



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

AMANDA PESSOA MARTINS TORRES DA SILVA

**TENDÊNCIAS NA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS PELO SUS
NO BRASIL AO LONGO DE UMA DÉCADA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR - BA
2024

AMANDA PESSOA MARTINS TORRES DA SILVA

**TENDÊNCIAS NA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS PELO SUS
NO BRASIL AO LONGO DE UMA DÉCADA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

Orientador(a): Dra. Milena Bastos Brito

**SALVADOR
2024**

Dedico este trabalho aos meus pais,
Cátia e Jairo. Sem vocês, nenhuma
parte desse sonho seria possível.

AGRADECIMENTOS

Finalmente, chegou o momento de expressar minha gratidão a todos que me apoiaram e contribuíram para a conclusão de uma etapa tão importante da minha formação.

Agradeço à minha mãe por me apoiar em tudo, sempre com tom otimista e por me fazer enxergar meu potencial. Ao meu pai que sempre me incentiva e desperta em mim a vontade de sempre buscar ser 1% melhor. Obrigada por acreditarem em mim e no meu sonho.

À minha família, por toda a compreensão, cuidado e por estarem sempre de braços abertos para me receber e me acolher após um período longe, em especial à minha tia, Maria Lúcia, que sempre foi minha grande inspiração na Medicina, e in memoriam à minha avó Adheil, cujo amor, sabedoria e exemplo de vida me guiam até hoje.

Aos meus amigos pela companhia nessa aventura que é a vida, pelo incentivo de sempre buscar meus objetivos e pelas risadas, que tornaram tudo mais leve e divertido.

À minha querida professora, Dra. Milena, por todo o auxílio, orientação, e cuidado ao longo da elaboração desse trabalho, cuja dedicação e paixão pelo conhecimento são uma fonte de inspiração e me desperta o amor pelo cuidado da mulher.

E à Deus por iluminar meu caminho até aqui e por todas as bençãos e conquistas alcançadas.

RESUMO:

Introdução: O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um Anticoncepcional Reversível de Longa Ação (LARC) de alta eficácia, com taxa de falha inferior a 1% no primeiro ano de uso. Embora o DIU de cobre (TCu 380) esteja incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e sua inserção seja coberta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso ao método é limitado. **Objetivos:** Avaliar o uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) no Brasil pelo Sistema Único de Saúde ao longo de uma década, relacionando com os índices de mortalidade materna. **Métodos:** Trata-se um estudo descritivo com dados secundários dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA), sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), realizado no Brasil entre 2013 e 2023. A relação de inserção de DIUs por mulheres em idade reprodutiva e a razão de Mortalidade Materna foi calculado apenas no ano de 2022. As variáveis, o número de inserções de DIUs, atendimentos clínicos para indicação, óbitos maternos e nascidos vivos, foram analisadas quanto a sua distribuição absoluta e relativa. A análise utilizou Regressão Linear Simples para avaliar tendências temporais, considerando $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. **Resultados:** Entre 2013 e 2023, o Brasil registrou um aumento no número de inserções de DIUs, com maior crescimento entre 2020 e 2023, com 250.567 inserções nesse período, especialmente no Sudeste (58%). Em termos relativos, Rondônia e São Paulo tiveram as maiores taxas de inserção por mulheres em idade reprodutiva em 2022, enquanto Amazonas e Distrito Federal apresentaram as menores, 0,11 e 0,2 respectivamente. A mortalidade materna teve um pico em 2021, com a maior ocorrência no Sudeste (35,7%), e a menor Razão de Mortalidade Materna em 2022, foi observada na Região Sul (37,5). **Conclusão:** O número de inserção de DIUs e a taxa de inserção por mulheres em idade reprodutiva foi maior na região Sudeste. Essa taxa foi menor no Centro-Oeste e em estados como Amazonas e Distrito Federal. Não houve relação entre aumento da inserção de DIUs e redução da mortalidade materna. A razão de mortes maternas foi mais alta no Norte e mais baixa no Sul.

Palavras-Chave: Dispositivos Intrauterinos; Mortalidade Materna; Planejamento Familiar;

Abstract

Introduction: The Intrauterine Device (IUD) is a highly effective Long-Acting Reversible Contraceptive (LARC), with a failure rate of less than 1% in the first year of use. Although the copper IUD (TCu 380) is included in the National List of Essential Medicines, and its insertion is covered by the Brazilian Unified Health System (SUS), access to the method remains limited. **Objectives:** To evaluate the use of the Intrauterine Device (IUD) in Brazil through the Unified Health System over a decade, relating it to maternal mortality rates. **Methods:** This is a descriptive study using secondary data from the Ambulatory Information System (SIA), Mortality Information System (SIM), and Live Births Information System (SINASC), available on the website of the Informatics Department of the Unified Health System (DATASUS), conducted in Brazil between 2013 and 2023. The ratio of IUD insertions among women of reproductive age and the Maternal Mortality Ratio was calculated only for the year 2022. Variables such as the number of IUD insertions, clinical consultations for indications, maternal deaths, and live births were analyzed in terms of their absolute and relative distributions. Simple Linear Regression was used to evaluate temporal trends, considering $p < 0.05$ as statistically significant. **Results:** Between 2013 and 2023, Brazil recorded an increase in the number of IUD insertions, with the highest growth between 2020 and 2023, accounting for 250,567 insertions during this period, especially in the Southeast region (58%). In relative terms, Rondônia and São Paulo had the highest insertion rates among women of reproductive age in 2022, while Amazonas and the Federal District had the lowest, 0.11 and 0.2, respectively. Maternal mortality peaked in 2021, with the highest occurrence in the Southeast (35.7%), and the lowest Maternal Mortality Ratio in 2022 was observed in the South region (37.5). **Conclusion:** The number of IUD insertions and the insertion rate among women of reproductive age was higher in the Southeast region. This rate was lower in the Midwest and in states such as Amazonas and the Federal District. There was no relationship between the increase in IUD insertions and the reduction in maternal mortality. The maternal mortality ratio was highest in the North and lowest in the South.

Keywords: Intrauterine Devices; Maternal Mortality; Family Development Planning

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Tendências e números da inserção de dispositivos intrauterinos no Brasil ao longo de 10 anos (2013-2023)	19
Gráfico 2- Quantidade de inserções de DIUs por região brasileira no período de 2020 a 2023	20
Gráfico 3- Distribuição dos atendimentos clínicos para indicação, fornecimento e inserção do DIU por região brasileira de 2013-2020	20
Gráfico 4- Número de atendimentos para fornecimento, indicação e inserção do Dispositivo Intrauterino no Brasil por estado (2013-2020)	21
Gráfico 5- Número de inserções do Dispositivo Intra-uterino no Brasil por estado (2020-2023).....	22
Gráfico 6- Número de DIUs inseridos a cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva, por região brasileira, em 2022	24
Gráfico 7- Número de Dispositivos Intrauterinos inseridos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva por estado brasileiro, no ano de 2022	24
Gráfico 8- Distribuição da mortalidade materna por região brasileira de 2013 a 2022	25
Gráfico 9- Óbitos maternos em número absolutos por estado brasileiro de 2013 a 2022.	26
Gráfico 10- Razão de Mortalidade Materna por região brasileira em 2022.....	27
Gráfico 11- Razão de Mortalidade Materna por estado brasileiro em 2022.....	27

Sumário

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo geral	10
2.2	Objetivos específicos	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	Contexto histórico	11
3.2	Contexto brasileiro	11
3.3	Anticoncepcionais de Longa duração (LARC)	13
3.4	Mortalidade Materna	15
4	METODOLOGIA	16
4.1	Desenho do estudo	16
4.2	Local e período do estudo	16
4.3	População e amostra	16
4.4	Coleta de dados	16
4.5	Variáveis do estudo	17
4.6	Análise estatística	17
4.7	Aspectos éticos	18
5	RESULTADOS	19
6	DISCUSSÃO	28
7	CONCLUSÃO	31
8	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Os métodos contraceptivos podem ser divididos em irreversíveis ou reversíveis. Dentre esses últimos, podem ainda ser de longa ou de curta duração. Nesse sentido, os Anticoncepcionais Reversíveis de Longa Duração (LARCs) são aqueles que oferecem proteção por um período maior ou igual a 3 anos, e incluem os Dispositivos Intrauterinos (DIUs), hormonais e não hormonais e os Implantes Hormonais. Esses métodos são altamente efetivos pois independem da adequação à forma de uso pelo usuário, e menos de 1% das mulheres no primeiro ano de uso de LARCs têm chance de engravidar.¹

Paralelamente, os Anticoncepcionais de Curta Duração (SARCs) contêm hormônios, e podem ser apresentados como pílulas, adesivos transdérmicos, anéis vaginais ou injetáveis. Esses devem ser tomados, aplicados ou trocados com frequência e regularidade, sendo sua eficácia intrinsecamente dependente da conformidade do uso pelo indivíduo. Portanto, os SARCs são menos eficazes quando comparados aos LARCs.² Entretanto, apesar da taxa de falha dos SARCs em um ano ser de 4% a 7%, os contraceptivos orais correspondem a grande parte (31%) de todos os métodos em uso atualmente no Brasil.³

