos reprodutivos. Gonzaga (2017) alega que

não existe diferença entre enfermeiros e médicos na efetividade da inserção do DIU, sendo ambos igualmente competentes para realizar a sua inserção de forma adequada.

Porém, mesmo antes da nota técnica (BRASIL, 2019), não era comum que profissionais da enfermagem, de fato, realizassem a inserção de DIU nos serviços de saúde brasileiros. Em estudo realizado na macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais, verificou-se que nenhuma inserção foi feita por enfermeiros nessa região no ano de 2016 (GONZAGA, 2017). Em apenas 3% das ocasiões, a inserção do DIU foi realizada por médicos generalistas e 97% do total de inserções de DIU no SUS foram feitas por ginecologistas. Em outro estudo (FIGUEIREDO, 2010), realizado no município de São Paulo-SP, observa-se que os médicos generalistas que compõem as EqSF no Estado de São Paulo em sua grande maioria não fazem a inserção do DIU, referenciando os pacientes a ginecologistas para a inserção. Devido à demora entre a manifestação da vontade de fazer a inserção do DIU e a consulta com o especialista, muitas vezes o paciente acaba por atrasar a inserção do DIU, o que aumenta as chances de uma gravidez indesejada nesse período.

Enfermeiras(os) estão capacitadas(os) a informar e orientar sobre as características de vários métodos contraceptivos e a acompanhar a evolução da paciente que opta por algum deles. O profissional médico é, atualmente, a única categoria profissional legalmente autorizada para realizar a inserção de DIU. Todas as outras categorias profissionais da área da saúde podem orientar e prescrever os métodos contraceptivos disponíveis e abordar os direitos reprodutivos das mulheres junto às usuárias. Sabemos que especialistas em ginecologia estão aptos a inserir o DIU; no entanto, alguns programas de especialização em medicina de família e comunidade (SBMFC, 2015) consideram a inserção do DIU como habilidade essencial para os especialistas em MFC. Considerando a heterogeneidade dos programas de formação em MFC no Brasil, vemos, na prática, que grande parte dos médicos de família não se sente apta a fazê-lo.

O Agente Comunitário de Saúde, conforme consta no Guia Prático do ACS (BRASIL, 2009), deve conhecer as características dos métodos contraceptivos e ofertá-los à população, além de orientar as mulheres sobre saúde reprodutiva e sobre o planejamento reprodutivo, informando-as sobre os direitos garantidos por lei para que toda a população tenha acesso ao acompanhamento por profissionais de saúde no que diz respeito à concepção e contracepção (BRASIL, 2002). O vínculo do ACS com a comunidade pode favorecer a aproximação do profissional com as mulheres sobre o tema, o que torna esses profissionais peças-chave no acesso à oferta do planejamento reprodutivo.

Aos médicos cabe, além de abordar a saúde reprodutiva das pessoas, fazer as prescrições dos métodos disponíveis e a inserção do DIU. Essa dependência do médico para o

acesso ao DIU e, muitas vezes, do médico especialista, pode ser vista como uma das barreiras para a adesão ao uso do DIU no Brasil (FIOCRUZ, 2020).

8.2 O ENCONTRO ENTRE O PROFISSIONAL MÉDICO E A MULHER QUE BUSCA A SAÚDE REPRODUTIVA

Podemos voltar a Clavreul (1983) ao observar que, no encontro “profissional médico–mulher”, o que se observa de fato é o encontro “entidade médica–paciente”, mesmo quando se fala em contracepção parece ser essa a ordem. Esse diálogo entre um indivíduo que, por muitos anos, foi bombardeado por dados científicos que buscam explicar a natureza do corpo humano e de suas disfuncionalidades, e um outro indivíduo desprovido do saber científico, mas com seu próprio conhecimento, forjado, moldado e acumulado durante toda a sua trajetória de vida, precisa ser um diálogo cuidadoso e próximo para que as informações sejam compartilhadas e compreendidas pelas duas partes, levando a uma abordagem da saúde reprodutiva satisfatória e eficiente para as usuárias.

[...] a ciência pós-moderna sabe que nenhuma forma de conhecimento é, em si mesma, racional; só a configuração de todas elas é racional. Tenta, pois, dialogar com outras formas de conhecimento deixando-se penetrar por elas. A mais importante de todas é o conhecimento do senso comum, o conhecimento vulgar e prático com que no cotidiano orientamos as nossas ações e damos sentido à nossa vida. A ciência moderna construiu-se contra o senso comum que considerou superficial, ilusório e falso. A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. (SANTOS, 2010, p. 70).

Tal conhecimento vulgar, que chamarei aqui de conhecimento popular, estaria sendo negado ou anulado pelo discurso do médico e submetido aos dogmas da ciência moderna, que muitas vezes impõe seus diagnósticos e suas condutas à pessoa que busca o cuidado em saúde. Subjugada, ela perde sua voz, e, emudecida, sente-se coagida a seguir a lógica imposta (SANTOS, 2010; BONET, 2004).

A transição para a ciência pós-moderna a que se refere Santos (2010) se pauta justamente em um esforço que deve ser feito para que as diversas formas de conhecimento se enxerguem e dialoguem nas diferentes linguagens em que cada uma se comunica, como que em um movimento de aproximação e tradução dos saberes, para que, assim, se compreendam.

Nesse sentido, Santos (2010) traz a ideia do *paradigma emergente*, que surgiria como uma resposta ao *paradigma dominante* e resolveria a dicotomia criada entre os conhecimentos das ciências naturais e das ciências sociais, permitindo que as duas se atravessem a todo

momento, tornando-se inerentes uma à outra. O conhecimento pós-moderno seria ao mesmo tempo local e total.

Para Santos (2010), existe uma profunda e irreversível crise do paradigma dominante. Essa crise, anunciada mesmo que involuntariamente pelas teorias de Albert Einstein (1879-1955) e Heisenberg e Bohr, nas primeiras décadas do século XX expõem a fragilidade das condições teóricas e sociais do paradigma dominante. O autor (SANTOS, 2010) interpreta que as teorias de Einstein, através da observação astronômica da relação de tempo, de espaço e de tempo no espaço, trazem à tona a questão da *simultaneidade de acontecimentos* (SANTOS, 2010, p. 54), onde se observa que acontecimentos distantes um do outro não são fenômenos idênticos, justamente por não ser possível medir a velocidade necessária para percorrer a distância entre os fenômenos. Heisenberg (1901-1976) e Bohr (1885-1962) complementam que as métricas utilizadas no estudo dos fenômenos serão sempre resultado da ação do pesquisador sobre o objeto de pesquisa, e também da ação oposta (SANTOS, 2010).

Assim, se dois acontecimentos simultâneos não podem ser verificados à rigor, por falta de um sistema de medição que permita comprovar a simultaneidade, eles se tornam relativos; e se as ferramentas utilizadas para mensurar os fenômenos em ordem de grandeza são de fato o resultado da interferência do pesquisador no campo, então os dados que irá obter correspondem à resposta daquele sistema naquele cenário específico. “O conhecimento pós-moderno não é determinístico, sendo local, não é descritivista. É um conhecimento sobre as condições de possibilidades da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local” (SANTOS, 2010, p. 66).

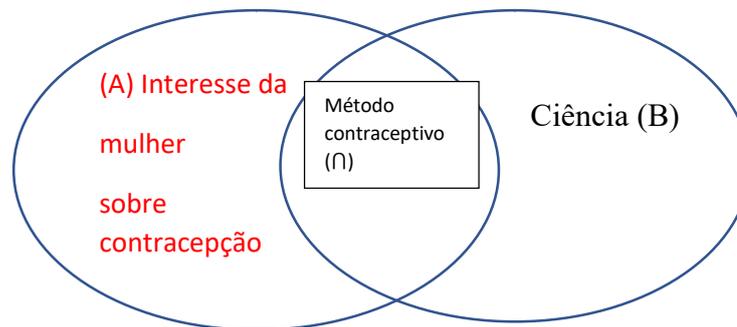
(A - \cap)

O senso comum seria uma forma de conhecimento que nasce da experiência do indivíduo com o mundo e com a coletividade em que está inserido. Conceitos passados transgeracionalmente ou espontaneamente, através da própria observação individual e compartilhada com seus pares. No entanto, esse saber popular é visto pela ciência moderna como algo raso e ilusório; desprovido de validade científica (SANTOS, 2010), é considerado um falso conhecimento. Entendo que o senso comum pode ter uma importante função: proteger as pessoas dos danos causados pelas intervenções recomendadas pela ciência, uma vez que a ciência por muitas vezes ignora, afasta e até invalida o que traz o indivíduo.

As tensões que surgem dentro do universo da pesquisa podem ser pensadas através de uma análise sobre o que contém os conjuntos que representam a mulher e a ciência.

Temos uma intersecção definida. Pode parecer óbvio, mas é necessário que seja dito: é esperado pelas 2 partes (ciência e mulher interessada) que o método contraceptivo seja eficaz ao evitar que uma relação sexual leve ao surgimento de uma nova vida. Resta saber o que não está contido dentro dessa intersecção, o que não é de comum acordo, o que ainda é desconhecido, principalmente no que tange ao universo da mulher que busca a contracepção. Os conjuntos $(A - \cap)$ e $(B - \cap)$ precisam dialogar para que a intersecção seja benéfica para a mulher.

Figura 7 - Intersecção entre o interesse da mulher sobre contracepção e ciência.



Fonte: Próprio autor, 2020.

A = Interesse da mulher sobre contracepção: tudo aquilo que habita o universo das mulheres em relação a sua contracepção, considerando as individualidades e preferências de cada mulher. O conjunto A varia de acordo com o sujeito.

B = Fatos de conhecimento da ciência sobre os métodos contraceptivos. O conjunto B é invariável quanto ao seu conteúdo, porém sua forma é capaz de apresentar variações. A ciência, com sua dureza e objetividade ao se aproximar do indivíduo e do saber popular, tem a possibilidade de se moldar e se adaptar, caso as informações científicas sejam colocadas de forma cuidadosa por aqueles que falam em seu nome, facilitando que exista um ponto de congruência entre os conjuntos A e B.

\cap = Intersecção: aquilo que de fato é compartilhado entre o universo da mulher e o da ciência. Pode-se considerar que \cap seria a decisão da mulher em utilizar um método contraceptivo. Pode variar de acordo com as particularidades de cada mulher, e também do acesso que essas mulheres têm às informações confiáveis em contracepção.

Até este momento da pesquisa, o conjunto $(A - \cap)$ ainda é desconhecido, e o nosso olhar é conduzido no sentido de levantar possibilidades sobre o que o compõe; pensando no que poderia estar contido naquilo que as mulheres trazem sobre o DIU, sem de fato terem experimentado o método, ou seja, sem uma intersecção estabelecida. Considerando as ideias que trazem nos relatos, podemos considerar esse conjunto $(A - \cap)$ como *conhecimento vulgar*, ou *senso comum* (SANTOS, 2010), que poderia ser também chamado de conhecimento popular, sobre algum contraceptivo. Em alguns relatos, podemos observar que as próprias entrevistadas, por vezes, questionam o conhecimento popular. Não por duvidarem do que ouvem, mas parecem esperar a confirmação da ciência (na voz do médico, durante a consulta clínica), para que a informação seja validada.

“E o DIU, eu tenho muita vontade de botar. Só que eu tenho essas dúvidas e esses medos, né? Que tem amiga minha que botou e falou que sentiu dores, falou que não se deu bem, falou que na hora da relação dói... Entendeu? Isso que eu queria saber também — é verdade isso?”. (Erreosan)

Erreosan demonstra apreensão e dúvida ao considerar a utilização do método. Entendemos que o questionamento “é verdade isso?” também pode ser entendido como um questionamento: “é generalizável o que minha amiga relatou?”, ou seja: “é esperado que o DIU cause dores, inclusive durante a relação sexual em todas as mulheres? Isso tem alguma comprovação da ciência?”. Tal questionamento demonstra uma tendência a depositar no discurso do médico a confiança sobre as informações transmitidas e a considerá-lo o comunicador da verdade científica.

Por ora, não buscaremos respostas para essas perguntas, pois o que procuramos é um maior aprofundamento nos relatos, incluindo os hiatos que existem. No entanto, a indagação de Erreosan soa de forma bastante emblemática. Sua pergunta “é verdade isso?” pode ser comparada à base da ciência moderna, que se preocupa em testar, retestar e reproduzir, até que se possa confirmar ou refutar teorias (SANTOS, 2010). O questionamento genuíno de Erreosan gera uma nova indagação: a experiência de sua amiga que lhe contou sobre as dores e o incômodo durante a relação precisa de comprovação científica para então ser considerada verdadeira?

“Eu acho que as pessoas não estão bem informadas sobre o DIU, não. As pessoas criam na mente o que é o DIU. Tem mais por ouvir falar, a opinião dos outros, de um ou de outro que colocou... “Ah, minha amiga colocou e é assim”. Então, vai criando um mito na cabeça das pessoas”. (Jotozi)

Quando Jotozi afirma crer que existam mitos relacionados ao DIU e que esses mitos são construídos através do que a pessoa “ouve falar” e que, portanto, “as pessoas não estão bem informadas” sobre o método, podemos supor que, para ela, o senso comum carece de uma maior fundamentação.

Nos próximos capítulos, iremos analisar os relatos das entrevistadas, sabendo que grande parte das ideias trazidas foram estruturadas justamente através daquilo que elas ouvem falar.

