

Conhecimento e interesse em usar o dispositivo intrauterino entre mulheres usuárias de unidades de saúde*

Ana Luiza Vilela Borges¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2807-1762>

Karina Simão Araújo²

 <https://orcid.org/0000-0001-9187-7497>

Osmara Alves dos Santos³

 <https://orcid.org/0000-0001-6360-861X>

Renata Ferreira Sena Gonçalves¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8370-3948>

Elizabeth Fujimori¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7991-0503>

Eveline do Amor Divino⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0037-0557>

Objetivo: analisar o nível de conhecimento sobre o dispositivo intrauterino, o interesse em usá-lo e a relação desses eventos entre mulheres em idade reprodutiva. **Método:** estudo transversal conduzido com 1858 mulheres de 18-49 anos de idade, usuárias de Unidades Básicas de Saúde. Os dados foram obtidos por entrevistas face a face. Avaliou-se o nível de conhecimento por meio de itens que admitiam repostas do tipo concordo, não concordo e não sei, cujo escore foi categorizado em abaixo/igual e acima da mediana. Utilizaram-se qui-quadrado e regressão logística múltipla, calculados no Stata 14.2 (nível de confiança igual a 95%). **Resultados:** o uso atual do dispositivo intrauterino foi pouco frequente (1,7%; n=32), sendo o nível de conhecimento maior entre mulheres com 25-34 anos de idade, mais escolarizadas, brancas, que usavam/já tinham usado o dispositivo intrauterino e residentes em Aracaju, Sergipe. O interesse em usar o dispositivo intrauterino (38,0%; n=634) foi maior entre as mulheres mais jovens, com maior escolaridade, com plano de saúde, solteiras, sem filhos e com maior nível de conhecimento sobre o dispositivo intrauterino. **Conclusão:** o nível de conhecimento sobre o dispositivo intrauterino foi associado ao interesse em usá-lo.

Descritores: Anticoncepção; Dispositivos Intrauterinos; Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

* Apoio Financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Processo 440577/2014-4) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp (Processo 2014/02447-5), Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

³ Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

Como citar este artigo

Borges ALV, Araújo KS, Santos AO, Gonçalves RFS, Fujimori E, Divino EA. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3232. [Access _____]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>.

mês dia ano

URL

Introdução

O dispositivo intrauterino (DIU) é um método contraceptivo que se enquadra na categoria dos *long-acting reversible contraception*, ou LARC, sendo altamente eficaz e seguro⁽¹⁾. Embora seja o método reversível mais usado no mundo⁽²⁾, ainda é subutilizado na América do Norte, Sul da Ásia, Oceania e África subsaariana⁽³⁾, bem como no Brasil.

No Brasil, dados da terceira e mais recente edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, revelaram que o DIU era usado por 1,5% das mulheres⁽⁴⁾, apesar de estar disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) na modalidade DIU de cobre (o sistema intrauterino de levonorgestrel não é disponibilizado no SUS). As razões para que seja pouco utilizado incluem a oferta insuficiente e descontínua do método, a falta de profissionais habilitados para a sua inserção, o uso de critérios desnecessários e excessivos para disponibilização estabelecidos em certos serviços, o conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre o método, o desconhecimento de mulheres e casais sobre seu mecanismo de ação, sua segurança e sua eficácia, dentre outros⁽⁵⁻⁷⁾.

Especificamente no que concerne ao conhecimento sobre o DIU, sabe-se que é cercado de concepções estigmatizadas entre as mulheres⁽⁸⁻¹²⁾. Nesse sentido, muitas pensam que pode causar infertilidade ou câncer, que não é indicado para jovens ou nulíparas, ao passo que outras demonstram forte receio sobre o procedimento de inserção⁽⁸⁻¹²⁾. Tais percepções e receios são comuns em diversos contextos, porém, estudos que abordaram o tema sugerem que, caso os serviços de saúde e profissionais ofertem informações adequadas e em tempo sobre o método, se pode aumentar a confiança no DIU e, conseqüentemente, a motivação para usá-lo⁽¹³⁾.