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é o LARC mais utilizado em todo o mundo, e tem papel fundamental no planejamento familiar. Esse que tem impactos diretos na vida humana, podendo ser usado para gestão da saúde pública, ajudar a proteger o meio ambiente e promover qualidade de vida.⁴ Mas, principalmente, garante à população o direito de decisão sobre a formação de sua família, guiado pelo princípio da escolha informada.⁵ Por meio de atividades e intervenções, viabiliza a educação em saúde, promove informação sobre métodos anticoncepcionais e aconselhamento, para que cada indivíduo opte pelo método a ser adotado e pelo melhor momento para ter filhos, se escolherem por tal.⁶

A Lei Brasileira de número 9.263, promulgada em 1996, define o planejamento familiar como sendo um conjunto de estratégias para controlar a fertilidade, as quais

asseguem que a mulher, o homem ou o casal tenham direitos iguais para decidir sobre a formação, o tamanho ou a redução da família. Dessa forma, institui o planejamento familiar e o acesso a todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção como um direito de todos os cidadãos, garantindo a liberdade de opção ao apresentar riscos, vantagens, desvantagens e eficácia de cada um.⁷

O DIU de Cobre TCu 380 consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) de 2022 e os procedimentos de inserção e retirada de DIU estão incorporados ao Sistema Único de Saúde, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.⁸ No entanto, o cenário atual da saúde pública vai de encontro à essa lei⁷, visto que, apesar de ser altamente eficaz, seguro e regulamentado, há pouca disponibilidade e dificuldade de acesso da população ao DIU de Cobre (DIU-Cu), único LARC ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁹

Nesse sentido, dados de 2022 apontam que aproximadamente 62% das gestações não tiveram planejamento prévio e apenas 9% das mulheres utilizam LARCs como método contraceptivo no Brasil. Essa alta taxa tem íntima relação com a carência de estratégias governamentais para ampliar os serviços de planejamento familiar³ e está associada também com a Razão de Mortalidade Materna (RMM) e a taxa de gestações não planejadas (GNP), em que há um maior risco de complicações durante a gravidez e o parto devido a atrasos no início do cuidado pré-natal e menor adesão ao acompanhamento médico.¹⁰ No ano de 2023, dados preliminares evidenciaram 62.641 mortes, indicando uma redução com relação aos últimos quatro anos¹¹, mas ainda acima do desejado.¹²

A alta taxa de Mortalidade Materna reflete as características socioeconômicas de uma região, evidenciando disparidades sociais, condições de vida e a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população. Apesar dos esforços empreendidos, o Brasil não atingiu a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em 2015, resultando em uma redução de 43% na razão de mortalidade materna¹³.

Diante disso, é importante a caracterização do perfil de disponibilidade do DIU-Cu entre as regiões e estados brasileiros para que seja possível identificar déficits estatais

em relação à disponibilização do serviço de planejamento familiar. Assim, essas informações ajudam a compreender as características e necessidades da população, além de propiciar uma gestão em saúde eficaz e auxiliar na construção de programas de saúde pública direcionados, permitindo o direcionamento de recursos e redução dos gastos públicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o uso ao Dispositivo Intrauterino (DIU) no Brasil pelo Sistema Único de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar a distribuição do Dispositivo Intrauterino (DIU) entre as regiões do país no período de 2013 a 2023.
- Comparar a distribuição do Dispositivo Intrauterino (DIU) entre as 26 unidades federativas e Distrito Federal no período de 2013 a 2023.
- Comparar a taxa de inserção do Dispositivo Intrauterino pela população de mulheres em idade reprodutiva em cada estado no ano de 2022.
- Analisar a relação entre o uso do DIU e os índices de mortalidade materna no período de 2013 a 2023.
- Analisar a Razão de Mortalidade Materna nos estados e regiões no ano de 2022.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contexto histórico

O planejamento familiar no Brasil tem uma história iniciada em 1977, considerado atrasado em relação a outros países, como os Estados Unidos da América (EUA) e da Europa, onde o movimento feminista já lutava por questões de sexualidade e reprodução desde o início do século XX. Assim, essas questões ganharam relevância na segunda onda feminista, que se disseminou em todo o mundo durante a chamada “Revolução Sexual” dos anos de 1960. Nesse período, o Brasil vivia um contexto de ditadura militar, e esse movimento se uniu a outros para a luta política, que no momento era mais urgente, deixando a luta em relação a reprodução e sexualidade em segundo plano.¹⁴

Em 1975 foi comemorado em todo o mundo o Ano Internacional Da Mulher, e foi realizada a I Conferência Mundial da Mulher, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU). Após isso, o Feminismo brasileiro se reergueu e voltou à luta, com pautas mais amplas, e, com o processo de redemocratização, o planejamento familiar passou a ser inserido ao contexto de saúde integral da mulher. Então, em 1983, foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que abordou a saúde da mulher de forma holística, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção, abrangendo o planejamento familiar. Finalmente, após amplos debates, essa pauta foi contemplada no artigo 226 da Constituição Brasileira de 1988.¹⁴

3.2 Contexto brasileiro

No Brasil, a prevalência do uso de contraceptivos em 2019 foi de 83,7% (IC95%: 82,7; 84,7). Dos métodos adotados pelas brasileiras, os mais comuns eram: pílula (40,6%), preservativo masculino (20,3%), laqueadura (17,3%) e injetáveis (9,8%). Ao categorizar os métodos pelo tempo de ação no organismo, foi evidente uma alta prevalência de uso de SARCs (72%), quando comparado aos LARCs (4,8%) e métodos permanentes (23,2%).¹⁵

Em 2021, um estudo realizado em 4 municípios de um estado do Nordeste buscou avaliar o perfil das mulheres submetidas à inserção do DIU-Cu no serviço público. Na amostra, a idade média foi de 27,4 anos, sendo que a maioria (59%) estava na faixa de 20 a 29 anos. Em relação ao nível educacional, 61% das mulheres apresentavam pelo menos o ensino médio completo. Quando ao estado civil, 64% das usuárias eram casadas ou estavam em união consensual. Já em relação à atividade laboral, 44,7% das mulheres exerciam alguma atividade remunerada, enquanto 39,4% declararam-se do lar, 10% estudantes e 1% desempregadas. Por fim, em relação à paridade, verificou-se uma média de 1,6 filhos por mulher, sendo 87,4% das mulheres com pelo menos um filho e 11% eram nulíparas.¹⁶

Apesar de estar disponível no serviço público, existem algumas barreiras ao acesso a esse método contraceptivo. Existem dificuldades e contratempos organizacionais, como lentidão no resultado de exames e para agendar consultas e o procedimento¹⁷. Além disso, não é amplamente oferecido a adolescentes, grupo que não tem contraindicações ao método, tornando-as vulneráveis a gestações não planejadas.¹⁸

Existe também um problema na oferta dos métodos contraceptivos, visto que de acordo com os dados do MUNIC 2018 (Pesquisa de Informações Básicas Municipais) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 9 das 27 capitais brasileiras oferecem todos os métodos previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).¹⁹ Essa realidade mostra uma deficiência do Estado garantir os direitos da população, contrariando a Lei do Planejamento Familiar, pois prejudica o acesso aos contraceptivos pelas usuárias do sistema público de saúde.²⁰

Em 2019, pela primeira vez, o Brasil não assinou o documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) que estabelece compromissos relativos à saúde sexual e reprodutiva das populações, juntamente com outros países.²¹ Esse fato pode ser considerado um retrocesso no âmbito do planejamento familiar, que é cada vez mais negligenciado e excluído das políticas públicas brasileiras.²⁰

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, observou que 52,2 milhões de mulheres de 15 a 49 anos que ainda menstruavam no Brasil, sendo 80,1% dessas estavam sexualmente ativas nesse ano. Destas, 80,5% (33,6 milhões) fizeram uso de algum método para evitar a gestação, porém, apenas 4,6% realizaram planejamento familiar nos últimos 12 meses.

Quando foi observado quanto ao tipo de método utilizado, observou-se relação com faixa etária dessas mulheres. Entre as mais novas, de 15 a 24 anos, apenas 2,8% fazem uso de DIU e 51% utilizam pílula anticoncepcional. Para as mulheres entre 25 e 34 anos, o DIU representa 5,4% dos contraceptivos usados, e 4,5% nas mulheres entre 35 a 49 anos.²²

3.3 Anticoncepcionais de Longa duração (LARC)

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um modelo de LARC e consiste em um sólido de formato variável que é introduzido na cavidade uterina através do colo uterino. Existem três grupos principais de DIUs: não medicados, medicados ou de cobre e hormonais. O DIU de cobre consiste em um fio de prata corado com cobre altamente eficaz em prevenir a gravidez e está disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde.²³

Seu principal mecanismo de ação é a prevenção da fertilização, e isso acontece, pois, a presença de cobre e de um corpo estranho na cavidade endometrial causa alterações bioquímicas e morfológicas no endométrio, além de remodelar o muco cervical e afeta o transporte de espermatozoides, já que os íons de cobre têm efeito direto na motilidade dos espermatozoides. Dessa forma, a ovulação não é afetada em usuárias do cobre DIU de cobre.²³

No Brasil, em relação aos métodos contraceptivos distribuídos aos estados pelo Ministério da Saúde, apenas 4,4% da população de mulheres em idade reprodutiva e com vida sexual ativa usavam o DIU.²² Enquanto em todo o mundo o DIU é um dos métodos contraceptivos mais utilizados, alcançando 169 milhões de pessoas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e tem maior prevalência em locais

como EUA e Europa, onde os LARCS são utilizados por 20% das mulheres, sendo 17% referente ao uso de DIU e 3% ao uso de implante.³

O uso de LARCs ainda é abaixo do esperado, apesar de suas vantagens. Isso acontece tanto pela falta de acesso a esses métodos quanto por crenças e mitos entre as pacientes e os profissionais de saúde. A fim de combater esse cenário, é essencial que o planejamento familiar funcione efetivamente nesse sentido de orientação e aconselhamento quanto aos métodos, contribuindo para aumentar as taxas de continuidade desses contraceptivos.