8.3 O DIU SEGUNDO AS MULHERES

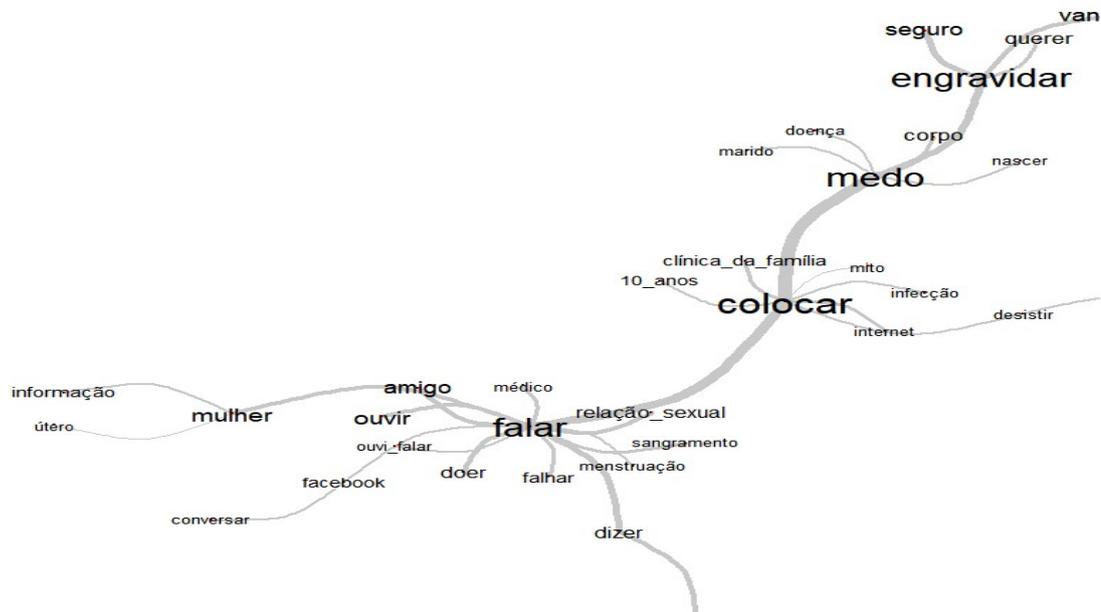
Muito já foi falado ao longo do texto sobre o DIU TCU-380A, sua história e características, seu uso no Brasil e no mundo. Também foram explorados os sentidos dados aos métodos contraceptivos por usuárias da APS na Rocinha. Em seguida, foi problematizada a dicotomia demonstrada por Santos (2010) entre as ciências naturais e as ciências sociais, e pôde se observar que a transgressão dessa dicotomia é a chave da transição da ciência moderna (fragmentada) para a ciência pós-moderna (local e total).

Nesta seção do texto, serão analisados os relatos das mulheres entrevistadas a respeito do DIU de cobre. Para guiar essa análise, foram utilizados os gráficos do IRAMUTEQ construídos a partir das palavras mais prevalentes nos relatos e suas correlações dentro do texto. Dessa forma buscou-se, mediar um diálogo entre a linguagem gráfica e a linguagem das entrevistas transcritas, verificando o que de fato foi transmitido pelas mulheres nos seus relatos — tudo isso, permeado pela minha interpretação dos relatos e dos dados gerados.

O DIU não havia sido utilizado por nenhuma das entrevistadas anteriormente, portanto a experiência que trazem não é de ordem pessoal. Elas não experimentaram as sensações e efeitos que o método pode causar, de modo que o que elas trazem em seus relatos diz respeito ao que habita em seus imaginários e ao que foi construído por informações que receberam de profissionais da saúde, ou através de sites na internet, mas principalmente, pela troca de experiências com outras mulheres que têm algo a dizer sobre DIU, mesmo que não o tenham utilizado. É uma relação extremamente subjetiva que se estabelece no “ouvir falar”. O desafio, aqui, será interpretar toda essa subjetividade, buscando dar voz a essas mulheres e olhar para os sentidos que elas atribuem ao DIU. Para isso, utilizaremos os relatos das entrevistas na qual elas se referem ao DIU especificamente, aliado às possibilidades interpretativas do pesquisador, com o auxílio das funcionalidades do software IRAMUTEQ.

O Gráfico 2 de similitude sobre o DIU se refere às partes dos relatos que falam sobre o DIU especificamente, e mostra a força de associação entre as palavras mais vezes citadas.

Figura 8 - Gráfico 2 de similitude.



Fonte: Próprio autor, 2020.

As mulheres entrevistadas já haviam experimentado métodos contraceptivos diversos que as contemplavam ou não quanto ao perfil de uso, quanto às demandas do ciclo de vida em que se encontravam, e quanto às indicações clínicas. Muitas delas desistiram de algum método devido aos seus efeitos adversos, pelo medo de falha, ou ao ouvir histórias negativas sobre eles; outras, esqueciam-se de fazer o uso correto e acabavam por abandonar o método.

Na parte inferior do gráfico, observamos que, a partir do verbo **falar**, surgem outros, como **ouvir**, **dizer**, **conversa**, **conhecer** e outros termos com sentidos próximos no contexto da entrevista, como **amiga**, **mulher**, **vizinha**, **irmã**, **médico**, **facebook**, **informação**. Entendo também que, ao mencionar em seus relatos as palavras **sangramento**, **menstruação**, **relação sexual**, **cólica**, **doer** e **sentir**, as mulheres estariam incluindo, nesse emaranhado de sentidos, os possíveis efeitos indesejados do DIU. Os diálogos que os termos no gráfico estabelecem entre si, se perpassando, se aglutinando e se continuando, parecem evidenciar que, na comunicação com os diversos atores que compõem suas redes sociais, as mulheres obtêm informações sobre as características do método.

Na parte superior do gráfico, destacam-se: **medo** e **engravidar**. O termo **medo** se conecta a **marido**, **doença** e **corpo**, apontando para algumas correlações importantes que podem existir e que se tornarão mais claras com uso de outras ferramentas do IRAMUTEQ e, principalmente, com os relatos das entrevistadas.

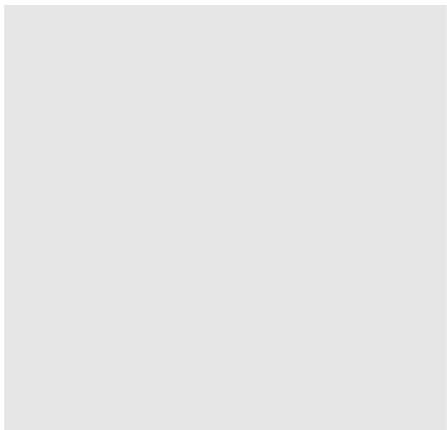
Seguindo o fluxo mostrado no gráfico, após **medo**, encontramos a palavra **engravidar** se aproximando dos termos **seguro**, **vantagem** e **tirar**. Parece ser nessa parte distal do gráfico de similitude que se manifestam os olhares positivos sobre o DIU, como sua segurança e o fato de sua remoção poder ser realizada quando este for o desejo da mulher (FINOTTI, 2015).

Outras possibilidades de análise que o *software* IRAMUTEQ oferece serão exploradas nas seções seguintes, o que torna possível uma depuração das análises encontradas no gráfico 2 de similitude (Figura 8).

Através da *classificação hierárquica descendente* (CHD), uma das funcionalidades do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013), conseguimos visualizar e entender as categorias temáticas a que se refere Bardim (1979).

A Figura 9 representa essa classificação que considera dados que traduzem a frequência e a força de associação entre as palavras contidas nos relatos, e, partir daí, os separa em grupos estatísticos, que são analisados pelo pesquisador para que ele mesmo dê sentido à estrutura sugerida pelo *software* e as organize em *categorias de análise* (BARDIN, 1979).

Figura 9 - Gráfico das categorias temáticas que surgiram a partir dos relatos das mulheres sobre o DIU.



e a força de associação ent
estatísticos, que são anali:
sugerida pelo *software* e a:

Figura 9 - Gráfico das cate

Fonte: Próprio autor, 2020.

A estrutura dos relatos foi organizada de acordo com as categorias de análise fornecidas pela CDH. Essa estrutura de apresentação de dados para discussão deve facilitar o desenvolvimento e a leitura do texto, pois permite visualizar os dois grandes temas que se dividem em outros temas mais específicos e, ao mesmo tempo, esses temas mais específicos somados constituem os grandes temas.

As palavras mencionadas que apresentavam maior força de associação e fluxo de frequência, foram diagramadas em grupos. As temáticas que possuíam comum sentido dentro

de cada agrupamento de palavras eram representações da intenção contida nas próprias palavras. Dessa forma, dois grupos maiores se apresentaram: I) Informações e II) Medo.

O tema I reúne palavras usadas para dar sentido ao modo como as mulheres criaram suas percepções e como obtiveram conhecimento a respeito do método. A partir daí, os sentidos dos relatos seguiram dois caminhos que se entremeavam: Ia) as redes sociais das mulheres enquanto relações sociais que estabelecem com o outro (ACIOLI, 2007); e Ib) informações que lhe são transmitidas por essas mesma mulheres e por outros meios, nos quais as mulheres depositam maior ou menor confiança; destacam-se o encontro com profissionais médicos e o uso das mídias sociais.

O tema II — medo — traz muitos termos que refletem uma relação de distanciamento entre as mulheres e o DIU. O tema IIa — efeitos adversos — foi um dos fatores mais vezes citados. Outra relação que se desenhou foi entre o DIU e o medo da dor — subtema IIb. Nesse momento, encontrei em Heideiger (2005) e em Winnicott (1999) alicerces para a desenvolver a análise dos relatos que as mulheres trouxeram.

Pode-se dizer que os subtemas dialogam entre si, e o mesmo pode se observar entre os grandes temas. Como escreve Boaventura de Sousa Santos, “Os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros” (SANTOS, 2010 p. 65).

1) Informações

Aquilo que as mulheres ouvem parece atravessá-las de um modo que acaba por gerar algumas percepções que adornam suas visões. É importante, então, conhecer as fontes dessas informações que chegam até elas. Os termos citados a seguir, assim como a frequência com que surgiram nos textos, demonstram o sentido de rede que essas mulheres trazem.

Amiga (10), mulher (10), facebook (4), internet (3), irmã (3), marido (3), médico (3), vizinha (3), colega (3), mãe (2), nora (2), prima (2), avó (1), ginecologista (1), madrinha(1), mãe de santo (1).

Nessa ordem de frequência, encontramos as palavras que podem representar vozes e influências presentes nas vidas das entrevistadas. Um ponto de destaque na análise dessa relação de palavras é o número de vezes que palavras que se referem às amigas, familiares e vizinhas surgiu. Esse debate será colocado ao se discutir as redes que servem de referência para essas mulheres.

Internet e Facebook aparecem com alguma frequência e, certamente, fazem parte das redes tecnológicas dessas mulheres. O acesso às tecnologias digitais vem transformando a relação das pessoas com o mundo e deve ser considerada quando se pensa em informação em saúde (CAMARGO; JUSTO, 2013). As informações ouvidas no dia a dia e as que estão disponíveis na internet sobre contracepção e sobre DIU parecem trazer possibilidades. Não oferecem um grau de maior certeza, mas podem influenciar suas percepções sobre o método. O profissional médico é outra referência reconhecida pelas entrevistadas e surge nos relatos como alguém capaz de trazer informações confiáveis.

As fontes das informações dessas mulheres envolvem as conexões que elas estabelecem com outras pessoas e com o mundo. Para Acioli (2007), falar em redes exige uma visão ampla que considere as ideias do senso comum que surgem através da própria experiência humana ou, então, partindo de algum referencial teórico já existente. Santos (2010) é outro autor que considera que o senso comum merece ocupar lugar central de importância em pesquisas que se proponham a compreender a complexidade do cenário e do universo da pesquisa.

Acioli (2007) traz alguns olhares da antropologia e das ciências sociais sobre as redes sociais e considera três possíveis abordagens: a metafórica, a analítica e a tecnológica. A abordagem metafórica enxerga as redes de forma filosófica e conceitual, observando a estrutura social estabelecida através da organização entre as redes — o que é de suma importância para dar tangibilidade aos conceitos, mas foge ao escopo desta discussão. A abordagem analítica busca investigar aspectos particulares das relações que se estabelecem entre os indivíduos e as influências que sofrem e exercem nas relações. A abordagem tecnológica, por sua vez, enxerga as múltiplas possibilidades de conexões na sociedade pelo desenvolvimento das tecnologias da informação e a sua ampla utilização. Portanto, a abordagem analítica e a abordagem tecnológica parecem ser congruentes com os sentidos de rede manifestados nos relatos e compreendidos na análise do material.

O texto de Acioli (2007), ao considerar a existência de uma *ordem global* como aquela que impõe sua racionalidade sobre a *ordem local*, onde os processos se dariam no cotidiano do território, se aproxima do que traz Santos (2010) quando este compara o *conhecimento vulgar*, que seria aquele construído pelas demandas de significados das pessoas no território, e o *conhecimento científico*, que seria um *modelo global e totalitário* que não reconhece outros modelos que não se pautem na sua racionalidade (SANTOS, 2010, p. 48).

Observamos que, assim como os temas, também os pontos de vista de Acioli (2007) e Santos (2010), progridem por galerias que se encontram (SANTOS, 2010).

Ia) Meu corpo, minhas amigas

Nesse eixo temático, surgem com grande frequência nos relatos os termos **corpo** e **amigas**. Porém, é necessário pensar quais sentidos as palavras “corpo” e “amigas” parecem se expressar. As mulheres entrevistadas se referem ao corpo enquanto organismo humano feminino com órgão reprodutivos femininos e que constituem mulheres com questões relacionadas à saúde reprodutiva parecidas com as suas. Reconhecem, em si e em outras mulheres, o feminino. Elas se atentam ao que escutam, no entanto parecem refletir e relativizar o que lhes é trazido.

“Cada organismo é de um jeito. Tem mulheres que sentem muita dor e têm que tirar e tem mulheres que ficam tranquilamente o resto da vida. Então...” (Erreosan)

“[...] tem algo dentro de mim que não é do meu corpo.” (Emeá)

Assim, como entendem Erreosan e Emeá, o corpo pode reagir bem e aceitar o DIU ou não reagir bem e rejeitá-lo. Essa última possibilidade é motivo de angústia para algumas das entrevistadas. A incerteza de uma boa adaptação ao método interfere na sua confiança, o que fica evidente em suas expressões faciais quando contam histórias que ouviram falar de outras mulheres e suas próprias conjecturações sobre o DIU. Como em um debate introspectivo, as respostas às próprias perguntas surgiam conforme eram elaboradas, em uma espécie de dança entre o que já se sabe e o desconhecido.

“Eu não sei como vai ser a reação, né? Cada útero é um útero. Ai eu não sei se... Porque cada mulher tem uma reação, né? Tem umas que aceitam, tem outras que não aceitam, talvez.” (Raz)

“Cada útero é um útero” — de forma emblemática, Raz entende que as experiências em relação ao DIU são individuais e dizem respeito mais sobre como aquela mulher reagiu àquele método do que sobre o funcionamento do método em si. As mulheres são diferentes, os organismos são diferentes, assim como as vivências e experiências de cada mulher são diferentes. Raz parece assim entender, e, como outras mulheres, considera as experiências ouvidas de forma aberta, porém criteriosa, com alguma desconfiança e muitas incertezas, que se refletem nos relatos bastante reflexivos quando falam sobre o seu próprio corpo em relação ao DIU.