Aumentar a participação do DIU no *mix* contraceptivo é uma boa estratégia para diminuir a ocorrência de gestações não intencionais⁽¹⁴⁾, que no Brasil chega a 55%⁽¹⁵⁾, e, por conseguinte, de abortos inseguros. Isso se dá porque, além de ser um dos métodos reversíveis mais eficazes, é também indicado para grupos que podem ter dificuldades com o uso contínuo de métodos, como jovens ou mulheres com relações sexuais esporádicas, pode ser usado no período pós-parto e pós-abortamento⁽¹⁶⁾. As usuárias do DIU estão entre as mais satisfeitas dentre as mulheres que usam métodos contraceptivos⁽¹⁷⁾, ressaltando que a satisfação com o método contraceptivo está associada a altas taxas de continuidade no seu uso⁽¹⁸⁾.

Assim, explorar o conhecimento e o interesse em usar o DIU pode fornecer elementos importantes para

explicar o baixo percentual de uso no país, bem como para elaborar estratégias para promover e ampliar seu uso. Revisão sobre estudos a respeito do conhecimento de profissionais de saúde e mulheres/casais sobre o DIU enfatizou que, em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil e outros países latino-americanos, há escassez de informação sobre a perspectiva desses grupos em relação ao DIU, o que, por sua vez, restringe o conhecimento sobre o que as mulheres consideram ao escolher ou recusar um método⁽¹⁹⁾. O objetivo deste estudo foi analisar o nível de conhecimento sobre o DIU, o interesse em usá-lo e a relação desses eventos entre mulheres em idade reprodutiva, usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em São Paulo/São Paulo, Aracaju/Sergipe e Cuiabá/Mato Grosso.

Método

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido nas cidades de São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT, com mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para determinar o tamanho da amostra em cada município, utilizaram-se como parâmetros a proporção de mulheres a ser estimada igual a 50%, nível de confiança de 95%, erro relativo de amostragem igual a 5% e efeito do delineamento (*deff*) igual a 2⁽²⁰⁾, o que configura que o tamanho da amostra deveria ser igual a 768, arredondando para 800 em São Paulo, e 385 em Aracaju e Cuiabá. Considerando que as estimativas deveriam ser obtidas entre as mulheres que usavam método contraceptivo, cuja proporção é estimada em 80%⁽⁴⁾, o número de mulheres que deveria ser entrevistada foi 1000 para São Paulo e 482 para Aracaju e Cuiabá. Considerando, ainda, o percentual de 25% de mulheres que não responderiam ao questionário (recusa ou perda por problemas do entrevistador) e o percentual de 33% de mulheres de 18 a 49 anos que não seriam elegíveis para a entrevista (critérios de exclusão deste estudo foram nunca ter tido relação sexual, usar método irreversível e relatar não conhecer o DIU)⁽⁴⁾, deveriam ser selecionadas 1993 mulheres para a cidade de São Paulo, com o intuito de se obter 1000 entrevistas válidas, bem como 963 mulheres em Aracaju e Cuiabá, com o intuito de se obter, ao menos, 482 entrevistas válidas em cada uma dessas capitais.

O plano amostral foi conduzido por meio de amostragem por conglomerados em dois estágios. A unidade de primeiro estágio (unidade primária de amostragem) foi constituída pelas UBS, sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho, medido pelo número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em 2014. Por esse critério, foram sorteadas

da seguinte forma: 38 UBS em São Paulo, dentre 441; 19 UBS em Aracaju, dentre 43; e 19 em Cuiabá, dentre 93. Nas três capitais, a pesquisa foi realizada em três dias consecutivos em cada UBS e, em cada dia, foram entrevistadas nove mulheres, totalizando 27 entrevistas válidas por dia, por UBS. As UBS sorteadas estão geograficamente distribuídas por todas as regiões dessas cidades, incluindo região central e extremos da periferia.