Foi realizado um estudo quanto o aconselhamento dado a mulheres que optaram por utilizar LARCs. Nele, um grupo recebeu o aconselhamento convencional, composto pela explicação verbal sobre o mecanismo de ação, a eficácia e a eficiência do método, além de seus efeitos adversos, benefícios não-contraceptivos e informações sobre a volta da fertilidade, enquanto o outro grupo recebeu o chamado aconselhamento intensivo, no qual além das explicações do convencional, também foram dadas explicações sobre a anatomia da pelve, possíveis mudanças no padrão de sangramento, mecanismo de ação de irregularidades menstruais e possibilidades de tratamento. A partir disso, não foram observadas diferenças nas taxas de descontinuidade entre os grupos, e foi concluído que o aconselhamento convencional, de rotina, era suficiente para aumentar as taxas de satisfação e continuidade entre novas usuárias de LARCs.²⁴

Assim, é possível observar que a orientação sobre o uso desse método é eficaz e pode ser feita por qualquer profissional de saúde capacitado, mas o Brasil ainda carece de programas de planejamento familiar que facilitem essa conjuntura.⁹

Além disso, um estudo nacional encontrou uma discrepância entre o uso desse método no setor público *versus* privado. Foi visto que o uso de LARCs é mais prevalente no setor privado, em que se tem um maior acesso principalmente ao SIU-LNG. No sistema público, como a única opção disponível é o DIU-Cu, isso pode refletir a baixa adesão nessa população. Em contrapartida, a maioria das participantes afirmaram ter interesse nesse tipo de contracepção (53%), mas não têm acesso devido ao custo (26%).³

3.4 Mortalidade Materna

A Mortalidade Materna é um grave problema de saúde pública no Brasil, e é um indicador de saúde da mulher e da população como um todo. A Taxa de Mortalidade Materna é dada pelo número de mortes maternas por 100 mil mulheres em idade reprodutiva durante um período. Já a Razão de Mortalidade Materna é o número de mortes maternas em determinado período por 100.000 nascidos vivos durante o período.²⁵ Em 2015 a RMM foi estimada em 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos. O Ministério da Saúde assumiu como uma das Metas de Desenvolvimento do Milênio a redução de 51,7% da RMM até 2030, que corresponde a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos.¹²

Porém, apesar dessa meta, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do período de 2010 a 2021, notificaram 21.608 óbitos maternos no Brasil, sendo observado um aumento de 71% em relação a 2010. Além disso, mais da metade das mortes maternas ocorrem durante a internação para o parto, sendo cerca de 70% das mortes por causas obstétricas diretas, como as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto.²⁶

O acesso ao planejamento familiar é um fator determinante para ajudar a reduzir o número de gestações não desejadas, abortos ilegais e, portanto, da mortalidade materna.²⁷

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo coorte retrospectiva, descritivo em relação à análise de dados e secundário no que se refere à coleta de dados.

4.2 Local e período do estudo

Os dados coletados foram referentes a notificações sobre atendimentos e inserções do DIU feitas no Brasil e nas capitais brasileiras, no período de 2013 a 2023 e os dados referentes aos óbitos maternos no período de 2013 a 2022, pois no momento de execução do estudo (2024) os dados de 2023 não estavam disponíveis. Os dados referentes aos nascidos vivos foram do ano de 2022. O país possui uma população estimada de 203.080.756 pessoas, sendo 51,5% de mulheres e densidade demográfica de 23.86 hab/km².²⁸

4.3 População e amostra

A população foi constituída por todas as pacientes notificadas pela inserção do DIU além das notificações dos atendimentos clínicos para indicação, fornecimento e inserção do DIU no Brasil e suas 27 unidades federativas no referido período, os óbitos maternos ocorridos no Brasil e em cada uma das 27 unidades federativas, os nascidos vivos em cada uma das 27 unidades federativas no ano de 2022 e a população de mulheres em idade reprodutiva por unidade federativa em 2022. Não tiveram critérios de exclusão.

4.4 Coleta de dados

Os dados referentes ao DIU foram obtidos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), os dados referentes a mortalidade materna foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) e os dados referente aos nascidos vivos foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>]. O SIA é alimentado por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), e estabelece um registro de todos os atendimentos, procedimentos e tratamentos realizados no âmbito ambulatorial em todo o território nacional. Esse sistema de informação foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1995, e seu processamento ocorre de forma

descentralizada. Assim, os administradores em nível estadual e municipal têm a capacidade de registrar, planejar, processar a atividade e realizar os pagamentos aos provedores do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando como referência os montantes aprovados em cada período, conforme a programação física e orçamentária acordada nos contratos ou convênios estabelecidos com as instituições de saúde sob sua administração. O SIM foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975, e é alimentado pela Declaração de Óbito (DO), impressa e distribuída pelo Ministério da Saúde às Unidades Notificadoras, passando pelas instâncias municipal e estadual, até ser consolidada, pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), na Base Nacional de Informações sobre Mortalidade. O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. O Censo Demográfico do Brasil de 2022, conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), teve como propósito fornecer um panorama detalhado da população brasileira e suas características socioeconômicas, servindo também como referência para o planejamento de políticas públicas e privadas na próxima década.

4.5 Variáveis do estudo

As variáveis coletadas foram: Quantidades aprovadas de Inserção do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)- (0301040141); Atendimentos clínicos para indicação, fornecimento e inserção do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)-(0301040028); Óbitos Maternos; Porcentagem populacional de mulheres em idade reprodutiva; Nascidos vivos.

4.6 Análise estatística

O armazenamento dos dados coletados foi feito a partir de tabelas do programa do próprio DATASUS, o TabWin, versão 3.6 para Windows, e posteriormente armazenadas em tabelas do programa Microsoft Excel versão 16.83 2015 para Mac. As variáveis foram expressas em valores absolutos e porcentagens (frequências relativas). Foi utilizada a Regressão Linear Simples para analisar a tendência temporal dos atendimentos e inserções de DIUs e óbitos maternos. Foi considerado como significância estatística $p < 0,05$. Foi obtida a Razão de Mortalidade Materna no ano de

2022 utilizando o número de mortes materna sobre o número de nascidos vivos em cada estado e região. Essa taxa é expressa por 100.000 nascidos vivos, que é a convenção usada globalmente para avaliar mortalidade materna. A taxa de inserção de dispositivos intrauterinos por mulheres em idade reprodutiva, no ano de 2022, é obtida calculando a razão do número de DIUs inseridos em cada estado/região pela população de mulheres em idade reprodutiva (10 aos 45 anos) no respectivo estado e região nesse mesmo ano, sendo essa taxa expressa por mil mulheres em cada localidade.

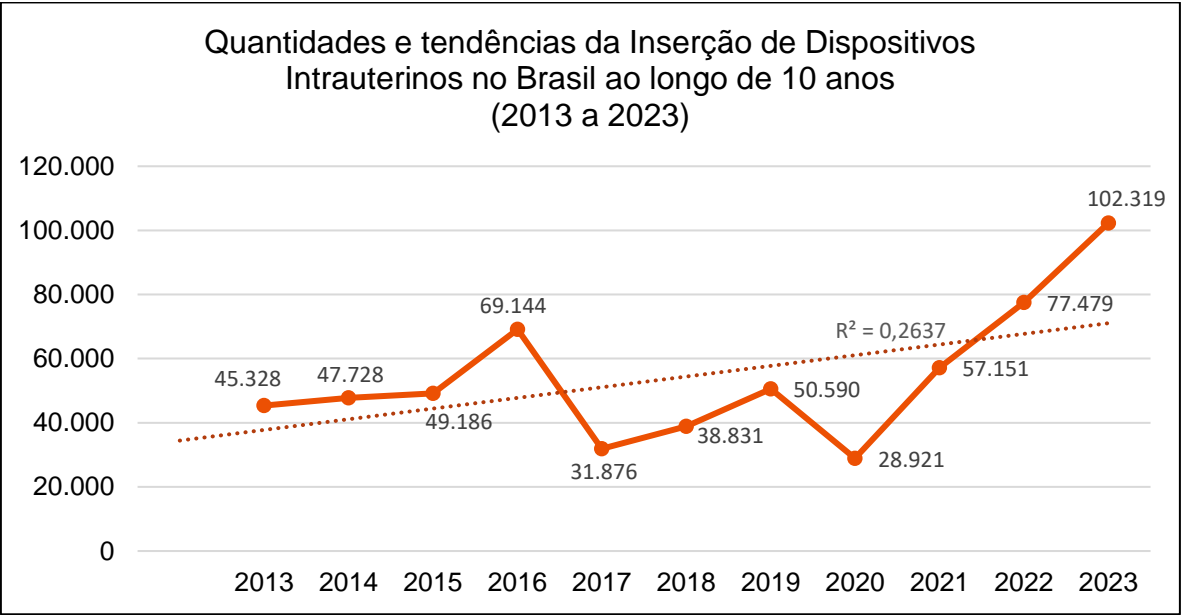
4.7 Aspectos éticos

Este estudo não passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que se baseia em dados secundários fornecidos pela instituição e de acesso público. As informações adquiridas serão limitadas à pesquisa em questão, com os pesquisadores comprometidos a utilizá-las exclusivamente para propósitos acadêmicos. Isso visa preservar a confidencialidade e a ética, garantindo o uso apropriado dos dados para promover ações de assistência, controle e tratamento oportuno.