Redes de mulheres

Amiga, mãe, irmã, nora, vizinha, prima, mãe de santo. Em comum, o gênero feminino; em comum, muita coisa. O peso da decisão de optar ou não por um método contraceptivo, a responsabilidade de fazer seu uso perfeito e de assumir as consequências da imperfeição; a dor do parto, o sustento da casa, a jornada tripla de trabalho. A insegurança de quem carrega o papel social de ser mãe, de ser amorosa, cuidadosa e paciente, mas que não tem a contrapartida simétrica dos homens e da sociedade. O machismo estrutural se apresenta como algo intrínseco nas relações; uma lógica pouco questionada nos relatos, o que evidencia a assimetria entre os gêneros. Apesar das barreiras impostas pelo machismo, e muitas vezes por causa dessas barreiras, as redes de conexões que se estabelecem entre as mulheres parecem tecer o emaranhado de sentidos e ideias que trazem sobre o planejamento reprodutivo e sobre o DIU. Não necessariamente pactuam com todos os olhares das pessoas que fazem parte da sua rede; elas parecem construir os alicerces de seus conhecimentos em suas próprias percepções, mas permitem que histórias e experiências dessas pessoas que lhes são referência, permeiem suas visões.

“O que tem de bom (sobre o DIU) é que você não engravida, né? Assim, né, entre aspas. Mas essa que eu estou tomando, eu tive amigas minhas que ganharam muito peso por conta do hormônio e tal, né? Elas engordaram muito. Aí eu queria... Eu falei: ah, não, então eu vou escolher o DIU. Porque não tem como eu tomar outro agora porque eu estou amamentando. Mas aí eu queria escolher o DIU justamente por isso, porque não pega nenhum hormônio e previne a gravidez.” (Raz)

Raz é casada, tem uma filha de 3 meses de idade a quem amamenta, e parece ver no DIU uma opção de contracepção segura em três sentidos: quando pensa em sua alta eficácia e na confiança que tem no método; quando considera que o DIU não gera o ganho de peso observado entre as amigas que usam métodos hormonais; e levando em conta o período de amamentação, quando os métodos hormonais devem ser evitados por interferirem na produção do leite (FINOTTI, 2015). Raz entende que os benefícios do DIU contemplariam seu desejo reprodutivo e que as outras opções de contraceptivos trariam efeitos negativos com os quais não pretende conviver.

“O DIU tá lá dentro e não tem risco. Poucos casos que eu vi de ter infecção, de o corpo não reagir bem. E, de engravidar, só uma... Mas, de resto, tudo fala bem do DIU. Que usa, que

é bom, que não interfere nada, nem na relação, não dói... Eu não conheço, só ouvi falar. Sendo que aí a minha mãe falou pra mim colocar.” (Theam)

Theam, de 18 anos, está em um relacionamento estável, tem um filho, e parece enxergar no DIU um método seguro para prevenir a gravidez. No entanto, sua mãe, que a aconselha a fazer o uso do método, não tem tanta segurança quanto à eficácia após ouvir falar de um caso de falha:

“Uma moça aqui da Rocinha já engravidou com DIU. Aí ela não tá achando muito... Como é que se fala? Seguro.”

Theam parece confiar no DIU na mesma medida em que sua mãe confia, ou seja, com algumas ressalvas. Ao ouvirem algum caso de falha do método, as mulheres podem perder parte da confiança na sua eficácia. Nesse caso, a mãe de Theam — que representa não só uma referência, mas também uma figura de autoridade — ainda acredita ser um método que traga uma boa segurança, ao contrário do que pensa em relação aos métodos contraceptivos hormonais orais:

“Por causa da minha mãe. Ela não... Falou que às vezes eu podia esquecer e encher ela de netos. Aí ela não deixou, não.” (Theam, sobre a pílula anticoncepcional)

Para Jotozi, 27 anos, com três filhos, negra, uma referência feminina parece ser sua mãe de santo, que compartilhou com ela sua experiência positiva com o DIU. Mas, como vemos, a separação entre o que ouvem outras mulheres dizerem e o que desejam para si se mostra de forma bastante clara, principalmente quando existe alguma lembrança que tenha causado angústia em relação ao método.

“Eu tenho uma mãe de santo, que ela tinha DIU. Ela ficou 10 anos com DIU e ela se deu super bem. Ela ainda tem o DIU, não incomoda, não faz nada. Mas acho que deve incomodar na hora da relação, gente, alguma coisa tem que incomodar, tá com um ferro dentro de você, não é possível!. Aí ela (mãe de santo): — Em mim não incomoda. Tem mulheres que incomoda, em mim não incomoda”. Eu falei: “meu Deus...”. Pra mim, ela me falou que o DIU foi tipo a injeção pra mim — é a salvação. Pra ela, foi o DIU. Não

afetou a menstruação, não afetou em nada. Normal. Pra ela, foi bom. Pra mim, eu acho que não seria muito bom, não.” (Jotozi)

Ao ouvir um relato positivo sobre o uso do DIU, Jotozi entende que esse foi um método com ótimo custo-benefício para sua mãe de santo, da mesma maneira como o método injetável foi para Jotozi. No entanto, a entrevistada projeta a sensação desagradável de possuir um dispositivo de cobre no interior de seu útero, o que lhe causa certa repulsa, além do medo de sentir algum incomodo durante as relações sexuais.

Jotozi traz a memória que tem de sua ida à maternidade para o nascimento de seu primeiro filho, agora com 10 anos. Após o trabalho de parto, ela permanecia em observação na maternidade quando escutou da obstetra, que fez o parto de outra mulher que estava na mesma sala da maternidade, que uma criança havia nascido com um DIU transpassando o lóbulo da orelha e que precisaria fazer uma pequena cirurgia para retirar o DIU. Esse episódio afetou Jotozi de tal maneira que pareceu desenvolver nela uma certa propensão a rejeitar o método. Talvez por isso, a usuária, após narrar o ocorrido na maternidade, reforça sua ideia de que encontrou no método injetável trimestral o perfil de uso que melhor lhe atende. Nesse diálogo com o mundo, que é também consigo mesma, Jotozi constrói suas concepções.

Veale reconhece, pelo que ouviu de mulheres de sua própria família, que algumas podem “se dar bem” com o método e outras, não.

“Minha prima teve que tirar (o DIU) duas vezes. Faz medo de sair do lugar e a gente não sabe, aí faz medo na gente engravidar sem saber. Minha irmã botou o DIU, minha irmã se deu bem. Minha prima sentia muita cólica e não se deu bem. O médico falou que é normal sentir cólica. Até a pessoa se acostumar.” (Veale)

Veale se refere a conversas com uma série de pessoas que compõem sua rede, desde familiares até o médico com o qual se consultou. Escutando cada uma dessas pessoas, a entrevistada pareceu criar a sua própria trama de ideias e conexões que confluem com suas experiências e memórias.

A entrevistada parece se resignar com o fato de que as cólicas são um possível efeito indesejado que pode surgir.

Outras entrevistadas podem considerar esses efeitos intoleráveis ao ouvirem de outras mulheres suas experiências com o método.

“Não sei porque, que teve uma mulher lá, vizinha minha, depois ela ficou reclamando de dor, de cólica, né? Porque dá cólica depois. Aí, eu digo: “não, isso não é comigo, não”. Eu já quero correr de cólica, já quero correr de menstruação, então assim...”

Aneva relata e complementa:

“É, ‘diz’ que também, o que eu já ouvi falar também, que o DIU, assim, é arriscado a criança... Você engravidar, né? ‘Diz’ que é arriscado. Não é assim como funciona uma coisa de segurança.”

Aneva mora com a mãe, os irmãos, o padrasto e seu filho. Não está em uma relação estável e faz uso do método hormonal injetável trimestral.

“Graças a Deus, faz cinco anos que eu tomo [...]. Mas eu sempre lembro! Não esqueço mesmo. Eu durmo e já acordo já lembrando já do dia. Senão... Graças a Deus.” (Aneva)

As percepções de Aneva sobre o DIU trazem consigo muito do que a entrevistada ouviu de sua vizinha a respeito do método. A sua satisfação com o método que utiliza atualmente a afasta ainda mais de considerar utilizar o DIU.

Já Merci, de 32 anos, pesa o que considera ser o lado positivo do DIU com aquilo que ouviu falar sobre o método:

“Aí, tenho uma amiga da a minha amiga também, que ela usa... Já tem mais de 10 anos que ela usa, não sei se já renovou também... Nunca engravidou. É isso, então deve ser bom porque a gente não corre o risco de engravidar de jeito nenhum, né? Mas aí, aí eu tenho vontade de botar.”

[...]

“É... Como isso que eu tava falando aqui agora... Dar câncer, depois com... E pode enferrujar, essa minha amiga falou que é assim: “Aí pode até chegar um tempo que pode enferrujar dentro de ti” e não sei o quê... Aí eu falei: “oh, mas vem aqui, essa...”. Qual que era o nome da menina lá, da amiga dela? Aí falou: “já tem 10 anos que ela usa”, “então, já tem 10 anos, já deu câncer nela? Já enferrujou?”, aí: “não, ela usa até hoje”. Aí eu digo: “então!”. Tem muitas histórias, então a gente não pode... Nem tudo a gente pode acreditar, entendeu? [...] O pessoal fala muito.” (Merci)

São as redes sociais da mulher que a obrigam a fazer esse exercício entre o que se ouve, o que se vive e o que se pensa.

Ib) Informação e desinformação

O que sabem as mulheres sobre o DIU, o sabem por suas próprias percepções e também pela comunicação que mantêm com outras mulheres e com o mundo. Discutiremos, agora, esse “comunicar-se”, levando em consideração, meios que não suas amigas e familiares, mas outras fontes de informação que surgiram nos relatos.

Além de ouvir as experiências e opiniões relatadas por outras mulheres sobre o método, as entrevistadas parecem se informar pela internet através de mídias sociais e também por profissionais médicos.

“Eu já vi na internet que teve mulheres que engravidaram com o DIU, né? Só que aí o médico fala que 99% dos casos... De não engravidar. Aí, talvez, eu me sinta mais segura com o DIU.” (Raz)

O relato de Raz, que é casada e tem uma filha de três meses, demonstra maior confiança na informação que recebeu do médico em comparação com os casos que relata ter visto na internet.

“Hoje em dia, a juventude não quer saber de médico, não. Uns vão pra internet, outros vão pra outro lado, aí ninguém quer mais saber de nada.” (Jotozi, sobre seu filho e a juventude atual)

Raz e Jotozi citam a internet como uma fonte usual de informações sobre contracepção. Elas parecem entender que essa não é a fonte mais confiável para se obter informações sobre contracepção e sugerem maior credibilidade quando as informações são passadas pelo médico.

“[...] não, não usei, não (o DIU)... Mas ouvi falar que outras amigas minha usa e não se sente bem” e não sei o quê... Aí, eu digo: “mas já engravidou?”, aí: “não, já tem 3 anos” e não sei o quê... “Então!”. “Ah, mas diz que depois pode dar um câncer no útero e...”, aí eu falei: “ah, meu Deus do céu...”. “Aí, eu disse a ela: “vocês estão me falando isso, mas um dia eu posso ter uma conversa com um médico, ele pode falar e aí eu posso até chegar a

usar, né?”. Entendeu? Então, assim, da minha parte, assim, eu tava até pensando. Nunca pensei, tinha medo, mas... Esses dias pra cá eu tava até pensando de botar.” (Merci)

Os relatos de Merci parecem contrastar a pouca confiança depositada nas informações que ouvem de outras mulheres com as informações técnicas que acreditam ser mais confiáveis e que são passadas pelos médicos. Observando tantas incertezas, fica flagrante o distanciamento entre o saber da ciência e o saber popular. Mesmo reconhecendo no profissional da saúde uma figura que ofereça maior segurança, e mesmo nos casos das mulheres da Rocinha, que têm acesso a esses profissionais com alguma facilidade, muitas dúvidas permanecem.

“Porque depois que eu engravidei, que eu fui conversar com os médicos, aí eles perguntando por que que eu tinha engravidado... Aí, eles explicaram que, mesmo sem ter relações, tinha que tomar todos os dias. Só que eu não tomei, entendeu? Então, só isso que eu sei. Não foi culpa do comprimido, foi minha mesmo. A responsabilidade é só minha.” (Quelê)

As falhas no uso de contraceptivos é algo bastante frequente (CAETANO *et al.*, 2019) e contribui para aumentar o número de gestações não desejadas. Muitas vezes, a falta de informações criteriosas quando se inicia algum método contraceptivo pode ser o responsável pela falha. A culpa que carrega Quelê sobre a falha no uso do anticoncepcional pode, em parte, ser dividida com a falta de acesso a um planejamento reprodutivo que seja capaz de informar a mulher, ouvir suas preferências, tirar suas dúvidas e acompanhar a paciente até que ela se adapte ao uso do novo método contraceptivo. No entanto, o que observamos é a distância entre a usuária e o médico.

Sem a transgressão entre os saberes, a distância é mantida, e cada saber dialóga apenas em sua própria linguagem. Chegamos a um ponto de evolução em que a ciência possui muitos conhecimentos validados e bem aceitos no meio científico, mas esses conhecimentos não são traduzidos para uma linguagem individualizada e compreensível que considere os conhecimentos e percepções do indivíduo. Do mesmo modo, o senso comum possui pouco valor na visão das ciências naturais (SANTOS, 2010), e é visto com ressalvas também entre as próprias mulheres.

O hiato entre os saberes da ciência moderna e do senso comum se mostraram de forma implícita nas entrevistas. Sem que se apercebessem, as mulheres colocaram em pauta essa relação dicotômica (SANTOS, 2010).