No segundo estágio de seleção, as mulheres que seriam entrevistadas em cada UBS foram selecionadas por conveniência, de acordo com os seguintes critérios: 1) mulheres que aguardavam atendimento para realização do exame citopatológico cérvico-vaginal; 2) mulheres que aguardavam consulta médica ou de enfermagem; 3) mulheres que aguardavam atendimento para qualquer outra atividade na UBS. Não foi possível selecionar aleatoriamente as mulheres, tendo em vista que há diversas combinações de organização de consultas para coleta de Papanicolau nas UBS, como agendamento de todas no mesmo horário ou demanda aberta, sem qualquer tipo de agendamento. Além disso, nem todas as UBS selecionadas ofertavam coleta de citologia oncológica, sendo que algumas encaminhavam as mulheres para coleta em outra UBS de referência. Ao todo, 3317 mulheres foram convidadas a participar do estudo. Desse total, 225 recusaram a participação na pesquisa e 1022 encaixaram-se nos critérios de exclusão (não ter iniciado a vida sexual e usar método contraceptivo irreversível). Dessa forma, 2070 mulheres foram entrevistadas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face por pesquisadoras graduadas na área da saúde (enfermeiras, psicólogas e obstetrias). As mulheres selecionadas foram abordadas pelas entrevistadoras e convidadas a participar da pesquisa. Foram explicados os objetivos, o conteúdo das questões e as etapas da entrevista. As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas nas UBS por meio de instrumento estruturado com o uso da plataforma Census and Survey Processing System – CSPro em *tablets*, nos meses de outubro a dezembro de 2015 em São Paulo/SP, de agosto a setembro de 2016 em Aracaju/SE e de agosto a outubro de 2017 em Cuiabá/MT. O instrumento foi elaborado pelas próprias pesquisadoras, tendo sido pré-testado com 17 mulheres em duas UBS da cidade de São Paulo, não selecionadas para este estudo. O instrumento contemplou questões sobre as características sociodemográficas (idade, raça/cor, escolaridade, trabalho, posse de bens materiais, união, dentre outras), história reprodutiva (idade na menarca, idade de início da vida sexual, número de

gestações anteriores, uso de métodos contraceptivos na última relação sexual), além de questões sobre o conhecimento e uso do DIU (uso anterior e atual) e o desejo de usar o DIU.

Para elaboração da variável “nível de conhecimento sobre o DIU”, foram elaboradas 12 afirmativas sobre os mecanismos de ação, indicações de uso e efeitos colaterais relacionados ao DIU, com base em estudos que também mensuraram o nível de conhecimento sobre o DIU^(10-11,21-24).

As mulheres que conheciam ou já tinham ouvido falar sobre o DIU respondiam a cada uma das afirmativas com as seguintes opções de respostas: “concordo”, “discordo” ou “não sei”. Pelo fato do conhecimento ser uma variável do tipo “latente”, ou seja, que não pode ser medida e/ou observada diretamente, fez-se necessária uma análise que considerasse a subjetividade e a dificuldade de se “mensurar” o conhecimento das mulheres sobre o DIU⁽²⁵⁾. Isso foi alcançado por meio de três estratégias: 1) Teoria de Resposta ao Item (TRI); 2) Análise fatorial, considerando autovalor maior que um, de acordo com o critério de Kaiser; 3) Alpha de Cronbach. A intenção foi escolher, com base nessas estratégias, quais afirmativas deveriam compor o construto “nível de conhecimento sobre o DIU”.

A TRI mostrou que os itens a seguir apresentaram discriminação moderada, alta ou muito alta, sendo considerados na etapa seguinte, de análise fatorial: item 4 – O homem sente o DIU durante a relação sexual (opção correta=discordo, índice de discriminação igual a 1,59); item 7 – O DIU é colocado por meio de uma cirurgia (opção correta=discordo, índice de discriminação igual a 1,94); item 8 – O DIU é abortivo (opção correta=discordo, índice de discriminação igual a 1,58); item 9 – Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar (opção correta=discordo, índice de discriminação igual a 1,80); item 10 – O DIU aumenta o risco de câncer de útero (opção correta=discordo, índice de discriminação igual a 1,99); e item 12 – O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis (opção correta=discordo, índice de discriminação igual a 1,45).