5 RESULTADOS

No Brasil, no período entre 2013 e 2020, foram realizados 347.945 atendimentos clínicos para indicação, fornecimento e inserção do DIU. No período estudado, observou-se um padrão ascendente, com pico no ano de 2016, com 69.144 atendimentos. Foi seguido de um rápido declínio, sendo 2017 o ano de menor número, acompanhado de um período de aumento do atendimento clínico para indicação, fornecimento e inserção de DIUs. No período total do estudo, observa-se uma tendência temporal ascendente ($\beta = 3.328,4$), com fraco coeficiente de determinação $R^2 = 0,2637$ e pouca significância estatística ($p = 0,1$) (Gráfico 1).

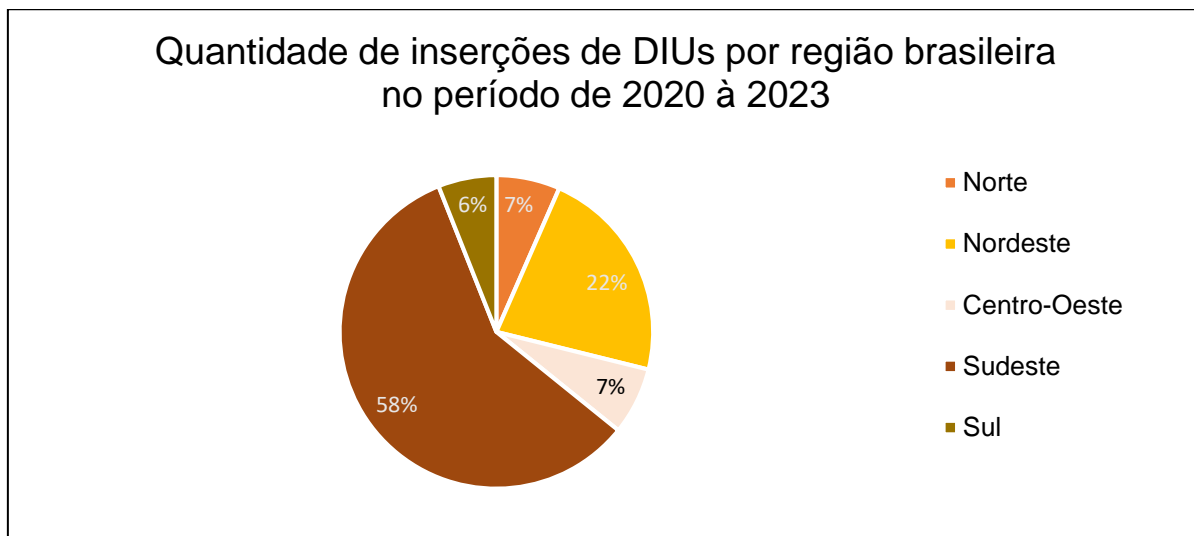
Gráfico 1- Tendências e números da inserção de dispositivos intrauterinos no Brasil ao longo de 10 anos (2013-2023)



Fonte: DATASUS/SIA, 2024.

Já entre 2020 e 2023, foram inseridos um total de 250.567 DIUs no país e foi observado um crescimento exponencial no período, sendo 2023 o ano com maior número de inserções (102.695) e 2020 com o menor (13.578) (Gráfico 1). A região sudeste representou 58% do total nacional, com 133.165 inserções, seguida das regiões Nordeste e Centro-Oeste, conforme o Gráfico 2.

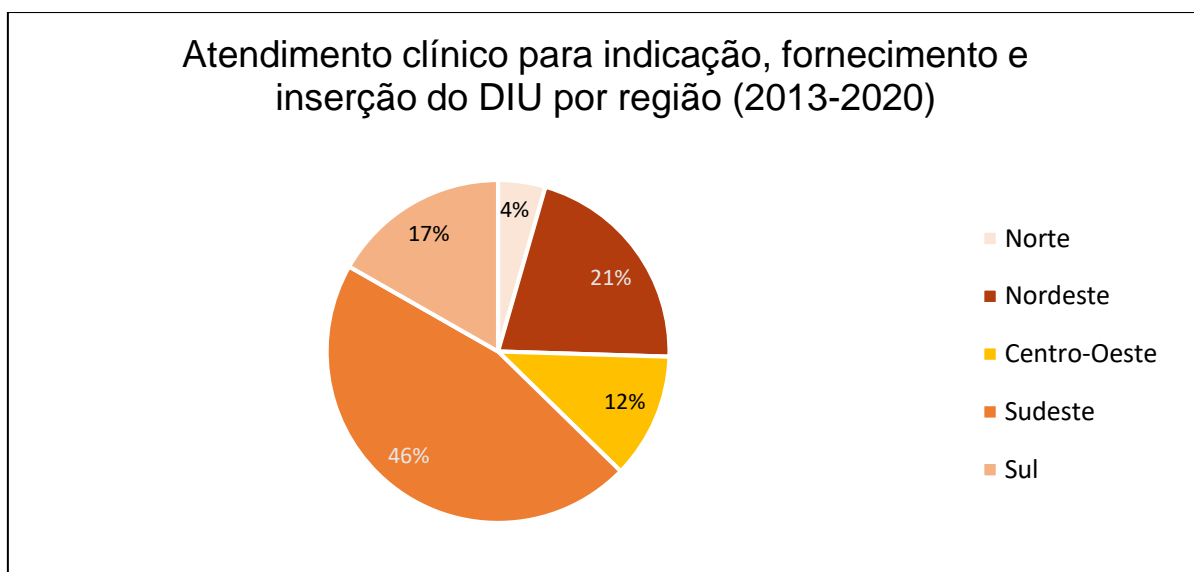
Gráfico 2- Quantidade de inserções de DIUs por região brasileira no período de 2020 a 2023



Fonte: DATASUS/SIA, 2024

A região Sudeste apresentou maior número de atendimentos para indicação, fornecimento e inserção do DIU, de 2013 a 2020, representando 46% do total brasileiro, seguida das regiões Nordeste e Sul. O Gráfico 3 ilustra os dados referentes ao número desses atendimentos.

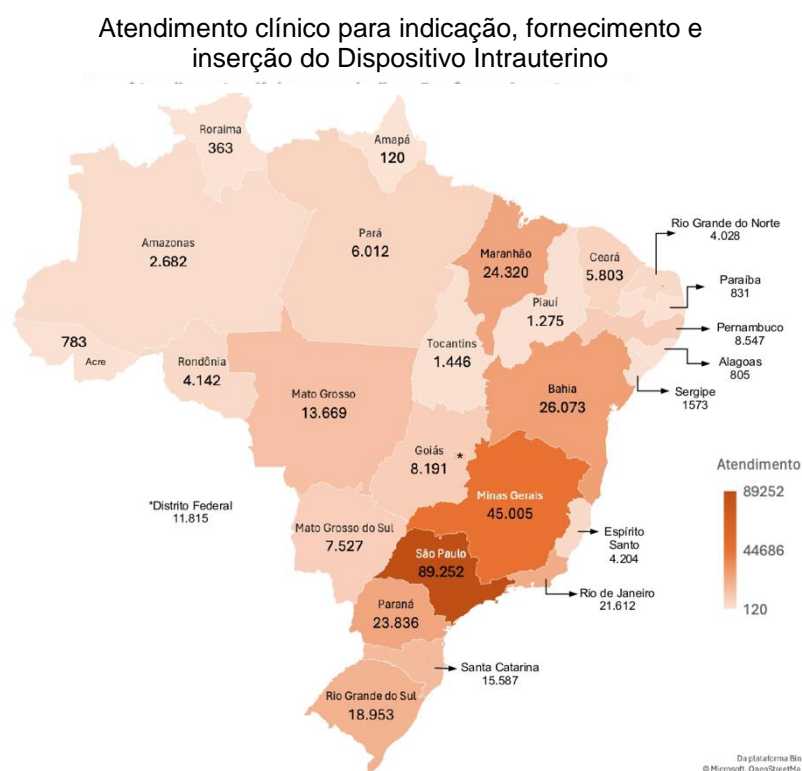
Gráfico 3- Distribuição dos atendimentos clínicos para indicação, fornecimento e inserção do DIU por região brasileira de 2013-2020



Fonte: DATASUS/SIA, 2024.