“Pego informações com amigas e no Facebook. Já pensei em colocar DIU, quando estava com meu marido, mas deu medo de colocar e desisti. [...] Eu acho que as pessoas deveriam ter mais informações sobre o DIU. Se você vier na Clínica da Família e conversar com uma ginecologista que você vai aprender mais. Pra você procurar saber mesmo. Ter mais divulgação. Facebook, Instagram. Usar as mídias sociais.” (Eleú)

O nível de confiança parece aumentar quando passa do nível de conhecimento popular (amigas) para o conhecimento científico especializado (ginecologista). As mídias sociais são vistas por Eleú como uma possibilidade de acesso a informações seguras sobre o DIU.

Santos (2010) observa a transição da ciência moderna (paradigma vigente), que separa as ciências naturais das ciências sociais, para uma ciência pós-moderna (paradigma emergente), que valoriza o senso comum tanto quanto o conhecimento científico. O paradigma emergente não é disciplinador nem balizador de condutas. Pelo contrário, entende, ao mesmo tempo, sujeito e objeto, uma vez que a pesquisa se amplia com mais liberdade à medida que se constrói, sendo o pesquisador um tradutor do conhecimento local, propiciando a ressonância dos saberes.

Para Santos (2010), só a *transgressão metodológica* poderia suprir a carência por metodologias plurais que usem diferentes linguagens para responder nas diferentes línguas em que se pergunta.

Ao ler e analisar os relatos das mulheres, vejo duas questões trazidas que podem gerar um debate se pensarmos nessa transgressão a que se refere Boaventura de Sousa Santos (2010).

Uma delas diz respeito ao encontro entre médico e mulher, onde a comunicação ocupa papel central, principalmente se a mulher puder expressar seus saberes, planos e anseios, e o médico for capaz de oferecer uma escuta atenta e informações atualizadas. A *decisão compartilhada no aconselhamento reprodutivo* (DEHLENDORF *et al.*, 2017) entre o indivíduo, dotado de seu conhecimento popular, e o médico, apropriado do conhecimento científico, pode tornar a experiência feminina com a contracepção mais satisfatória.

Outra possibilidade de transgressão seria o uso das tecnologias digitais (BARRA *et al.*, 2017), que, quando voltadas para os interesses da coletividade, podem auxiliar na resolução de problemas e na divulgação de informações e dados úteis para a sociedade.

Ambos os temas, decisão compartilhada no aconselhamento reprodutivo e o uso de mídias sociais, serão discutidos a seguir.

Decisão compartilhada no aconselhamento reprodutivo: a transgressão do encontro clínico

A decisão compartilhada é um modelo de comunicação clínica que vem sendo associado à melhora da satisfação dos pacientes aos tratamentos e de melhores resultados clínicos. Segundo Dehlendorf *et al.* (2017), esse modelo pode ser usado quando existe mais de uma opção disponível e a escolha depende da preferência do paciente em relação as características particulares de cada opção.

O paciente traz o que sabe sobre os métodos que conhece e suas preferências, e a decisão é feita após um diálogo com o médico, que traz seu conhecimento técnico e prático.

A decisão compartilhada se mostra um modelo de comunicação clínica adequado para consultas de planejamento reprodutivo que envolvam a escolha por um método contraceptivo entre os disponíveis, cada um com suas vantagens e desvantagens. Dehlendorf (2017) realizou uma pesquisa com 345 mulheres nos Estados Unidos, onde avaliou o grau de satisfação das mulheres após consultas médicas de aconselhamento reprodutivo que foram avaliadas pelas participantes e categorizadas em 3 modelos de decisão compartilhada diferentes: decisão direcionada às preferências do profissional; decisão compartilhada entre profissional e paciente; e decisão direcionada às preferências da paciente.

Após as consultas de aconselhamento reprodutivo, as mulheres escolheram em qual dos modelos a consulta seguiu e, então, as pacientes avaliaram sua satisfação em relação ao processo de decisão, assim como ao método escolhido.

As consultas em que as mulheres entenderam que houve uma decisão que foi compartilhada entre profissional e usuária gerou maior satisfação com o processo de decisão e com a escolha do contraceptivo em comparação aos outros modelos de decisão. As consultas direcionadas às preferências do médico apenas, foram as menos bem avaliadas. Portanto, o cuidado médico em contracepção, quando busca explorar o conhecimento prévio e as preferências da mulher, pode melhorar a satisfação com o método contraceptivo escolhido e com o processo de escolha (DEHLENDORF, 2017).

O autor do estudo observa que, na prática médica, a decisão compartilhada não é o padrão de comunicação que se observa mais comumente. Durante os atendimentos, muitas vezes são apenas passadas informações sobre os métodos, sem nenhum apoio em relação ao processo de decisão. A sua proposta busca valorizar a autonomia da paciente e o cuidado médico nas decisões em contracepção (DEHLENDORF, 2017).

Abreu *et al.* (2014) faz um estudo sobre o estado da arte do modelo de decisão compartilhada na comunicação clínica no Brasil. Os autores compreendem que o uso desse

formato de decisão clínica seria uma forma de dar autonomia ao paciente e garantir o acesso aos direitos de escolha que possui. O sistema de saúde brasileiro saiu de um modelo paternalista e impositivo durante o regime militar para um sistema universal, democrático e inclusivo com as conquistas democráticas do final do século XX (ABREU *et al.*, 2014). Portanto, a decisão compartilhada seria uma possibilidade de envolver a população na questão dos direitos democráticos que possuem ao transmitirem aquilo que sabem e suas preferências, e ao participarem junto ao médico do processo de escolha do plano compartilhado.

No entanto, o uso da decisão compartilhada no Brasil encontra importantes barreiras (ABREY *et al.*, 2014). Uma delas seria o ensino nas escolas médicas, que vem sendo lenta e timidamente modificado após a divulgação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina em 2014, para um novo modelo, que valoriza a comunicação médico-paciente e o treinamento de habilidades de comunicação. Essa mudança requer algum tempo para que sejam vistos resultados, portanto é algo que ainda não é percebido de forma consistente na prática. Outra barreira parece ser a resistência por parte de alguns médicos de utilizar a decisão compartilhada em suas consultas, principalmente por temer perder o controle da entrevista clínica. Abreu e colegas (2014) entende que a decisão compartilhada é uma ferramenta que pode ser usada de forma coerente com os princípios democráticos do SUS e apresenta grande campo para ser estudada e praticada pelos profissionais de saúde no Brasil.

Apesar das barreiras encontradas, a transgressão para um novo modelo de comunicação clínica urge (SANTOS, 2010). Esse novo modelo — paradigma emergente —, parece enxergar na autonomia do indivíduo a chave para essa transição.

Transgressão tecnológica

Por meio de algumas ferramentas digitais, o saber da ciência pode chegar às mãos e aos olhos das pessoas de forma rápida e atualizada. No campo do planejamento reprodutivo em especial, parece haver espaço para o uso dessas tecnologias, no sentido de tornar as informações e as funcionalidades promovidas pelas engenharias tecnológicas cada vez mais simplificadas, acessíveis e personalizadas (BARRA *et al.*, 2017).

Das tecnologias que podem ser usadas na área da saúde, destacavam-se as diagnósticas e as curativas; no entanto, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) se ampliaram de maneira importante. Barra *et al.* (2017) relata que os aplicativos de celular, ou *apps*, possibilitam que se tornem relativos o espaço e o tempo. O acesso à informação, permanentemente disponível e constantemente atualizada, é considerado como uma das novas principais formas de comunicação de uma nova era que se inicia.

Diversos aplicativos móveis (apps) com objetivo de trazer informações sobre saúde reprodutiva estão disponíveis para download na internet. Em um artigo de Santos *et al.* (2019), buscou-se levantar o número de apps existentes e suas funcionalidades. Foram encontrados um total de 215 apps, e mais de 80% mostravam informações sobre o período fértil e previsão do próximo ciclo menstrual; cerca de 60% dos apps permitem inserir dados sobre os sintomas referidos e mudanças no corpo das mulheres após iniciarem algum método contraceptivo; 25% deles disponibilizam a funcionalidade de lembrete para o uso de pílulas anticoncepcionais; além de conteúdos educativos sobre saúde e sobre a contracepção.

Os autores acreditam que essa seja uma ferramenta importante de apoio no planejamento reprodutivo das usuárias, considerando que grande parte da população possui telefones celulares e que a maioria dos apps pode ser adquirida de forma gratuita em português. O incentivo ao uso dos *apps* por profissionais de saúde durante a consulta poderia promover um maior interesse sobre saúde reprodutiva entre as mulheres. (SANTOS *et al.*, 2019).

“Eu acho que tem muitas boas informações (sobre o DIU). Porque é muito difícil alguém engravidar usando DIU. E outras eu acho que, por falta de informação, têm medo de colocar. Eu acho que tem muito mito envolvido. Porque é, realmente, é buscar o conhecimento em saber com quem já usa, tirar as dúvidas... Eu acho que o que a gente tem que fazer é buscar isso. Que tudo que sai na internet, ou alguém comentar de ruim, a gente não vai saber as vantagens também que tem. Que, às vezes, né? Por conta do corpo, que o corpo pode rejeitar... Tem muita coisa sobre isso.” (Emeá)

Embora as informações obtidas na internet sejam vistas com alguma desconfiança, observamos que o acesso aos meios digitais é algo comum entre essas mulheres. A internet e os aplicativos móveis são utilizados de forma rotineira em seus smartphones. A ampliação da visão do médico sobre informação em saúde que utilize outras linguagens que envolvam o universo da usuária é um dos paradigmas a serem ultrapassados.

Dehlendorf *et al.* (2019) apresenta, dessa vez, um estudo sobre a satisfação das mulheres após utilizarem uma ferramenta digital para facilitar a decisão compartilhada em contracepção. O *My Birth Control* é um aplicativo móvel interativo que utiliza um modelo criado seguindo os preceitos da decisão compartilhada — ele foi criado pelos autores do estudo com o intuito de apresentar as possibilidades de contracepção para cada mulher. Trata-se de uma ferramenta digital interativa que possibilita às mulheres conhecerem os métodos contraceptivos disponíveis e suas características, identificar suas preferências, e pesar os riscos e benefícios de cada

método para que possam, em uma consulta com um profissional de saúde, discutir as possibilidades e optar por algum método de forma compartilhada com esse profissional.

Dehlendorf *et al.* (2019) explica que o app *My Birth Control* faz, inicialmente, algumas perguntas sobre as preferências das pacientes em relação aos métodos existentes e, então, apresenta uma variedade de opções que poderiam contemplá-las com informações e vídeos explicativos sobre cada método. Dessa forma, a paciente pode se informar sobre as possibilidades de acordo com suas preferências e, após consulta com o profissional da saúde, decidir com mais clareza sobre as opções de sua preferência.

Os autores demonstram cuidado para que a ferramenta siga um modelo que valorize as preferências das pacientes sobre contracepção. A estrutura do aplicativo apresenta uma seção educativa com informação sobre todos os métodos, e sobre o que pode ser mais relevante para a escolha de cada um. Em seguida, as mulheres indicam suas preferências de acordo com as informações oferecidas e, então, elas respondem perguntas sobre as condições clínicas que interferem na elegibilidade dos métodos. Em seguida, o aplicativo mostra as opções possíveis de acordo com as informações coletadas anteriormente sobre o funcionamento dos métodos, permitindo que a mulher analise as possibilidades levando em conta o perfil de uso, efeitos colaterais, eficácia, entre outros fatores possíveis. Na página final do aplicativo, que pode ser compartilhada com o profissional de saúde, a usuária tem a opção de anotar suas preferências e dúvidas que gostaria de tirar com o médico, e o método que mais a interessou, para então serem presencialmente discutidos entre a mulher e o profissional.

Enxergo que as possibilidades trazidas pelas tecnologias digitais na interação das usuárias com os profissionais de saúde e na oferta de informações importantes para auxiliar no processo de decisão da mulher, com a participação do médico, pode auxiliar na escolha de um método contraceptivo que contemple a mulher quanto às suas indicações clínicas e preferências individuais.

II) Medos

O medo é uma linha que separa o mundo
 O medo é uma casa aonde ninguém vai
 O medo é como um laço que se aperta em nós
 O medo é uma força que não me deixa andar
 (Lenine)

As mulheres usaram muitas vezes a palavra medo durante os relatos sobre o que pensam a respeito do DIU. *Medo de dar cólica, medo de engravidar, medo de falhar, medo de colocar o DIU, medo de acontecer a mesma coisa, medo de sair do lugar, o marido também tem medo.*

“Por isso que eu não botei ainda. Porque eu tenho medo. Tipo, se acontecer alguma coisa, meu corpo não reagir bem, acontecer alguma coisa.” (Theami)

Theami consegue ser bastante clara sobre o medo que sente de que uma reação do corpo ao dispositivo lhe cause algum dano. Esse medo não é de algo específico. Parece ter relação com o desconhecido, o imprevisível. No texto “O conceito de medo em Winnicott”, Pondé (2011) discute os significados de medo segundo Donald Woods Winnicott. Para o autor: “[...] o medo se inscreve como fenômeno afetivo de ordem defensiva que, como tal, é recurso de enfrentamento e comunicação, constituindo-se em material diagnóstico da condição emocional da pessoa” (PONDÉ, 2011, p. 82).

Pondé (2011) considera o medo, quando não em um estado psicopatológico, uma condição existencial do ser humano. O indivíduo se protege ao sentir medo de algo e essa proteção o ajuda a manter distância daquilo que teme. O medo, até certa medida, pode ser considerado uma ferramenta para a sobrevivência e para a preservação da saúde do indivíduo. Os relatos das mulheres sugerem que o medo que sentem do DIU é uma forma de evitarem se expor àquilo que pensam que pode lhes causar algum dano.