A análise fatorial confirmou que esses seis itens carregaram em um único fator (Eigenvalue igual a 1,665), ou seja, formaram um único construto/variável latente, que é o conhecimento sobre o DIU. Além disso, todos os itens mostraram cargas fatoriais maiores que 0,30 (item 4=,540; item 7=0,390; item 8=0,541; item 9=0,571; item 10=0,597; item 12=0,494). Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) foi 0,798, o que mostra que o conjunto dos dados foi adequado para proceder com a análise fatorial⁽²⁶⁾. Por fim, o coeficiente Alpha de Cronbach foi 0,706, indicando que essa variável latente tinha adequada confiabilidade.

Os acertos foram codificados como valor 1, ao passo que as respostas incorretas e as respostas "não sei" foram consideradas como valor 0. Cada mulher teve sua pontuação somada, obtendo-se um escore de 0 a 6. Assim, quanto maior a pontuação, maior era o nível de conhecimento. Para caracterizar as mulheres segundo o nível de conhecimento sobre o DIU, procedeu-se à análise comparando aquelas que tiveram acertos abaixo ou igual à mediana (≤ 3), com as mulheres que tiveram número de acertos acima da mediana (> 3). Os aspectos associados ao nível de conhecimento sobre o DIU foram analisados por meio do teste de diferença entre proporções pelo qui-quadrado e, posteriormente, por meio de regressão logística múltipla, com entrada simultânea das variáveis independentes, que foram as características sociodemográficas e reprodutivas.

As variáveis independentes analisadas foram idade (18-24, 25-29, 30-34 e 35 anos e mais), raça/cor da pele (branca, parda, preta e amarela/indígena), escolaridade (até 8, 9 a 11 e 12 anos ou mais de estudo), trabalho remunerado (não/sim), plano de saúde (não/sim), em união estável, ou seja, coabitava com o parceiro (não/sim), gravidez atual (não/sim), número de filhos (nenhum, um, dois, três e mais), aborto anterior (não/sim), intenção reprodutiva (quer ter [mais] filhos, não quer ter [mais] filhos, e não sabe) e uso de método contraceptivo (nenhum, irreversível, hormonal, LARC, barreira e tradicional). Nas análises de regressão logística, a variável uso de métodos contraceptivos considerou também as mulheres que estavam grávidas, tendo uma categoria a mais, que se denomina "está grávida". A principal covariável foi o uso do DIU (anterior e/ou atual).

Para a análise do interesse em usar o DIU, as mulheres que não eram laqueadas e nem seus parceiros vasectomizados, e que não usavam DIU nem nunca o haviam usado, foram questionadas acerca das razões para tal e também se gostariam de usá-lo no futuro. As mulheres que não sabiam se gostariam de usá-lo ou que afirmaram que não gostariam de usá-lo expressaram suas razões. Aspectos associados ao interesse em usar DIU no futuro foram analisados por meio do teste de diferença entre proporções pelo qui-quadrado. Posteriormente, regressão logística múltipla foi conduzida, com entrada simultânea das variáveis independentes já citadas. Nesse modelo, a principal covariável foi o nível de conhecimento sobre o DIU. As variáveis dependentes foram, pois, o nível de conhecimento sobre o DIU (dicotômica: abaixo da mediana e igual ou maior que a mediana) e o interesse em usar o DIU (também dicotômica: não e sim). Todos os dados foram analisados no Stata 14.2. Foi considerado

nível de confiança igual a 95%, sendo o teste Hosmer-Lemeshow aplicado para verificar o ajuste dos modelos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 1.876.178/2016). As autorizações das secretarias de saúde da cidade de São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT foram obtidas antes do início da coleta de dados.

Resultados

Como o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre o conhecimento sobre o DIU e o interesse em usá-lo, a amostra foi constituída por 1858 mulheres que relataram já ter ouvido falar sobre o método: 957 de São Paulo/SP, 441 de Aracaju/SE e 460 de Cuiabá/MT.