A região Norte apresentou o menor número de atendimentos e inserções do país, com um total de 15.548 atendimentos e 15.045 DIUs inseridos. O estado do Pará apresentou o maior número de atendimentos para fornecimento de DIU no período (6.012), seguido por Rondônia (4.142), Amazonas (2.682), Tocantins (1.446), Acre (783), Roraima (363) e Amapá (120), mostrados no Gráfico 4. Já em relação à quantidade de DIUs inseridos, Rondônia foi o estado com mais número absoluto (9.130), em seguida Pará (3.019), Tocantins (1.450), Acre (1.000), Amazonas (267), Roraima (179) e o Amapá não possui registros quanto à inserção de DIUs entre 2020 e 2023, observado no Gráfico 5.

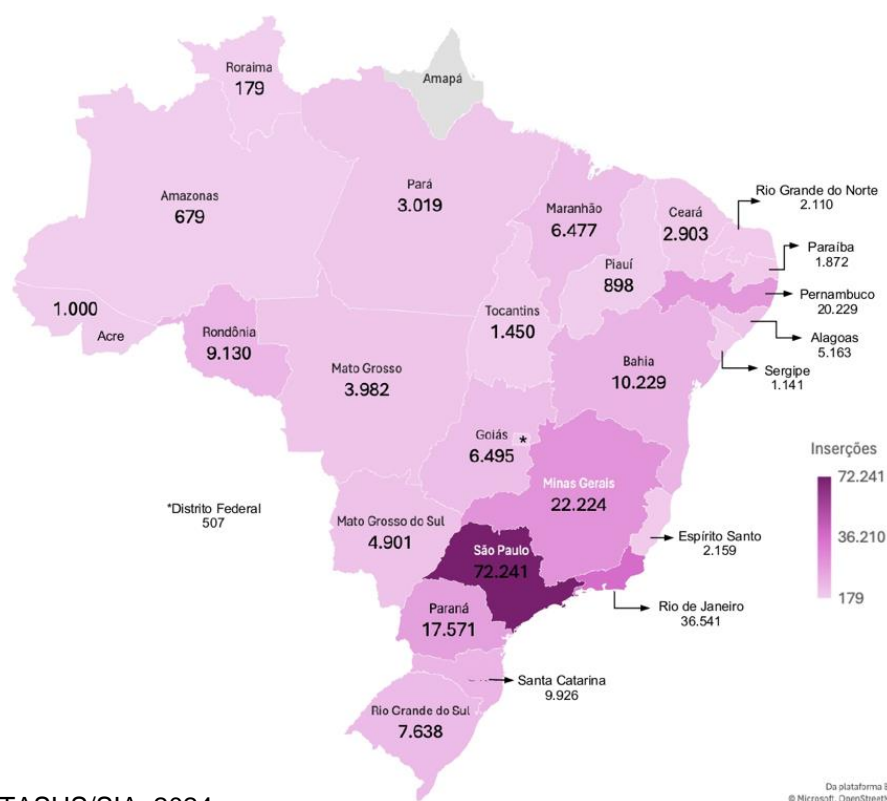
Gráfico 4- Número de atendimentos para fornecimento, indicação e inserção do Dispositivo Intrauterino no Brasil por estado (2013-2020)



Fonte: DATASUS/SIA, 2024.

Os estados do Nordeste com maior volume de atendimentos ambulatoriais voltados para o planejamento familiar utilizando o DIU foram Bahia, com 26.073 casos, e Maranhão com 24.320. Em ordem decrescente estão os estados de Pernambuco (8.547), Ceará (5.803), Rio Grande do Norte (4.028), Sergipe (1.573), Piauí (1.275), Paraíba (831) e Alagoas (805). Assim, a região Nordeste totaliza 73.255 atendimentos e 51 mil DIUs inseridos.

Gráfico 5- Número de inserções do Dispositivo Intra-uterino no Brasil por estado (2020-2023)



Fonte: DATASUS/SIA, 2024.

A Região Sudeste foi a região do país onde realizou-se maior número de atendimentos e inserções de DIUs, com números totais de 160.073 e 133.165, respectivamente. O estado de São Paulo se destaca, sendo o que apresenta maior número de atendimentos (89.252) e colocações (72.241) da região e do país, sendo que a quantidade de atendimentos do planejamento familiar envolvendo o uso de DIU foi flutuante de 2013 a 2020, com pico em 2019, enquanto a quantidade de colocações foi crescente de 2020 a 2023, sendo esse o ano com maior número (26.410). Quanto aos outros estados, Minas Gerais apresentou o segundo maior número de atendimentos de 2013 a 2020, somando-se 45.005 consultas, e o Rio de Janeiro apresentou maior número de inserções de 2020 a 2023, totalizando 36.541 DIUs inseridos. O Espírito Santo foi o estado com menores taxas da região.

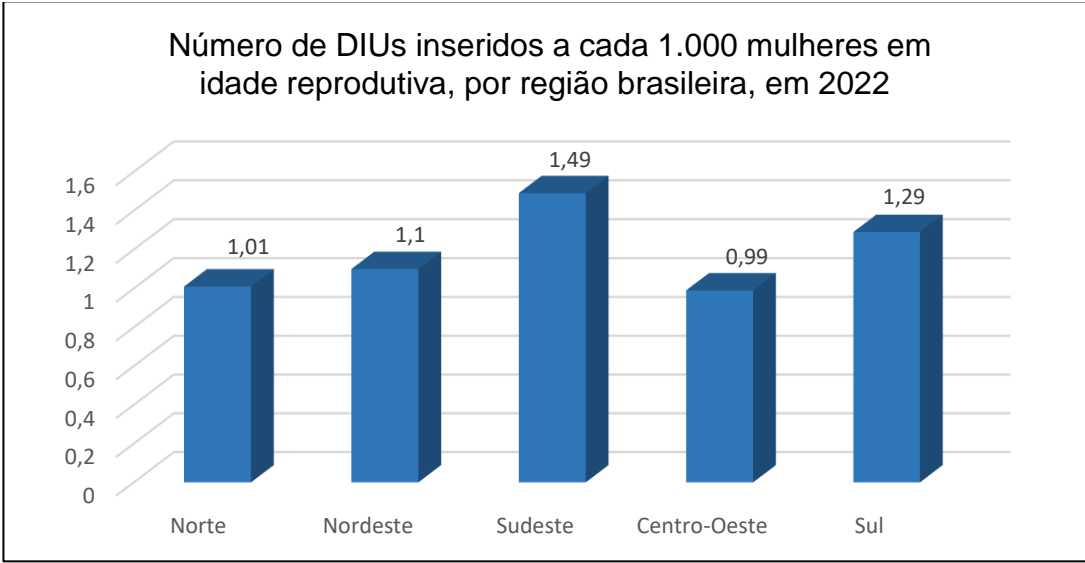
A Região Centro-Oeste apresentou padrão ascendente de inserção de DIUs a partir de 2020, mas tendo o ano de 2019 como ápice do número de atendimentos para esse fim. O Mato Grosso realizou 3.982 inserções de DIUs e 13.669 atendimentos, sendo o estado com maior número de atendimentos da região. Goiás apresentou 8191

atendimentos e 6.495 inserções de DIU, sendo o estado com maior número de colocação de DIU na região entre 2020 e 2023. Já no Mato Grosso do Sul, 7.527 atendimentos de planejamento familiar foram feitos usando o DIU- sendo o menor número da região e foram inseridos 4.901 DIUs. Quanto ao Distrito Federal, foram realizados 11.815 atendimentos e colocados 507 DIUs no período.

Por fim, na Região Sul, em relação aos atendimentos para indicação, fornecimento e inserção do DIU, de 2013 a 2020, observou-se padrão irregular, com ápice em 2016 e menor número em 2017. O estado que realizou o maior número de atendimentos para esse propósito foi o Paraná com 23.836 atendimentos, seguido do Rio Grande do Sul (18.953) e Santa Catarina (15.587). Observou-se um padrão crescente das inserções de DIUs de 2020 para 2023, sendo o estado do Paraná com maiores números absolutos (17.571), seguido de Santa Catarina com 9926 e Rio Grande do Sul com 7.638 inserções.

Quando analisada a taxa de inserção de DIUs em relação à população de mulheres em idade reprodutiva, no ano de 2022, observa-se que a região com menor taxa de inserção é a Centro-Oeste, com 0,98 DIU por 1.000 mulheres, e a com maior, a Sudeste, com 1,49 DIU inserido por 1.000 mulheres (Gráfico 6). O estado brasileiro com menor taxa de inserção nesse ano mostrou-se o Amazonas (0,11 DIU por 1.000 mulheres), seguido do Distrito Federal (0,20 por 1.000 mulheres) e Ceará (0,38 por 1.000 mulheres). Já dentre os estados com as maiores taxas está o estado de Rondônia (6,74 por 1.000 mulheres), seguido de São Paulo (3,57 por 1.000 mulheres) e Pernambuco (2,60 por 1.000 mulheres) (Gráfico 7).