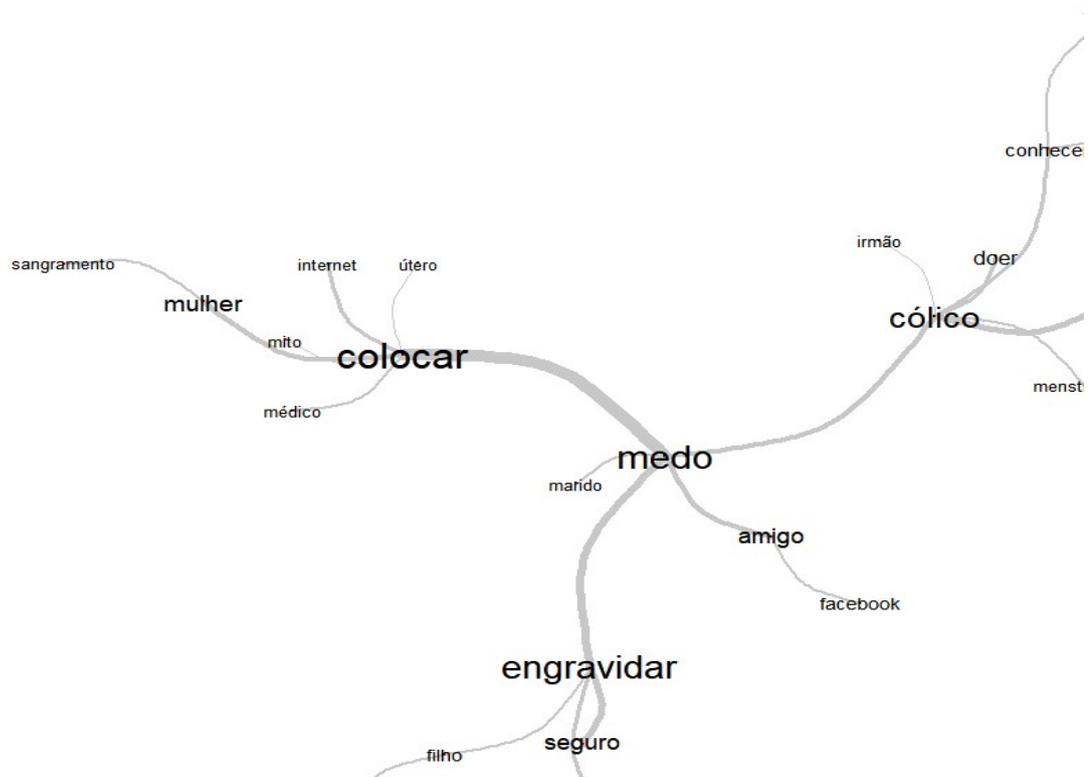
Para Heiddeger (2005), aquilo que se teme, ou o temível, é sempre um ente que vem de encontro dentro do mundo e é interpretado pelo indivíduo como algo possivelmente danoso. Aproxima-se de forma imprevisível e irradia-se pela proximidade, mantendo o constante caráter de ameaça.

“Aí, então, eu tenho medo de eu botar e não me dar bem e depois tirar, dar algum problema, entendeu? Aí, é isso, eu tenho medo. [...] Não sei se pode infeccionar, ou pode acontecer alguma coisa dentro do útero... Entendeu?” (Veale)

Outra vez, o medo de uma má adaptação do organismo, no caso, do próprio útero, parece manter a distância permanente entre a usuária e o DIU. A ameaça de infecções, cólica e outros efeitos indesejados são fatores que impedem uma abertura maior da mulher em relação ao uso desse método.

A Figura 10 apresenta o gráfico da rede de conexões que refletem os discursos de cada uma das entrevistadas sobre o medo que algumas delas parecem sentir do DIU, que são ao mesmo tempo os discursos de todos os relatos somados e correlacionados.

Figura 10 - Gráfico da rede de conexões.



Fonte: Próprio autor, 2020.

Observamos, no gráfico, que os termos que mais estabelecem relações com **medo** são: **cólica**, **engravidar** e **colocar**. A cólica parece ser reconhecida como o efeito adverso principal do DIU, e, a partir do medo da cólica, progride uma série de outros termos, como **dor**, **infecção**, **falhar e relação sexual**, que parecem representar os efeitos do DIU temidos pelas mulheres. Falaremos a seguir sobre esses efeitos e também será dada ênfase ao medo especificamente da dor que o DIU pode causar.

IIa) Medo dos efeitos indesejados do DIU

“Eu conheço esse da injeção, os orais, e já ouvi falar do DIU. Mas eu tenho uma certa insegurança, porque dizem que dói. Ou aumenta o fluxo. Tipo, eu ouvi dizer que aumenta a cólica, também. São coisas não muito agradáveis pra gente que não quer sentir.” (Eser, 24 anos, trabalha como caixa em um supermercado, é casada e tem um filho)

Eser relatou sentir de forma intensa os efeitos adversos de todos os métodos que já experimentou, principalmente cefaleia e náuseas com o uso de métodos hormonais. Ela também relatou na entrevista que não se sente confortável com o uso de métodos injetáveis por não suportar a aplicação de injeções. As comparações com os efeitos dos outros métodos são frequentes em diversos relatos.

“Me falaram que o DIU não tem hormônio e atingiria minha enxaqueca. Dizem que funciona bem para evitar a gravidez. [...] Dizem que aumenta o fluxo e a cólica.” (Eser)

O aumento do fluxo menstrual e da cólica não parece distanciar a entrevistada de sua intenção de utilizar o DIU — “Falaram pra mim que depois que eu saísse daqui eles me botariam”, informa Eser ao final da entrevista. A entrevistada parece ter encontrado no DIU um método contraceptivo que contempla suas preferências, não contém hormônio, nem é administrado por via injetável.

“Tinha um certo medo, receio? Tenho. Mas a gente vai ver de acordo com o tempo. Pode tirar depois, também — isso é uma vantagem.” (Emeá)

Emeá relata o medo que sentia, e que ainda sente, do DIU. Parece também sentir algum alívio quando pensa que o objeto de seu medo, o DIU, pode ser retirado ou afastado caso lhe gere algum dano. Quando pensa em uma possível aproximação com “o que se teme” (HEIDEGGER, 2005 p. 195) podemos nos repelir, para ao menos manter uma distância segura.

O momento da inserção do DIU parece causar em Emeá grande preocupação:

“Medo, que eu tenho, é só de colocar, pra falar a verdade. Mas eu acho de boa, de restante. [...] Eu tenho muito medo de engravidar.” (Emeá).

Embora Emeá fale sobre seu medo de colocar o DIU, o temor de engravidar se sobrepõe a ele. Nesse movimento de aproximação e afastamento das várias possibilidades, conjecturam-se as sensações de angústia e alívio. A entrevistada complementa com uma interessante e significativa colocação:

“É psicológico, também. É muito do psicológico da pessoa. Porque a gente fica naquilo lá: “tem algo dentro de mim que não é do meu corpo”, “tá causando muita cólica”, muito isso,

muito aquilo, vai ser ele. Eu acho que é muito do psicológico da pessoa, também. De não abrir, de pesquisar e de ver. Porque a gente, às vezes... Minha mãe dizia que a gente adoce só pelo psicológico da gente. Se você ficar aqui, “eu tô doente, eu tô doente”, você vai ficar doente. Não tem pra onde... É igual o DIU, também. Vai causar alguma coisa, mas é mais psicológico do que realmente ele causa.” (Emeá)

De forma consciente, a entrevistada parece reconhecer e analisar o que se teme, pelo que se teme e como os danos que do medo se irradiam (HEIDEGGER,2005). Ao sugerir que “de não abrir, de pesquisar, e de ver”, ou seja, de não buscar informações sobre o que se teme, “o psicológico” é afetado, e a ameaça se aproxima de forma imprevisível. Portanto, a procura por respostas como ferramenta de enfrentamento do que se teme é vista por Emeá como uma possibilidade de existir e re-existir. Ressignificar-se no mundo.

Dúvidas e medos – Erreosan

“E o DIU, eu tenho muita vontade de botar. Só que eu tenho essas dúvidas e esses medos, né? Uma amiga minha que botou e falou que sentiu dores, falou que não se deu bem, falou que na hora da relação dói... Entendeu? Isso que eu queria saber também — é verdade isso?” (Erreosan)

Ao ler os relatos de Erreosan, observamos um fator que parece aumentar a sensação de medo: é a incerteza sobre os efeitos do método. As supostas certezas, objetivas, que a ciência traz, parecem ser capazes de tornar a relação de proximidade entre a pessoa e o que se teme mais tolerável.

“Aqui na Clínica da Família não faz o exame de ultrassonografia pra colocar o DIU. Então, eu tenho medo. Não vou botar um negócio no meu corpo sem fazer exames. É melhor fazer pra poder ver se a pessoa vai botar o DIU ou não.” (Veale)

A entrevistada enxerga que um exame ultrassonográfico seria capaz de diminuir seu medo em relação ao uso do DIU. A ansiedade com a inserção do DIU é compreensível e parece influenciar significativamente na forma como percebem a dor. Akdemir (2019) observa em seu estudo — onde avalia os diversos fatores que poderiam aumentar a sensação de dor durante a inserção do DIU — que a história de parto por cesariana com apresentação de um estado ansioso

antes do procedimento, e mulheres com percepções negativas em relação ao DIU, são os principais fatores relacionados a uma sensação dolorosa mais intensa durante a inserção do DIU.

O exame de ultrassonografia, quando disponível, pode ser útil para diminuir a ansiedade em usuárias que tenham nesse exame um ganho de segurança em relação à inserção do DIU, embora não esteja recomendada a realização desse exame antes de sua inserção (FINOTTI, 2015).

DIU na orelha, Jotozi

A história da mãe que, na enfermaria da maternidade, viu a médica mencionar que havia um recém-nascido com um DIU atravessado na orelha, já foi mencionada anteriormente no texto e diz respeito a um episódio testemunhado após o parto de seu primeiro filho na maternidade, enquanto o amamentava.

“Eu vi uma criança que o DIU nasceu na orelha. Tipo um brinco, de um lado pro outro enfiado na orelha da criança. Aí, eu já fiquei com medo. [...] Aí, vai que eu coloco e nasce na orelha do meu filho? Eu fiquei meio com medo de colocar o DIU. [...] Se o DIU nasceu na orelha dessa criança, pode acontecer com meu filho, sei lá, no nariz, no dedo. A médica falou que é muito raro. É raro, mas pode acontecer, ué. Vai que eu sou a premiada desses 1, 2 casos, aí eu vou ficar muito estressada. Aí, eu falei: ‘não, melhor não, o DIU, não.’”
(Jotozi)

O medo de que o DIU de alguma forma cause danos ao filho dentro do útero, caso o método apresente falha e ela venha a engravidar, é algo que a assusta. O medo parece ser não só para a segurança da própria mulher, mas também do próprio filho.

A ameaça irradia para além do que se entende, e habita as memórias transcendendo o tempo. Como uma sombra à luz da ameaça, o medo surge como uma das possíveis formas para os enfrentamentos das questões que a vida apresenta (HEIDEGGER, 2005).

O medo parece ser um fator definidor na escolha de um método contraceptivo. Por vezes, a cólica decorrente do uso do DIU é o que se teme. Em outras vezes, o medo dos efeitos indesejados dos hormônios, como ganho de peso, ou o medo de falha, distanciam as mulheres desses contraceptivos que causam tais efeitos e pode aproximá-las do DIU, se elas entenderem que esse método não representa uma ameaça maior do que os outros. Assim parecem pensar Eleú, Jotozi, Veale, Erreosan, Eser; sabem que todas as opções contraceptivas podem trazer alguns danos além dos benefícios, e elas buscam justamente o método que traga

a melhor relação entre os efeitos desejados e os indesejados, baseando-se nas suas percepções e experiências, procurando entender as particularidades dos métodos e, a todo momento, avaliando aqueles que mais se adequam ao seu perfil.

O marido e o medo

Curioso notar que, em diversas ocasiões onde o **marido** ou companheiro da mulher é citado, a palavra **medo** também é relatada de forma bastante próxima em quase todas as oportunidades.

No gráfico da Figura 10 (gráfico da rede de conexões), observamos que a palavra **marido** se relaciona somente com a palavra **medo**, de tal forma que não apresenta relação com nenhum outro termo mostrado no gráfico. Portanto, é algo que merece ser investigado em maior profundidade.

Buscando nos relatos das mulheres os trechos em que falavam sobre seus companheiros, foi possível confirmar a ligação entre o marido e o medo.

“Pego informações com amigas e no Facebook. Já pensei em colocar DIU, quando estava com meu marido, mas deu medo de colocar e desisti.” (Eleú)

Embora não esteja explícito nas palavras de Eleú, a proximidade temporal de marido e medo pode indicar que o próprio marido tenha contribuído para a desistência de Eleú, que enxergava no DIU uma possibilidade de contracepção.

“Algumas vezes que dá vontade de botar o DIU, só que o meu marido não quer. Porque ele tem medo também. [...] Faz medo de sair do lugar e a gente não sabe, aí faz medo na gente engravidar sem saber. [...] Ele tem medo da gente de pegar doença. De... O útero mexer com a pessoa por dentro, entendeu? Porque ele não entende muito dessas coisas, o meu marido.” (Veale)

A entrevistada já considerou a possibilidade de usar o método, mas parece se conformar com a exigência do marido:

“Mas como o meu marido não quer, eu não uso não.” (Veale)

Veale conseguiu ser mais direta que Eleú sobre sua vontade de colocar o DIU, mas mediante a reprovação do marido, por medo de falha ou de rejeição do corpo, ela não o utiliza. A usuária parece tentar dizer que seu marido não tem acesso a informações sobre contracepção e sobre planejamento reprodutivo, e que, por isso, não tem a oportunidade de explorar suas dúvidas. A falta de informação do companheiro a respeito do DIU parece interferir nas escolhas contraceptivas de Veale, o que levanta a questão da inclusão do parceiro no processo de escolha.

A resistência dos homens em participar desse processo faz com que métodos se mantenham como algo distante. Desconectados das possibilidades que existem em relação ao planejamento reprodutivo, perdem a oportunidade de participar da saúde reprodutiva do casal de uma forma mais consistente, mas por “sem entender muito dessas coisas”, mantêm-se distantes (e seguros), como diz Veale.

Mesmo quando as mulheres falavam sobre outros métodos, o marido surgia como um obstáculo à sua adesão:

“Usei uma vez a pílula, me deu enjoio. Aí, eu parei de usar. Camisinha ninguém gosta de usar. Meu marido não quer.” (Dean)

Ainda outras vezes, o marido aparece como uma possível barreira à escolha por um método.