As mulheres tinham, em média, 30,5 anos de idade ($dp=7,8$) e seus parceiros 33,7 ($dp=8,9$). Em média, a menarca ocorreu aos 12,6 anos de idade ($dp=1,8$), a primeira relação sexual aos 17,0 anos ($dp=3,1$) e a primeira gravidez aos 20,9 anos ($dp=5,1$).

A maioria das mulheres tinha menos de 35 anos e autodeclarou-se de cor parda (52,0%). 15,7% continuaram estudando após o término do ensino médio e 17,6% possuíam plano de saúde. A maioria trabalhava, vivia com o parceiro e tinha um ou mais filhos. Quase um quarto das entrevistadas (23,9%) estava grávida no momento da entrevista. Abortamento anterior foi referido por 23,3%. Entre as participantes, 60,2% responderam não querer ter (mais) filhos. 80% das mulheres não grávidas usavam método contraceptivo, sendo que quase metade usava métodos hormonais (49,3%) e 2,4% LARC. Trinta e duas mulheres relataram o uso do DIU no momento da entrevista (1,7%) e outras 67 mulheres relataram que já haviam usado o DIU anteriormente, totalizando 99 mulheres com uso anterior/atual. As características sociodemográficas e reprodutivas diferiram entre as mulheres, a depender da capital onde residiam, em relação à idade, à cor da pele, à escolaridade, a ter plano de saúde, união conjugal, gravidez atual e vivência de aborto anterior. Por exemplo, as mulheres residentes em Cuiabá/MT eram mais jovens, mais pardas e mais escolarizadas que as de São Paulo/SP e Aracaju/SE. Por sua vez, as mulheres residentes em Aracaju/SE foram as que mais relataram a vivência de um abortamento (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde. São Paulo, SP, Aracaju, SE e Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Variáveis	Total	
	n	%
Idade (anos)		
18-24	496	26,7
25-29	425	22,9
30-34	370	19,9
35 e mais	567	30,5
Raça/cor da pele		
Branca	469	25,3
Parda	964	52,0
Preta	323	17,4
Amarela/índigena	99	5,3
Escolaridade (anos)		
Até 8	468	25,2
9-11	1099	59,1
12 e mais	291	15,7
Trabalho remunerado		
Não	867	46,7
Sim	991	53,3
Plano de saúde		
Não	1530	82,3
Sim	328	17,6
Em união estável		
Não	479	25,8
Sim	1379	74,2
Número de filhos		
Nenhum	407	21,9
Um	672	36,2
Dois	455	24,5
Três e mais	324	17,4
Aborto anterior*		
Não	1426	76,7
Sim	432	23,3
Intenção reprodutiva		
Quer ter (mais) filhos	623	33,5
Não quer ter (mais) filhos	1118	60,2
Não sabe	117	6,3
Uso de método contraceptivo†		
Nenhum	305	21,6
Irreversível	99	7,0
Hormonal	697	49,3
DIU‡ e implante	34	2,4
Barreira	238	16,8
Tradicional	41	2,9
Total	1858	100

*Aborto anterior = Inclui as mulheres que nunca engravidaram; †Uso de método contraceptivo = Não considera as mulheres que estavam grávidas no momento da entrevista; ‡DIU = dispositivo intra-uterino

Na Tabela 2, são apresentados os 6 itens que compuseram a variável latente “conhecimento sobre o DIU”. Com exceção de dois itens, em todos os demais, menos da metade das mulheres respondeu corretamente. Observou-se que a mediana de acertos foi igual a 3, sendo que 7,2% das mulheres acertaram todos os seis itens (n=134) e 15,3% erraram todos (n=284).

Na Tabela 3, apresenta-se a distribuição do nível de conhecimento sobre o DIU segundo características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres. Na análise bivariada, associaram-se a essa variável: idade, raça/cor da pele, escolaridade, possuir plano de saúde, número de filhos e uso atual e/ou anterior de DIU. A análise de regressão logística múltipla mostrou que as mulheres com idade entre 30 e 34 anos, mais escolarizadas e que usavam ou já haviam usado o DIU apresentaram mais chance de ter maior nível de conhecimento sobre o DIU, da mesma forma que mulheres de Aracaju. Por outro lado, mulheres não brancas, como pardas, pretas, amarelas e indígenas, mostraram menor nível de conhecimento sobre o DIU, comparadas às mulheres brancas.