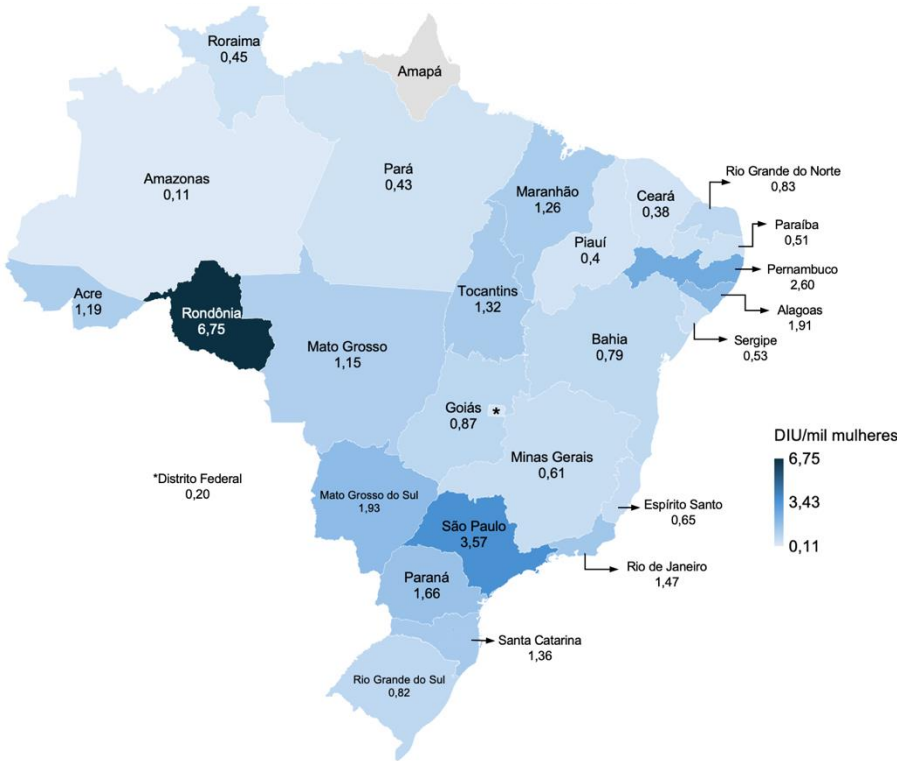
Gráfico 6- Número de DIUs inseridos a cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva, por região brasileira, em 2022



Fonte: DATASUS/SIA, 2024.

Gráfico 7- Número de Dispositivos Intrauterinos inseridos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva por estado brasileiro, no ano de 2022

Número de Dispositivos Intrauterinos inseridos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva por estado brasileiro, no ano de 2022

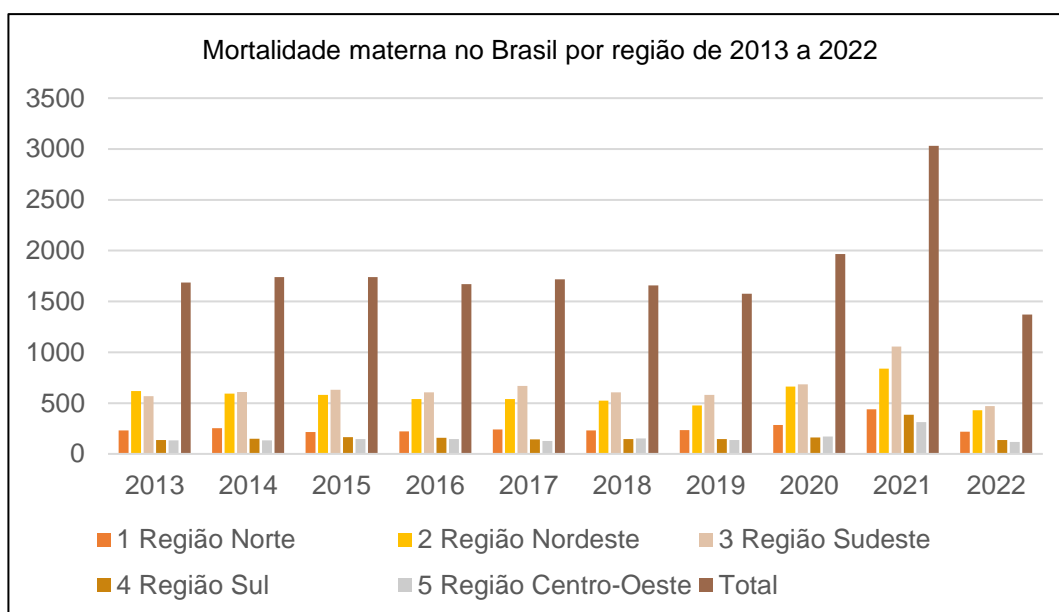


Fonte: DATASUS/SIA, 2024.

Em relação a mortalidade materna no Brasil, observou-se que, no período de 2013 a 2022, foram constatadas 18.150 mortes, que manteve padrão de estabilidade até 2019 (Média=1.683,5; DP= 57,2), aumento considerável em 2021, com 3.030 mortes e queda em 2022. No intervalo estudado, foi observada tendência temporal ascendente ($\beta = 42,3$), com fraco coeficiente de determinação $R^2 = 0,0805$ e pouca significância estatística ($p = 0,4$). A região de maior número de óbitos foi a Sudeste (35,7%), seguida das regiões Nordeste (32%), Norte (14,1%), Sul (9,5%) e Centro-Oeste (8,7%). (Gráfico 8). A causa mais frequente de morte materna foi a obstétrica direta (60%), seguida da obstétrica indireta (37%) e das não especificadas (3%).

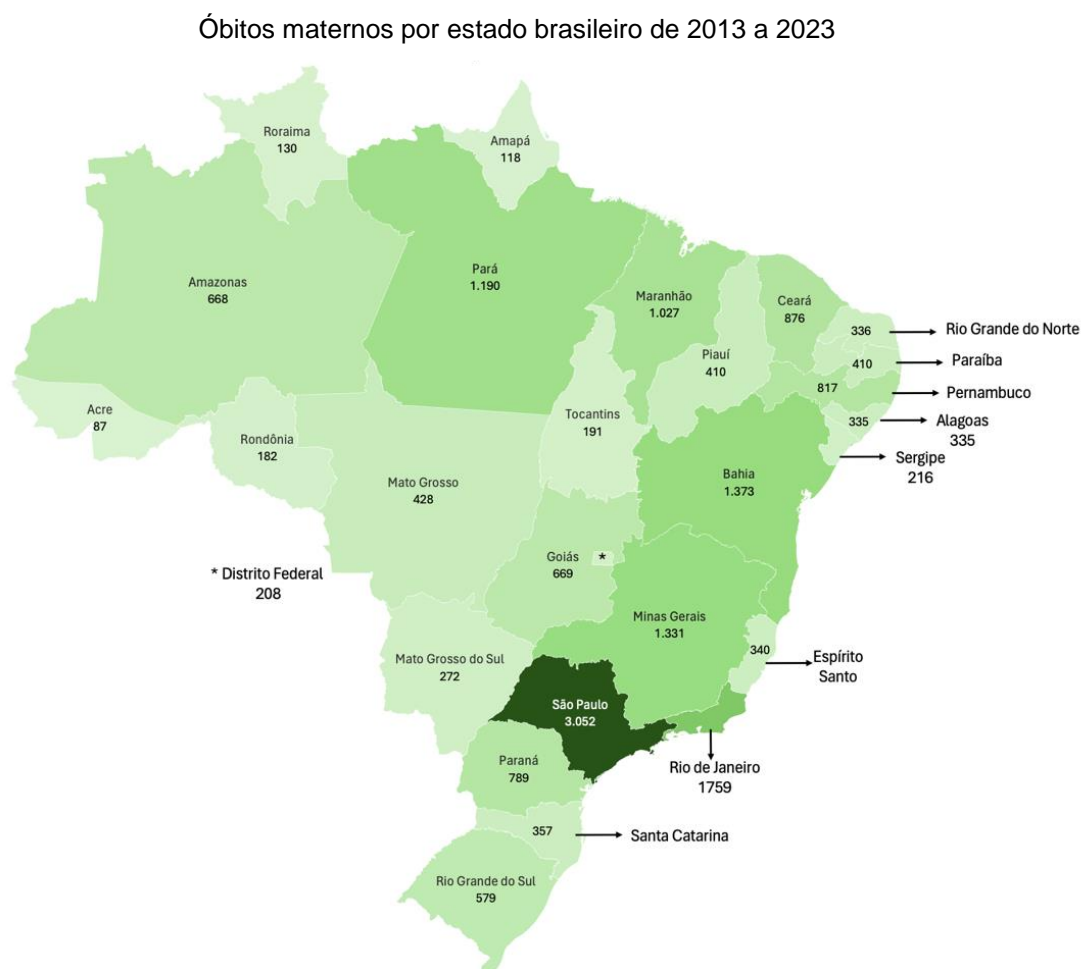
Quando observado por estado, São Paulo apresentou a maior mortalidade no período, com aproximadamente 3 mil óbitos, seguido dos estados do Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e Pará. (Gráfico 9).

Gráfico 8- Distribuição da mortalidade materna por região brasileira de 2013 a 2022



Fonte: DATASUS/SIM, 2024.