“E a camisinha, o marido dela não quer usar. Então ou ela toma o comprimido ou engravida, né, no caso. Então eu acho interessante, eu queria muito que ela fizesse isso (colocasse o DIU).” (Diz Maêda, 49 anos, demonstrando preocupação com a saúde reprodutiva de sua filha e de seu genro)

“Meu marido sumia muito. Era muito avoado. Então, ele ia embora, eu ficava por lá e aí eu parava de tomar pílula. Quando ele voltava, aí eu vacilava e pronto — engravidei do menino. Aí, da menina eu não tomei nada, mas também engravidei. [...] aí, eu liguei. Eu liguei, eu tinha 21 anos.” (Quelê, atualmente com 46 anos)

Observamos, então, que em muitas vezes em que o parceiro de uma entrevistada é citado, existe uma ideia de contrariedade ao uso de algum método. Esse fato não seria um problema, já que a escolha de método contraceptivo é uma escolha do casal. Porém, em nenhuma vez o

companheiro é citado no sentido de participar das escolhas, apenas no sentido de contrariedade ou rejeição. Como uma verdadeira barreira para a adesão aos contraceptivos ofertados.

As incertezas parecem gerar grande medo nas mulheres sobre o DIU. Por mais que considerem suas fontes de informação mais ou menos confiáveis, as mulheres buscam e pensam sua contracepção. Os homens, por outro lado, se mantêm à distância.

A inclusão dos parceiros dessas mulheres no processo de escolha de um método contraceptivo pode contribuir para uma escolha mais satisfatória para o casal.

A decisão compartilhada entre o casal e o médico, com a possibilidade de se utilizar os aplicativos móveis para envolver os companheiros no processo de decisão, pode promover uma aproximação maior dos parceiros.

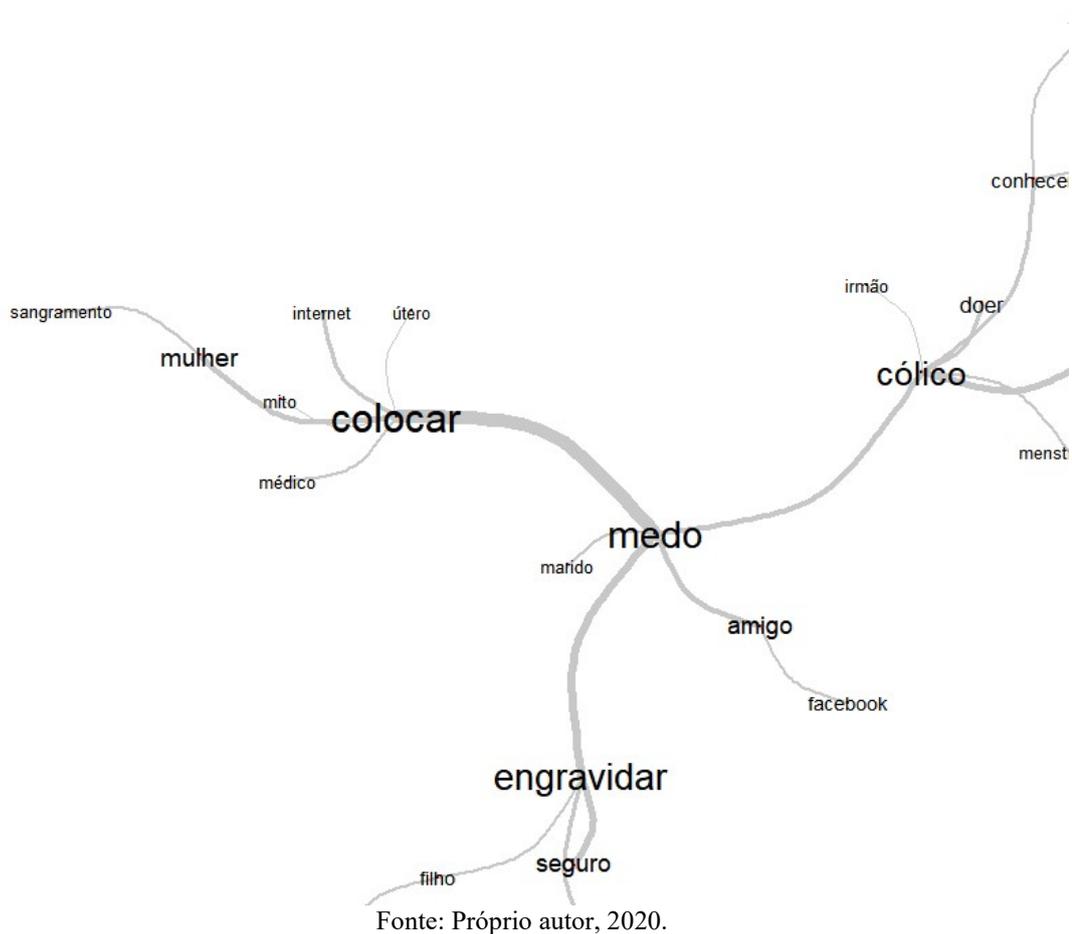
Nogueira *et al.* (2014) observa uma participação muito reduzida dos homens no planejamento reprodutivo do casal. As políticas de saúde sexual e reprodutiva parecem não buscar envolver o homem nos processos que deveriam ser do casal. Aos homens, muitas vezes, são oferecidos preservativos, ou então o procedimento de vasectomia. Porém, a linguagem utilizada não parece gerar nos homens maior reflexão sobre a sua responsabilidade no planejamento reprodutivo do casal.

Nogueira *et al.* (2014) fez uma revisão integrativa utilizando os descritores: planejamento familiar e homem. Dos 11 estudos encontrados, sete falavam sobre os processos da mulher com o planejamento familiar; alguns destacavam o profissional de saúde ou os grupos comunitários que tratavam sobre o tema. Apenas quatro, de fato, abordavam o homem como sujeito da pesquisa. Nogueira *et al.* (2014) 2014 conclui que fatores de gênero são um obstáculo para uma maior participação do homem no planejamento familiar.

Iib) Medo da dor

Por inúmeras vezes nas entrevistas, as mulheres se referiam a termos que representam os efeitos indesejados mais comumente referidos por mulheres que utilizam o DIU: **cólica, menstruação, dor, sangramento**. Observa-se com bastante frequência esses termos, que são os efeitos adversos mais comuns do DIU.

Figura 11 - Gráfico de similitude em relação ao DIU e aos efeitos adversos.



Aparentemente, as mulheres relacionam mais vezes o DIU ao **medo** de **cólica**, de **dor** e de **doer**, em comparação com o outro principal evento adverso do método, o aumento do fluxo menstrual.

A palavra **menstruação** encontra-se próxima à **dor**; e como o aumento do fluxo menstrual é o outro principal efeito adverso do DIU, entendemos que esse “braço” do gráfico de similitude fala sobre os seus efeitos adversos.

O medo e a dor parecem estar intimamente relacionados no universo dessas mulheres.

Segundo Pondé (1999), a dor é a matéria-prima do medo. O medo da dor pode suscitar memórias de situações dolorosas que envolvem múltiplos componentes dos cenários revisitados em pensamento. Seria algo muito individual e complexo para analisarmos através dos relatos fornecidos e, de fato, esse não é o objetivo deste estudo. Porém, a relação entre a dor, o medo e a memória dessas mulheres certamente habitam o seu conjunto de ideias sobre o DIU.

Para Bergson (2009), “toda consciência é memória” (p. 5). As percepções, tão sutis e individuais, dotadas da capacidade de gerar memória que pode ser acessada quando é buscada. Ainda segundo o autor, “[...] para escolher, é preciso pensar no que se poderá fazer e rememorar as consequências vantajosas ou prejudiciais, do que já se fez; é preciso prever e é preciso lembrar.” (BERGSON, 2009, p. 10). A dor aparece como o efeito indesejado preponderante nos discursos das entrevistadas, e a lembrança de suas próprias experiências que lhes causaram dor são rememoradas ao escutarem sobre as experiências de outras mulheres.

É interessante refletir sobre o conceito de dor *como* “uma sensação e experiência emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial” (IASP, 2019). A própria potencialidade da lesão está incluída na definição de dor. Não sendo necessária uma lesão tecidual, real para que se sinta dor, a lesão em potencial, assim como o temível, se constitui por uma sensação de proximidade dos sujeitos que não se pode controlar (HEIDEGGER, 2005).

Essa breve consideração conceitual da dor nos mostra o quanto é íntima a conexão entre a dor e o medo. Pergunto-me se não seriam indissociáveis. Ao que se refere o texto das entrevistas, fica bastante evidente que aquilo que trouxeram os autores (Pondé, 1999; Bergson, 2009; IASP, 2019; Heidegger, 2005) pode ser observado nas considerações das mulheres sobre seu planejamento reprodutivo e sobre o medo que sentem de sentir dor ao utilizar o DIU.

“Porque já falou: ‘não bota não porque você vai sentir muita dor, o sangramento vai vir demais, tem uns que não vêm e a pessoa fica inchada’ e não sei o quê... É muita história. Aliás, eu fico em dúvida se eu boto ou se eu não boto, entendeu? Eu tava até bem pensando em botar, mas é muitas coisas que a gente escuta. Que desiste, né, é pra desistir. Eu tenho medo de ter muita dor de cólica. Ai eu digo: ‘ai, eu não suporto’.” (Merci)

Entendo que, no relato de Merci, o DIU assume o constante caráter de ameaça a que se refere Heidegger (2005). A possibilidade de sentir a dor parece ser uma dor em si, e a recusa em utilizar o método, um alívio.

Por vezes, as entrevistadas se referem a pessoas de sua família em quem parecem depositar maior confiança. Vemos no discurso de Peame que os relatos de sua mãe e de sua madrinha parecem ser seriamente considerados e bem detalhados.

“Já ouvi falar do DIU pela minha mãe, pela minha madrinha. Não deu certo com elas. E elas não gostaram e tiraram. Me disseram que causa muita dor. Sangramento excessivo. Tem que ter repouso depois que coloca.” (Peame)

A madrinha e a mãe de Peame lhe contaram sobre suas experiências negativas com o uso do DIU até a sua retirada. Porém, outra pessoa próxima de Peame teve uma experiência diferente.

“Uma amiga minha colocou e está até hoje com Ela não tomava injeção, não tomava pílula, aí ficou bem mais fácil. Facilitou muito pra ela. [...] Acho que tem gente que se dá e gente que não se dá com o DIU. Depende de pessoa pra pessoa.”, conclui Peame.

Ao ouvir relatos positivos e negativos de pessoas com quem tem uma relação de intimidade, Peame entende que os efeitos indesejados do método não são os mesmos para todas as mulheres, e que, para cada mulher, um método pode se apresentar como mais ou menos favorável.

Theam, por sua vez, parece depositar em sua mãe toda a sua confiança:

“Eu não conheço, só ouvi falar. Sendo que, aí, a minha mãe falou pra mim colocar.”
(Theam)

Para Theam, sua mãe representa uma figura de autoridade. Fica difícil identificar, no relato, aquilo que ela mesma pensa, e aquilo que pensa sua mãe. No entanto, mesmo sendo orientada por sua mãe a utilizar o método, Theam ainda não parece ter se decidido.

Os dois próximos relatos podem mostrar que, quando informadas sobre os possíveis efeitos dolorosos do DIU, as pacientes tendem a se adaptar melhor ao método:

“Vi pela internet que pode ter dor, talvez sinta um pouco de cólica quando coloca. Porque já me explicaram sobre isso, né? Vai sentir um pouquinho de incômodo, mas depois parece que não está usando nada.” (Erreá)

“A minha nora também — nos dois primeiros meses, ela sentiu muita dor de cólica. Mas eles explicaram que seria... Que sentia isso. Mas agora, meu filho, está ótimo. Não reclama mais de nada, só tem um filhinho e pronto. Ela não quer nem saber de tirar.” (Quelê)

Diversos relatos demonstram a preocupação das mulheres com os possíveis efeitos adversos que o DIU pode causar, em especial as dores.

A relação entre a dor e o DIU é algo que impressionou pela grande frequência dos termos relacionados nos gráficos e pelas falas das mulheres.

Busquei algumas pesquisas na plataforma de dados PUBMED sobre os termos *Mesh*: **DIU** e **dor**. Os estudos parecem não valorizar o universo particular das mulheres, mas, sim, responder às perguntas dos próprios pesquisadores.

A maioria dos artigos encontrados busca avaliar o controle da dor no momento da inserção do DIU com uso de anti-inflamatórios e analgésicos locais. A dor no momento da inserção parece ser um dos fatores que influenciam a escolha da adesão ao DIU. Os relatos das entrevistas mostram que uma outra preocupação importante é a dor nas semanas que seguem sua inserção e nos períodos menstruais subsequentes, e não apenas no ato da inserção. Alguns trabalhos que tratam sobre a continuidade e a descontinuidade do método conseguem se aprofundar mais na discussão entre dor pélvica e uso do DIU. Muito embora a visão do indivíduo sobre a própria dor não seja o principal objeto de estudo e, sim, os motivos pelos quais a mulheres deixam de utilizar o método. O afastamento entre o sujeito da pesquisa e o objeto torna as evidências controladas pelo investigador.

Segundo Hubacher *et al.* (2006), os efeitos colaterais do DIU são muitas vezes responsáveis pela descontinuidade do seu uso. As mulheres que fazem a inserção do DIU e que sentem os efeitos do aumento do sangramento menstrual e das cólicas menstruais de grande intensidade e optam, assim, por retirar o DIU, frequentemente escolhem outros contraceptivos menos eficazes, aumentando a chance de uma gravidez indesejada. São mulheres que, provavelmente, não voltarão a usar o método.

O autor aponta que o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, como o ibuprofeno, disponível no SUS, é reconhecido com uma medicação que tem a propriedade de diminuir o fluxo menstrual e a intensidade das cólicas menstruais. Apesar de tal indicação, sua prescrição para mulheres que inseriram o DIU frequentemente não é feita nos dias seguintes à inserção. O autor busca identificar se existe relação entre o não uso do ibuprofeno após a inserção do DIU e a taxa de descontinuidade do método. Para isso, acompanhou 2019 mulheres separando-as em 2 grupos. Um grupo utilizou o ibuprofeno de forma profilática e o outro grupo usou placebo. O grupo que fez uso do anti-inflamatório não mostrou diferença estatística de descontinuidade para as mulheres que usaram placebo. Portanto, o uso de ibuprofeno não parece influenciar na continuidade do uso do DIU.

Uma fragilidade desse estudo é que não foi divulgado o que se considera exatamente por uso profilático do ibuprofeno, tanto em relação ao início e tempo de uso quanto em relação à dosagem. Outro ponto que chama atenção é que as vozes das mulheres que participaram da

pesquisa não foram ouvidas, suas opiniões não são consideradas, e o objeto principal do estudo parece ser: “o ibuprofeno como ferramenta para evitar a descontinuidade no uso do DIU”.

Mesmo após a conclusão de que o ibuprofeno não altera a taxa de continuidade do uso do DIU, os autores não se preocuparam em elencar os possíveis motivos pelos quais as mulheres que tomaram e as que não tomaram ibuprofeno possuíam taxas semelhantes de descontinuidade do uso desse método contraceptivo. Essas mulheres que não foram ouvidas sobre suas próprias razões e medos e foram apenas consideradas numericamente poderiam fornecer dados importantíssimos sobre o que realmente pensam. Essas mulheres poderão desaconselhar o uso do DIU para amigas, parentes, vizinhas, e não saberemos os motivos dessa rejeição.

Newton e Reading (1980), em estudo realizado no King's College em Londres, apresentam uma interessante separação quantitativa e qualitativa entre os tipos de dor pélvica feminina, que seriam: dismenorreia, dor relacionada ao DIU, dor relacionada à inserção do DIU, dor pós-operatória e dor do pós-parto. Os autores utilizaram um questionário que avalia 3 dimensões: sensorial, afetiva e avaliativa. Foram distribuídos cartões às pacientes com os termos relacionados às 3 dimensões da dor definidas pelo autor (sensações, tensão/reação gerada, e duração da dor), com notas e associações das palavras relacionadas a cada uma das dimensões. Enfim, a metodologia utilizada pelos autores permite, em certa medida, que as participantes tenham suas vozes ouvidas.

Os pesquisadores encontraram grande similaridade na escolha das palavras relacionadas às categorias: dismenorreia e a dor relacionada ao DIU, na parte qualitativa. Embora a dismenorreia tenha sido descrita uma dor que causa uma tensão maior. As dores classificadas como “dor relacionada ao DIU” foram avaliadas como dores mais toleráveis, gerando menor carga de sofrimento para a usuária. Já a dismenorreia traz maiores incômodos, portanto poderia ser considerada um efeito adverso menos tolerável. Outro tipo de dor pélvica: a dor do pós-operatório, para a qual a paciente havia se preparado, e o prognóstico era bom, parece ter sido menos mal avaliada, possivelmente pela eletividade do procedimento cirúrgico. Os autores percebem que, quando a mulher aceitou voluntariamente passar por um procedimento que causa dor pélvica, ela tende a tolerar melhor essa dor. As vantagens do DIU parecem compensar para algumas mulheres as dores devido aos seus efeitos no útero para aquelas mulheres, e mesmo as dores parecem ser melhor toleradas quando as mulheres estão realmente dispostas a aderir ao método.

Percebe-se o esforço dos pesquisadores em avaliar de forma mais aprofundada e centrada na pessoa que responde às perguntas, muito embora as palavras previamente selecionadas e as escalas para as notas tenham sido selecionadas pelo próprio autor do estudo.

A mulher e os sentidos que ela atribui ao DIU são valorizados, mas não são abertamente explorados. Não vejo nesse caso uma ausência da voz da mulher, já que se busca explorar os sentidos que a mulher dá para sua própria dor. No entanto, para aprofundar esses sentidos, os pesquisadores partem de ideias predeterminadas por eles mesmos e outras possíveis referências da literatura. As mulheres não são ouvidas de forma verdadeiramente aberta, e as categorizações foram pensadas não por quem vivencia a realidade, portanto são grandes as chances de não se extrair da mulher aquilo que elas pensam exatamente.

O estudo de Newton e Reading (1980) parece ser uma luz frente a tantos estudos que abordam a dor em relação ao DIU apenas como um meio para se descobrir as principais causas da descontinuidade; ou, então, focando nos resultados da analgesia durante a inserção, ignorando a visão particular das mulheres e despreocupando-se com os sintomas relatados pelas usuárias relacionados ao método.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando transmutar os padrões científicos vigentes, e escutar as vozes tantas vezes silenciadas pelo saber autoritário da ciência, procurei, nas entrevistas e na sua análise, conhecer essas mulheres, autoras de suas próprias histórias, suas ideias e interesses em relação aos métodos conhecidos para se evitar uma gravidez indesejada, e o DIU em especial. Enxergamos essas mulheres como donas de suas próprias razões e escolhas, responsáveis por si e por outros. Longe dos dogmas do discurso médico as máscaras começam a ser retiradas e enxergamos com mais clareza o sujeito, com suas expressões, sotaques, dores, graças, vontades e planos.

Foi possível analisar, nos relatos das mulheres entrevistadas na Rocinha, as suas percepções sobre o DIU. Os variados, mas comuns sentidos que essas mulheres deram ao DIU foram discutidos de acordo com o que se pôde observar nos relatos e nos gráficos. As escolhas em contracepção parecem desenvolver na mulher a capacidade de fazer escolhas de vida que considere a si mesma nos diversos âmbitos — profissional, familiar ou financeiro, por exemplo —, respeitando seus corpos, organismos, sentidos; tendo acesso a informação de qualidade e apoio profissional durante o processo de escolha de um método contraceptivo que a contemple, segundo suas preferências e individualidades.

O presente estudo abordou especificamente o DIU. No entanto, estudos semelhantes poderiam ser realizados em relação a outros métodos contraceptivos para que conheçamos não só os dados estatísticos sobre o uso de contraceptivos, mas também aquilo que sentem e pensam as mulheres sobre planejamento reprodutivo e contracepção.

As redes sociais surgem como o meio de informação mais acessado quando as mulheres pensam neste método. Familiares e amigas são as vozes muitas vezes ouvidas quando falam em contracepção.

As ferramentas tecnológicas possuem potencial ainda pouco explorado na oferta de informações e apoio ao planejamento reprodutivo, tendo merecido atenção especial por aqueles que buscam formas de qualificar a abordagem à saúde sexual e reprodutiva das mulheres no âmbito do SUS.

Novas técnicas de comunicação entre o profissional de saúde urgem por uma decisão clínica que contemple as mulheres, com a oferta de informações pertinentes, e uma escuta qualificada sobre as condições clínicas que a mulher traz e de suas preferências. A decisão compartilhada no aconselhamento sobre contracepção tem a capacidade de suprir essa lacuna e tornar a saúde reprodutiva mais satisfatória.

A participação dos homens nesse processo é distante e, mesmo os serviços de saúde e a produção acadêmica atual não buscam priorizar a inclusão dos parceiros das mulheres no processo de decisão sobre um método contraceptivo.

A dor, assim como o medo, aumenta e diminui conforme a proximidade com o que se teme seja vista de uma forma menos ou mais confortável. À medida que as mulheres se apropriam de informações disponíveis e atualizadas sobre o DIU, essa aproximação pode passar a ser vista com mais interesse e menos temor.

O diálogo entre diversos saberes parece ser justamente a limitação do pensamento científico vigente, e as transgressões entre os saberes pode ser a chave para o surgimento de um novo paradigma científico (SANTOS, 2010), desta maneira, escutando e lendo os relatos de cada uma dessas mulheres entendemos seus olhares e aquilo que revelam segundo suas visões de mundo.

As conexões potentes e as fragilidades imanentes entre o que diz a medicina sobre o DIU e o que pensam sobre ele as mulheres pesquisadas, revelam mais do que distanciamentos e incongruências intencionais e conceituais, revelam um corpo feminino não inteiramente disposto a ser disciplinado por uma ciência que as secundariza em seu protagonismo sobre suas escolhas.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Informação & Informação**, s.l., v. 12, n. 1 esp, p. 8-19, dez. 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1784>. Acesso em: 11 jul. 2020.
- AKDEMOR, Y.; KARADENIZ, M. The relationship between pain at IUD insertion and negative perceptions, anxiety and previous mode of delivery. **Eur. J Contracept Reprod Health Care**, v. 24, n. 3, p. 240-245, 2019. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31094575/#:~:text=001\),a%20higher%20level%20of%20pa](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31094575/#:~:text=001),a%20higher%20level%20of%20pa) in. Acesso em: 11 jul. 2020.
- ALVES, J. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para a CIPD pós-2014. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 31 n. 1, p. 210-130, jan./jun., 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100013. Acesso em: 11 de jul. 2020.
- ANDRÉ, M. **Etnografia da prática escolar**. São Paulo: Papirus, 2005a.
- ANDRÉ, M. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Líber Livro, 2005b.
- ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 9, n.1, p. 9-14, jan./abr. 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/issue/view/193>. Acesso em: 11 jul. 2020.
- ASCON. Anticoncepcional: só com prescrição médica. **ANVISA**, 4 ago. 2016. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/anticoncepcional-so-com-prescricao-medica/219201. Acesso em: 11 jul. 2020.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1979.
- BARRA, Daniela Couto Carvalho *et al.* Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa da literatura. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2020.
- BARRET, M. *et al.* Awareness and knowledge of the intrauterine device in adolescents. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, v. 25, n. 1, p. 39-42, fev., 2012. Doi: 10.1016/j.jpag.2011.08.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22051791/>. Acesso em: 11 jul. 2020.
- BERAL, V. An Epidemiological Study of Recent Trends in Ectopic Pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 82, n. 10, p. 775-782, 1975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1238104/>. Acesso em: 11 jul. 2020.
- BERGSON, H. **Energia espiritual**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2019.

BERQUÓ, E. As posições da OMS nas conferências de população da ONU nos últimos 50 anos. In: WONG, L. R. *et al.* **Cairo+20: perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014**. Rio de Janeiro: Alape, 2014. p. 17-22. Disponível em: <http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/Si15/si15.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

BONET, Octavio. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_226_.asp. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 26**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **LEI Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 15 janeiro 1996. p. 561.

BRASIL. **Nota Técnica n. 38**. Ministério da Saúde, DAPES/SAPS/MS, Brasília, 18 dez. 2019.

BUHLING, J. Kai *et al.* Worldwide use of intrauterine contraception: a review. **Contraception**, v. 89, n. 3, p. 162-173, dez., 2013. Disponível em: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(13\)00733-6/fulltext#articleInformation](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(13)00733-6/fulltext#articleInformation). Acesso em: 12 jan. 2020.

CAETANO, Cecilia *et al.* Millennials and contraception: why do they forget? An international survey exploring the impact of lifestyles and stress levels on adherence to a daily contraceptive regimen. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 24, n. 1, p. 30-38, jan., 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330691361_Millennials_and_contraception_why_do_they_forget_An_international_survey_exploring_the_impact_of_lifestyles_and_stress_levels_on_adherence_to_a_daily_contraceptive_regimen. Acesso em: 11 jul. 2020.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Santa Catarina: UFSC, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CARVALHO, M. L; SCHOR, N. Motivos de rejeição dos métodos contraceptivos em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5., out., 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000500014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 jul. 2020.

CASTRO RODRIGUES, Gilda. **Planejamento familiar**. Série Princípios. São Paulo: Editora Atica, 1990.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitativo%20e%20qualitativo%20-%20IFES/An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%Bado/cavalcante_calixto%20e%20pinheiro%20analise%20se%20conteudo_pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf. Acesso em 11 jul. 2020.

CAVALIERI, Fernanda; VIAL, Adriana. Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010. **Coleção Estudos Cariocas**, 2010. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudosariocas/download%5C3190_FavelasnacidadedoRioDeJaneiro_Censo_2010.PDF. Acesso em: 11 jul. 2020.

CAVALLINI, M. Mulheres ganham menos que os homens em todos os cargos e áreas, diz pesquisa. **G1**, Rio de Janeiro, 7 mar. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/noticia/mulheres-ganham-menos-que-os-homens-em-todos-os-cargos-e-areas-diz-pesquisa.ghtml>. Acesso em: 8 abr. 2019.

CERVI, Emerson U. **Análise de Conteúdo Automatizada em Redes Sociais online: uma proposta metodológica**. Caxambu: ANPOCS, 2018. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro-3/gt-31/gt17-22/11253-analise-de-conteudo-automatizada-para-conversacoes-em-redes-sociais-online-uma-proposta-metodologica/file>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CLAVREUL, J. **A Ordem Médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COELHO, E. A. C. *et al.* O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar., 2000. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/495.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

COFEN. Manifesta sobre a suspensão da inserção do DIU por Enfermeiros. **Cofen**, 26 dez. 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-e-abenfo-se-manifestam-sobre-a-suspensao-da-insercao-do-diu-por-enfermeiros_76570.html. Acesso em: 11 jul. 2020.

CONSULTA REMÉDIOS [site]. **Bula Tantín**. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/tantin/bula>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CREININ, M. D. Intrauterine devices: separating fact from fallacy. **Medscape Women's Health**, v. 1, n. 10, 1996. Disponível em: <http://www.medscape.com>. Acesso em: 11 jul. 2020.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

DART, Robert G.; KAPLAN, Beth; VARAKLIS, Kalli. Predictive Value of History and Physical Examination in Patients With Suspected Ectopic Pregnancy. **Annals of Emergency Medicine**, v. 33, n. 3, p. 283-290, mar. 1999. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064499703641>. Acesso em: 11 jul. 2020.

DEHLENDORF, C. *et al.* Shared decision making in contraceptive counseling. **Contraception**, v. 96, n. 5, p. 452-455, nov., 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069491/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

DICIONÁRIO MÉDICO [site institucional]. Disponível em: <https://xn--dicionriomdico-0gb6k.com/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

ENGEL G. L.: The clinical application of the biopsychosocial model. **Am J Psychiatry**, v. 137, n. 5, p. 535-544, mai., 1980. Disponível em: <https://www.acesconnection.com/fileSendAction/fcType/0/fcOid/466307103267301137/filePointer/466166364394606238/fodoid/466166364394606234/Engel%201980%20The%20clinical%20application%20of%20of%20the%20biopsychosocial%20model.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

FEBRASGO. **Contraceção reversível de longa ação**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2016.

FERREIRA, J. *et al.* **Razões para a troca de diferentes contraceptivos para contraceptivos reversíveis de longa duração entre mulheres brasileiras**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2013. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312837/1/Ferreira_JessicaMayra_M.pdf. Acesso em: 11 jul. 2020.

FERREIRA, Paula. Pesquisa revela que 41,5% dos jovens de 19 anos não concluíram ensino médio. **O globo**, Rio de Janeiro, 5 abr. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/educacao/pesquisa-revela-que-415-dos-jovens-de-19-anos-nao-concluíram-ensino-medio-21162505>. Acesso em: 9 jun. 2020.