Gráfico 9- Óbitos maternos em número absolutos por estado brasileiro de 2013 a 2022.

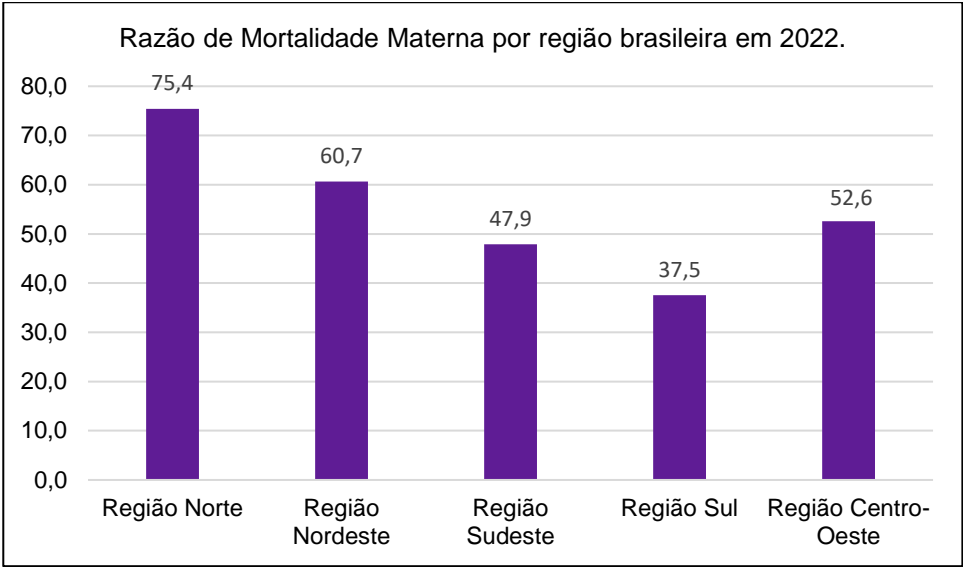


Fonte: DATASUS/SIM, 2024.

Por fim, quando calculada a Razão de Mortalidade Materna por região no ano de 2022, observa-se que a Região Sul apresentou a menor razão, com 37,5 mortes por causas relacionadas à gravidez, parto ou pós-parto para cada 100.000 nascidos vivos, seguida da região Sudeste (47,9), Centro-Oeste (52,6), Nordeste (60,6) e Norte (75,3). (Gráfico 10).

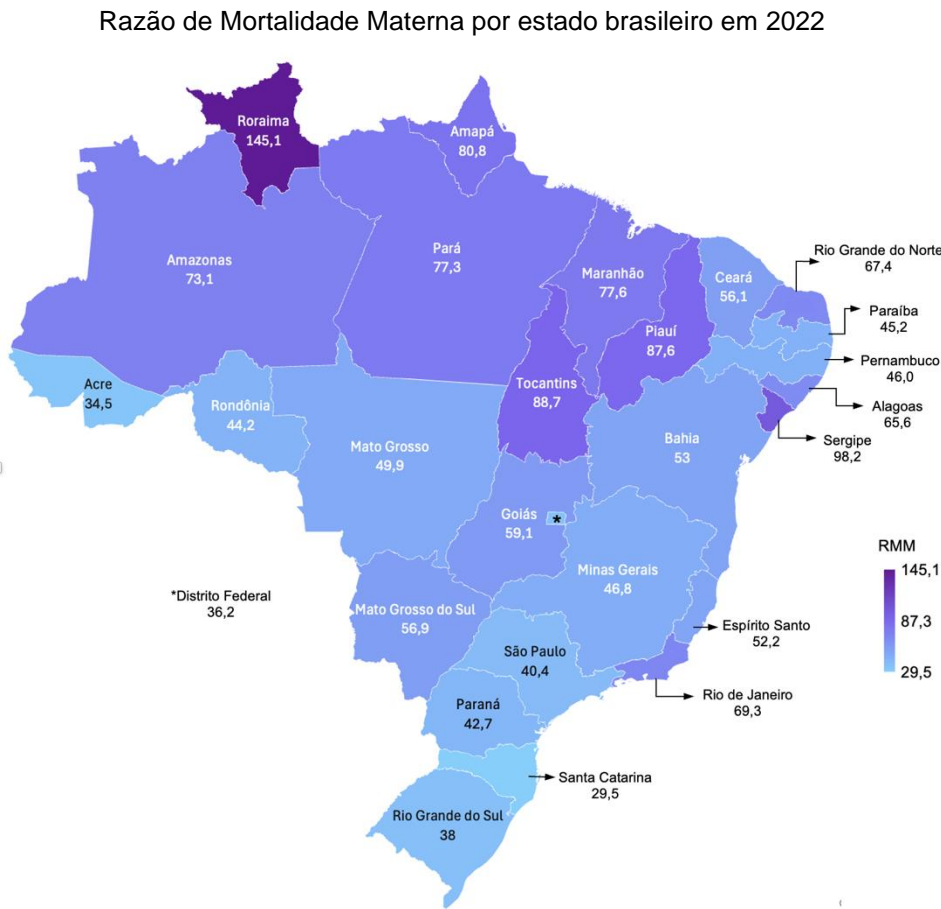
O estado com pior RMM é Roraima, com 145,1 mortes por 100.000 nascidos vivos, seguido de Sergipe (98,2) e Tocantins (88,7). Já os estados com melhor razão são: Santa Catarina (29,5), Acre (34,5) e Distrito Federal (36,2) (Gráfico 11).

Gráfico 10- Razão de Mortalidade Materna por região brasileira em 2022



Fonte: DATASUS/SIM e SINASC, 2024.

Gráfico 11- Razão de Mortalidade Materna por estado brasileiro em 2022



Fonte: DATASUS/SIM e SINASC, 2024.

6 DISCUSSÃO

No período estudado, entre 2013 e 2023, a taxa de inserção de DIUs apresentou inicialmente um período de estabilidade, seguido de um período de oscilação e então uma ascensão gradativa nos últimos três anos, sendo na Região Sudeste o maior número de atendimentos clínicos e inserções. Já a taxa de mortalidade materna se manteve estável em grande parte do período, mas apresentou um pico no ano de 2021 e maior número na região Sudeste.

Trindade et al., 2021²⁹ usaram como base a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 para analisar a prevalência dos métodos contraceptivos no Brasil. Como resultado, obteve-se que 82,4% das mulheres utilizavam algum método, sendo que o DIU representou apenas 1,8% dos métodos em uso. Já a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019³⁰ mostrou que dentre as mulheres de 15 a 49 anos que menstruavam e que tinham sido sexualmente ativas nos últimos 12 meses, apenas 4,4% eram usuárias de DIU. Essas informações refletem os resultados encontrados no presente estudo, destacando que apesar do aumento do número de inserções ao longo da década estudada, o número de usuárias de DIUs ainda representa uma pequena parcela da população de mulheres em idade fértil.

Um estudo realizado sobre o uso de métodos contraceptivos, no Brasil, evidenciou que apenas 2% das mulheres utilizam DIU de Cobre no país, tanto no serviço público quanto no privado. Quando observado o contexto mundial, o número de usuárias de DIU de Cobre ainda é pequeno, representando apenas 6% das mulheres.³¹ Assim, se observa que apesar de uma possível subnotificação dos serviços de inserção de DIUs no setor público e nas diversas regiões, os resultados do presente estudo refletem uma realidade nacional e mundial.

Assim como no presente estudo, foi encontrado maior prevalência do uso do DIU na região Sudeste (2,6%; 1,9-3,5 IC95%).²⁹ Isso pode ser explicado por se tratar da região mais populosa e mais desenvolvida, que concentra maior número de serviços e profissionais de saúde. Em relação às menores taxas de uso, foi encontrado que a região Norte é a com menor prevalência populacional (0,6%; 0,4-1,1 IC95%), seguida do Nordeste (0,9%; 0,6-1,2 IC95%)²⁹, embora o Nordeste seja a segunda região que

mais insere DIUs no país. Esse resultado pode ser explicado por comportar a segunda maior população do país, o que pode demonstrar que os serviços públicos não atendem a demanda contraceptiva necessária à população.

Além disso, outra pesquisa mostrou que o fato de ter ou não plano de saúde não modifica o ranking dos métodos que são mais utilizados no Brasil, mas existem diferenças quanto a prevalência de cada um no setor público e no setor privado. Os DIUs são utilizados quase quatro vezes mais pelas mulheres que têm plano do que por aquelas que utilizam o SUS.²⁹ Nesse estudo, foi possível ver que as usuárias do SUS tem uma menor disponibilidade ao DIU de Cobre, o único LARC disponível no SUS.