FIGUEIREDO, Regina *et al.* Planejamento familiar e reprodutivo na atenção básica do município de São Paulo: direito constitucional respeitado? **Bis**, v. 15, n. 2, p. 81-93, [s. d.] Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046085/bis-v15n2-os-desafios-81-93.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

FILHO, K. **Workshop do DIU: instrumento educativo para alunos do curso de medicina**. 2017. Dissertação – (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente), UniFOA, Volta Redonda, 2017. Disponível em: <https://docplayer.com.br/76069624-Workshop-do-diu-instrumento-educativo-para-alunos-do-curso-de-medicina.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>. Acesso em jul. 2020.

FIOCRUZ. Contraceção: métodos que apoiam o planejamento reprodutivo. **Atenção às mulheres**, 31 jul. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao->

mulher/contracepcao-metodos-que-apoiam-o-planejamento-reprodutivo/. Acesso em: 11 jul. 2020.

FIOCRUZ. **Governo Federal amplia planejamento da gravidez e humanização do parto.** S.d. Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=3721>. Acesso em: 9 jul. 2017.

FIORIO, Vivian. Lista com 4 anticoncepcionais distribuídos pelo SUS. S. d. **Dona Girafa.** Disponível em: <https://www.donagiraffa.com/2016/08/lista-com-4-anticoncepcionais-distribuidos-pelo-sus.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes.** Porto Alegre: Penso, 2013.

FREITAS, G. *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, jun., 2017 (2009). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053>. Acesso em: 11 jul. 2020.

GEORGE LONG, M. A. Patria Potestas. *In*: WILLIAM SMITH, D. C. L., LL. D. **A Dictionary of Greek and Roman Antiquities.** Londres: John Murray, 1875. p. 873-875. Disponível em: http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E/Roman/Texts/secondary/SMIGRA*/Patria_Potestas.html. Acesso em: 11 jul. 2020.

GIORDANO, M. V.; GIORDANO, L. A.; PANISSET, K. S. Dispositivo intrauterino de cobre. **Femina**, v. 43, sup. 1, p. 15-20, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4850.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 108.

GOMEZ, A. M.; FREIHART, B. Motivations for Interest, Disinterest and Uncertainty in Intrauterine Device Use Among Young Women. **Matern Child Health J.**, v. 21, n. 9, p. 1753-1762, jun. 2017. DOI 10.1007 / s10995-017-2297-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28631146/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03270, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2020. Epub. 18 dez. 2017.

GOTTERT, A. *et al.* Influences on women's decision making about intrauterine device use in Madagascar. Women's Health Project (WHP). **J. Contraception**, v. 91, n. 4, p. 289-294, abr., 2014. DOI: 10.1016 / j.contraception.2015.01.014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25636806/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

GRUPO TELEDIU [site institucional]. Disponível em: <https://www.telediu.com.br/>. Acesso em: 5 ago. 2017.

GRUPO TELEDIU. Não tem filhos? Não quer hormônios? Saiba os DIUS mais indicados. **Telediu**. 2 outubro 2018. Disponível em: <https://www.telediu.com.br/post/39/nao-tem-filhos-nao-quer-hormonios-saiba-os-dius-mais-indicados>. Acesso em 1 jul. 2020.

GUTIN, S. *et al.* Survey of knowledge, attitudes and practices surrounding the intrauterine device in South Africa. Women's Health Research Unit. **J. Contraception**, v. 83, n. 2, p. 145-50, fev., 2011. DOI: 10.1016 / j.contraception.2010.07.009 PMID: 21237340. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322443/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

HARDEMAN J.; WEISS B. D. Intrauterine devices: an update. **Am Fam Physician.**, v. 89, n. 6, p. 445-450, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24695563/>. Acesso em: 11 jun. 2020.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. São Paulo: Vozes, 2005.

HISTÓRIA DO MUNDO [site]. **Crise do Império Romano**. S. d. Disponível em: <https://www.historiadomundo.com.br/romana/crise-do-imperio-romano.htm>. Acesso em: 11 jul. 2020.

HOLLAND, M. K., WHITE, I. G. Heavy metals and human spermatozoa. III. The toxicity of copper ions for spermatozoa. **Contraception**, v. 38, n. 6, p. 685-695, 1988. Doi:10.1016/0010-7824(88)90050-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3219855/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

HUBACHER, David *et al.* Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 195, n. 5, p. 1272-1277, nov., 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937806010714>. Acesso em: 11 jul. 2020.

HUBACHER, David *et al.* Preventing copper intrauterine device removals due to side effects among first-time users: randomized trial to study the effect of prophylactic ibuprofen. **Human Reproduction**, v. 21, n. 6, p. 1467-1472, fev., 2006. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.562.8272&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

IBGE. **Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010 n. 20120501** Maio, 2012.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **AECS Illumination**, v. 4, n. 1, p. 7-9, jan./mar, 2004. Disponível em: http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf. Acesso em: 11 jul. 2020.

KANESHIRO, Bliss; AEBY, Tod. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. **International journal of women's health**,

v. 2, p. 211-20, 9 ago., 2010. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971735/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

LE H. H. *et al.* The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. **International Journal of Women's Health**, v. 6, p. 663-670, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106956/>. Acesso em 11 jul. 2020.

LIMA, Juliana Domingues de. Pílula anticoncepcional: da revolução sexual à revisão de seu uso. **Nexo**, 15 set. 2018. Disponível em:
<https://www.nexojornal.com.br/explicado/2017/09/15/P%C3%Adlula-anticoncepcional-da-revolu%C3%A7%C3%A3o-sexual-%C3%A0-revis%C3%A3o-de-seu-uso>. Acesso em: 11 jul. 2020.

LOESER, J. D.; TREEDE, R. D. The Kyoto Protocol Of Iasp Basic Pain Terminology. **Pain**, v. 137, n. 3, p. 473-477, 31 jul. 2008. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18583048>. Acesso em: 22 maio 2018.

LOPES, Ione Maria Ribeiro Soares *et al.* Endométrio na janela de implantação em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 702-709, dez. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000600020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2020.

MACHADO, Rogério Bonassi *et al.* **Contraceção reversível de longa ação**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/03-CONTRACEPCAO_REVERSIVEL_DE_LONGA_ACAO.pdf. Acesso em: 11 jul. 2020.

MATOS, Ralfo. População, recursos naturais e poder territorializado: uma perspectiva teórica supratemporal. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 451-476, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n2/a13v29n2.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MELLO, Katia. Com 2 milhões de moradores, favelas do Rio seriam 7ª maior cidade do país. **G1**, Rio de Janeiro, 25 set. 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2014/09/com-2-milhoes-de-moradores-favelas-do-rio-seriam-7-maior-cidade-do-pais.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MERLEAU-PONTY, M. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. São Paulo: Autentica, 2015.

MIEDO. Compositor e intérprete: Lenine. 2006. Disponível em:
<https://www.vagalume.com.br/lenine/miedo.html>. Acesso em: 11 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para Profissionais de saúde – DIU com Cobre T Cu 380**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

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: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** Distrito Federal, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Política de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MONTANARI, T. **Embriologia: texto, atlas e roteiro de aulas práticas.** Porto Alegre: [s. l.], 2013. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/livrodeembrio/ppts/3.%20TranspgamFertiz.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MOSCHKOVISH, Marília. Machismo estrutural, oculto e terrível. **Sul 21**, 2013 Disponível em: <https://www.sul21.com.br/opiniaopublica/2013/11/machismo-estrutural-oculto-e-terrivel-por-marilia-moschkovich/>

NEWTON, J. R.; READING, A. E. An Analysis of the Intensity and Quality of Gynecological Pain. **AOGS**, v. 59, n. 2, p. 143-148, jan., 1980. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3109/00016348009154631>. Acesso em: 11 jul. 2020.

NICOLAU, A. I. O. *et al.* Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 164-170, mar., 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10702>. Acesso em: 11 jul. 2020.

NOGUEIRA, I. L. *et al.* Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. **Rev. Fund. Care Online**, v. 10, n. 1, p. 242-247, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6007/pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

OKUMURA, R. Contraceptivo DIU é usado por 1,9% no País. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 12 mar. 2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,contraceptivo-diu-e-usado-por-1-9-no-pais,70001696089>. Acesso: 11 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Contraceptive Use by Method 2019.** 2019. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf. Acesso em: 11 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs. **Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015.** Nova Iorque: Nações Unidas, 2015. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas. **Planejamento Familiar**: Um manual global para profissionais e serviços. Baltimore e Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). PRH. **Análise da necessidade e introdução de anticoncepcionais no Brasil**. (Relatório de uma análise colaborativa feita pelo Ministério da Saúde/ COMI/ CEMICAMP e representantes do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a União Brasileira de Mulheres). Brasília, 1994.

PAGUE MENOS [site institucional]. S.d. **Yaz**. Disponível em: <https://www.paguemenos.com.br/yaz-com-24mais4-comprimidos-revestidos/p>. Acesso em: 11 jul. 2020.

PARE DE TOMAR A PÍLULA. Compositor e intérprete: Odair José. 1999. Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/odair-jose/pare-de-tomar-a-pilula.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.

PAYNE, J. B. A Qualitative Study of Young Women's Beliefs About Intrauterine Devices: Fear of Infertility. **J. Midwifery Womens Health**, v. 61, n. 4, p. 482-488, jul., 2016. DOI: 10.1111 / jmwh.12425. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12425>. Acesso em: 11 jul. 2020.

PENNA, A. G. Alguns aspectos da teoria de percepção de Jean Piaget. **Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada**. n. 29, v. 2, p. 31-42, 1977.

PONDÉ, Danit Zeava Falbel. **O conceito de medo em Winnicott**. 2011. Dissertação (Mestrado em Filosofia) –, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas 2012. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/279526/1/Ponde_DanitZeavaFalbel_M.pdf. Acesso em: 21 ago. 2018.

POPULATION PLANNING BUREAU. Family Planning Worldwide 2002 Data Sheet, **(Population Reference Bureau) PRB**, 15 jun. 2002. Disponível em: http://www.prb.org/pdf/FamPlanWorldwide_Eng.pdf. Acesso em: 6 ago. 2017.

RAGLAND, D., PAYKACHAT, N. e DAJANI, N. Barriers to Intrauterine Device Use at an University-Based Women's Clinic. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. 4, p. 1058-1064, 2014. Doi: 10.4236/ojog.2014.416145. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=52161>. Acesso em: 11 jul. 2020.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** 1. ed. São Paulo: Letramento, 2017.

RODRIGUES, G. **Planejamento Familiar**. São Paulo: Atica, 1990.

RODRIGUES, Gustavo Campello. **Contraceptivo intrauterino: conhecimento, atitudes e práticas entre as usuárias da APS na Rocinha**. 2018. Monografia – Médico de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

ROMANO, Rogério Tadeu. Noções gerais da família no direito romano. **Jus.com.br**, mai. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/58063/nocoes-gerais-da-familia-no-direito-romano>. Acesso em: 11 jul. 2020.

ROSSING, M. A. *et al.* Current Use of an Intrauterine Device and Risk of Tubal Pregnancy. **Epidemiology**, v. 4, n. 3, p. 252-258. Doi:10.1097/00001648-199305000-00009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8512989/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SALAM, R. A. *et al.* Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. **J Adolesc Health**, v. 59, sup. 4, p. 11-28, out., 2016. Doi: 10.1016 / j.jadohealth.2016.05.022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27664592/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SANTOS, Ane Karolina de Oliveira *et al.* O perfil de aplicativos móveis de anticoncepcionais no contexto do planejamento reprodutivo. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 4, ed. 12, p. 132-153, dez., 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/aplicativos-moveis>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 16. ed. Porto: B. Sousa Santos e Edições Afrontamento, 2010 (1988). p. 59.

SANTOS, M. C. S. *et. al.* Influência do uso de contraceptivos orais nos níveis lipídicos e nas respostas cardiorrespiratórias de mulheres saudáveis e sedentárias. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 3, p. 188-194, mai./jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n3/a06v12n3.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SBMFC. **Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidades**. [S. l.]: [s. d.], SBMFC, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 11 jul. 2020.

SILVA, Annalu Pinto da. Tuberculose: médica explica os sintomas, o diagnóstico e como se prevenir. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 26 jun. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/tuberculose-medica-explica-os-sintomas-o-diagnostico-e-como-se-prevenir>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SILVA, Sivaldo. **Metodologias e instrumentos quanti-qualitativos para estudos em democracia digital: IRaMuTeQ**. Brasília: IPEA, 2019.

STANDFORD, Joseh B.; MIKOLAJCZYK, Rafael T. Mechanisms of action of intrauterine devices: Update and estimation of postfertilization effects. **Department of Family and Preventive Medicine**. Utah Health Research Center, 2002.

SZWARCWALD C. L. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(2), p. 267-276, abr./jun., 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2015.v24n2/267-276/pt>. Acesso em: 11 jul. 2020.

THE PILL. Compositor e intérprete: Loretta Lynn. 1975 Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/loretta-lynn/the-pill-traducao.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.

THIERY, M. Pioners of intrauterine devices. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 2, n. 1, p. 15-23, mar., 1997. Doi: 10.1080/13625189709049930. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625189709049930>. Acesso em: 11 jul. 2020.

TREDWAY D. R. *et al.* Effect of intrauterine devices on sperm transport in the human being: preliminary report. **Am J Obstet Gynecol.** v. 123, n. 7, p. 734-735, 1975. Doi:10.1016/0002-9378(75)90497-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1200066/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

TRUSSEL, James. Contraceptive failure in the United States. **Contraception.** v. 83, n. 5, p. 397-404, mai. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638209/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

UNDP [site institucional]. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.

VARGAS, Teresa. Guinea pigs or pioneers? How Puerto Rican women were used to test the birth control pill. **The Washington Post**, 9 mai. 2017. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/news/retropolis/wp/2017/05/09/guinea-pigs-or-pioneers-how-puerto-rican-women-were-used-to-test-the-birth-control-pill/>. Acesso em: 11 jul. 2020.

VESSEY, M. P. *et al.* Outcome of Pregnancy in Women Using an Intrauterine Device. **Lancet**, v. 303, n. 7856, p. 495-498, mar., 1974. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673674927986>. Acesso em: 11 jul. 2020.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2020.