Existem alguns fatores complicadores e impeditores à ampliação da oferta e inserção de DIU. Nesse sentido, Barreto et al., 2021³² destacam a indisponibilidade do método no serviço de saúde, a dificuldade dos médicos em inserir o procedimento à sua rotina devido a outras demandas, a restrição da atuação do enfermeiro, a utilização de protocolos sem evidências científicas e a solicitação excessiva de exames pré-inserção são exemplos desses obstáculos para a disseminação adequada do método. Também destacam que existem barreiras relacionadas ao conhecimento das mulheres e dos profissionais. Aponta que a escassez de conhecimento, mitos sobre o método e o medo do procedimento são motivos que impedem a escolha das usuárias pelo DIU. Além disso, faltam profissionais habilitados para a sua inserção, o treinamento adequado é restrito e o desconhecimento dos critérios de elegibilidade limitam a indicação e disponibilidade do profissional para o método.³²

A partir de 2020, observou-se um aumento expressivo no número de inserções de DIUs, culminando em 2023, o que sugere uma recuperação e possível intensificação dos esforços para promover esse método contraceptivo. Esse aumento pode ser associado a políticas públicas de incentivo ao planejamento familiar e à maior disponibilidade de informações sobre métodos contraceptivos.³³

Em relação a mortalidade materna, não foi observada sua diminuição com o aumento das inserções de dispositivos intrauterinos. Uma das explicações para esse achado é a pandemia de COVID-19, que ocorreu de fevereiro de 2020 a abril de 2022, o que

mascarou os números de mortes maternas por outras razões além da COVID-19. Se observou um aumento nesses números nos anos da pandemia, ou seja, 2020 (1965 mortes), com pico em 2021 (3030 mortes) e redução em 2022 (1370 mortes).

Esse período representou grande insegurança e dificuldades de acesso à assistência na Atenção Primária, por causa do fechamento de serviços de planejamento familiar e pré-natal. Consequentemente o acesso aos métodos contraceptivos foi prejudicado devido a falta de adaptação do sistema de saúde para atender a essa demanda durante a pandemia. Esse cenário resultou em um aumento de abortos ilegais, mortalidade materna e gravidezes não planejadas no país, como afirma Reis AP, et al., 2020.³⁴ Entretanto, no presente estudo foi encontrado que esses anos corresponderam ao início da ascensão no número de inserções de DIUs, indicando que mesmo com muitos serviços de planejamento familiar e pré-natal fechados, foi possível

Quanto às limitações desse estudo, é importante destacar que a utilização de dados secundários impede o pesquisador de controlar possíveis erros de registro, além de possíveis subnotificações, inclusive durante a Pandemia, que também pode mascarar os números de mortalidade materna. No entanto, acredita-se que, por serem dados oficiais nacionais, os resultados obtidos foram suficientes para alcançar os objetivos estabelecidos.

Este estudo contribuiu significativamente para o conhecimento atual sobre a inserção de DIUs e a mortalidade materna no Brasil, revelando tendências temporais, regionais e estaduais importantes. Além disso, trouxe percepções sobre a relação entre o acesso a métodos contraceptivos e a mortalidade materna, ao apontar disparidades regionais tanto no acesso ao DIU quanto nos índices de mortalidade.

7 CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que os números absolutos da inserção do Dispositivo Intrauterino no período estudado foram maiores nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, e Pernambuco e de maneira geral na Região Sudeste. Quando observados valores relativos, a taxa de inserção de DIUs por mulheres em idade reprodutiva foi maior na região Sudeste e menor na região Centro-Oeste, e os estados com menores taxas foram Amazonas, Distrito Federal e Ceará. Não foi observada relação entre o aumento das taxas de inserção de DIUs e redução nos índices de mortalidade materna, que também foi maior no Sudeste. Por fim, a razão de mortes maternas por nascidos vivos é menor no Sul e maior no Norte, sendo maior em Roraima, Sergipe e Tocantins.

Esse trabalho amplia a compreensão das desigualdades regionais no acesso à saúde reprodutiva e às suas consequências. O levantamento regional, com dados detalhados por estado, a análise da taxa de inserção de DIUs em relação à população feminina em idade reprodutiva, bem como a evolução da Razão de Mortalidade Materna (RMM), por região e estado, fornecem indicadores de acesso e uso do DIU, formando assim uma base robusta para o planejamento de políticas públicas de saúde mais equitativas e eficientes para aumentar a oferta de serviços de planejamento familiar e promover o acesso a métodos contraceptivos. Assim, a pesquisa contribui para ações de saúde pública e o monitoramento de tendências em saúde reprodutiva e materna específicas para cada estado/região do país.

8 REFERÊNCIAS

1. Frieden TR. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013. Centers for Disease Control and Prevention: MMWR. 21 de junho de 2013;62(5):1–59.
2. Woodhams EJ, Gilliam M. Contraception. *Ann Intern Med*. 5 de fevereiro de 2019;170(3):ITC17–31.
3. Wender MCO, Machado RB, Politano CA. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. *Femina*. 2022;50(3):134–41.
4. Jensen JT. Why family planning matters. Vol. 12, *Rev Endocr Metab Disord*. 2011. p. 55–62.
5. Solo J, Festin M. Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations. *Glob Health Sci Pract*. 12 de setembro de 2019;7(3):371–85.
6. Alhusen JL, Bloom T, Laughon K, Behan L, Hughes RB. Perceptions of barriers to effective family planning services among women with disabilities. *Disabil Health J*. 23 de dezembro de 2021;14(3).
7. Brasil. Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996. Brasília: Presidência da República; 1998.
8. Ministério da Saúde B. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 [Internet]. Brasília; 2022. Disponível em: [<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia->]
9. Brandão ER, Cabral C da S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2021;26(7):2673–82.
10. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2021;52(29).
11. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos [Internet]. 2024 [citado 14 de maio de 2024]. Disponível em: [[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos#:~:text=Foram%202.641%20mortes%20em%202023,71%2C8%20mil%20em%202020.&text=Em%202023%2C%20o%20presidente%20Lula,Único%20de%20Saúde%20\(SUS\).](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos#:~:text=Foram%202.641%20mortes%20em%202023,71%2C8%20mil%20em%202020.&text=Em%202023%2C%20o%20presidente%20Lula,Único%20de%20Saúde%20(SUS).)]
12. IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2019. Acesso em: [14 de maio de 2024]. Disponível em: [<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>]
13. Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A REDE CEGONHA. 2015;
14. Alves JED. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.
15. Araújo FG, Abreu MNS, Felisbino-Mendes MS. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(8):e00229322.
16. Moraes IG de F, Barreto D da S, Melo Neto AJ de, Soares R de S, Gonçalves RD, Rêgo ME de MP do, et al. Perfil das mulheres submetidas à inserção do dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Primária à Saúde de municípios

- da Paraíba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 14 de julho de 2021;16(43):2649.
17. Gonzaga VAS, Borges ALV, dos Santos OA, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03270.
 18. Penna IA de A, Brito MB. A importância da contracepção de longo prazo reversível. *Femina*. 2015;43(Supl 1):1–6.
 19. Tassinari AJJ. *Machismo, lei de planejamento familiar e constituição: direito da mulher brasileira*. [Presidente Prudente]: Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo; 2021.
 20. Ribeiro MG. A dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos mais eficazes pela mulher brasileira: Relatos de uma Realidade Desconhecida. [São Paulo]: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2021.
 21. Family Planning 2020 (FP2020) [Internet]. Summary of Commitments. 2020. Acesso em: [14 de novembro de 2023]. Disponível em: [<http://2015-2016progress.familyplanning2020.org/page/fp2020-partnership/fp2020-commitments-2>]
 22. Roberto Nunes Guedes P, Eduardo Luiz Rios Neto Diretora-Executiva Marise Maria Ferreira PG, Renato Pereira Cotovio C, Danielle Lins Mendes Macedo C, Lucia França Pontes Vieira Presidente da República Jair Messias Bolsonaro M, da Saúde Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes Secretário-Executivo Rodrigo Moreira da Cruz M, et al. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. 2019.
 23. Finotti M. *Manual de Anticoncepção*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015.
 24. Modesto W, Bahamondes M V., Bahamondes L. A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. *Human Reproduction*. 1º de julho de 2014;29(7):1393–9.
 25. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Editora MS; 2004. 80 p.
 26. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente | MS. *Saúde Brasil: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas*. 2022;
 27. Santos NL dos, Garcia E. O PLANEJAMENTO FAMILIAR E A MORTALIDADE MATERNA POR ABORTO. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 25 de novembro de 2020; 43:241–56.
 28. IBGE. Censo Demográfico 2022. [Internet]. Acesso em: [31 de março de 2024]. Disponível em: [https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal]
 29. Trindade RE da, Siqueira BB, Paula TF de, Felisbino-Mendes MS. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2021; 26:3493–504.
 30. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral, Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral, Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher. *NOTA TÉCNICA N° 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS*. Vol. 14, PLoS ONE. Public Library of Science; 2023 jul.

31. Machado RB, Ushikusa TE, Monteiro IMU, Guazzelli CAF, Di Bella ZJ, Politano CA, et al. Different Perceptions among Women and Their Physicians Regarding Contraceptive Counseling: Results from the TANCO Survey in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 1º de maio de 2020;42(5):255–65.
32. Barreto D da S, Maia DS, Gonçalves RD, Soares R de S. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 30 de maio de 2021;16(43):2821.
33. Conselho Federal de Enfermagem. Norma técnica da atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo [Internet]. Resolução N° 690/2022 2022. Disponível em: [<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022/>]
34. Reis AP dos, Góes EF, Pilecco FB, Almeida M da CC de, Diele-Viegas LM, Menezes GM de S, et al. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saúde em Debate*. 2020;44(spe4):324–40.