Dentre as mulheres que nunca usaram o DIU (n=1759), quando questionado se gostariam de usá-lo, 58,7% relataram que não. As razões mais citadas para nunca terem usado o DIU foi que não se interessaram pelo método, pois estão satisfeitas com o que usa (42,1%), seguida do fato que não tiveram informação sobre o DIU e que nunca lhes foi ofertado (26,7%). As razões mais citadas para não terem interesse em usar o DIU no futuro foram a falta de interesse pelo método e a satisfação com o método em uso (25,1%), seguidas do receio do procedimento de inserção (13,4%) e do desejo por um método irreversível (12,3%).

Na Tabela 4, são apresentadas as características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres, segundo o interesse em usar o DIU (38,0%). Na análise bivariada, associaram-se a essa variável: município, idade, escolaridade, possuir plano de saúde, número de filhos e nível de conhecimento sobre o DIU. Já a análise por regressão logística múltipla mostrou que quanto maior a idade menos chance tem a mulher de desejar usar o DIU, comparada às mulheres de 18 a 24 anos de idade. Além disso, mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade, não unidas, com plano de saúde, com filhos e com maior nível de conhecimento sobre o DIU foram as que mais expressaram o interesse em usá-lo.

Tabela 2 – Número e proporção de mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde, segundo conhecimento sobre o DIU*. São Paulo, SP, Aracaju, SE e Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Afirmativas	Concorda		Não concorda		Não sabe	
	n	%	n	%	N	%
O DIU* é abortivo†	255	13,7	1002	54,0	600	32,3
Depois de retirado o DIU*, a mulher tem dificuldade para engravidar†	247	13,3	983	52,9	627	33,8
O DIU* é colocado por meio de uma cirurgia	450	24,2	924	49,7	484	26,1
O homem sente o DIU* durante a relação sexual	92	4,9	768	41,3	998	53,7
O DIU* aumenta o risco de câncer de útero†	391	21,0	698	37,6	769	41,4
O DIU* provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis	581	31,3	538	28,9	739	39,8

*DIU = Dispositivo intrauterino; †Afirmativa = Uma mulher não respondeu

Tabela 3 – Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde, segundo o nível de conhecimento sobre o DIU*. São Paulo, SP, Aracaju, SE e Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Variáveis	Nível de conhecimento sobre o DIU**				p	ORaj†	IC [§] 95%
	≤ mediana		> mediana				
	n	%	n	%			
Município							
São Paulo	479	51,7	478	51,3	0,945	1,00	-
Aracaju	217	24,9	224	24,1		1,30	1,01-1,66
Cuiabá	231	23,4	229	24,6		1,02	0,80-1,31
Idade (anos)							
18-24	282	30,4	214	23,0	<0,001	1,00	-
25-29	213	23,0	212	22,8		1,17	0,89-1,55
30-34	155	16,7	215	23,1		1,59	1,18-2,15
35 e mais	277	29,9	290	31,1		1,20	0,90-1,61
Raça/cor da pele							
Branca	193	20,8	276	29,7	<0,001	1,00	-
Parda	506	54,6	458	49,3		0,67	0,53-0,86
Preta	172	18,6	151	16,3		0,63	0,46-0,85
Amarela/indígena	55	5,9	44	4,7		0,59	0,37-0,93
Escolaridade (anos)							
Até 8	298	32,1	170	18,3	<0,001	1,00	-
9-11	552	59,6	547	58,7		1,88	1,48-2,40
12 e mais	77	8,3	214	23,0		4,84	3,38-6,91
Trabalha							
Não	450	48,5	417	44,8	0,105	1,00	-
Sim	477	51,5	514	55,2		0,99	0,81-1,21
Possui plano de saúde							
Não	791	85,3	739	79,4	0,001	1,00	-
Sim	136	14,7	192	20,6		1,26	0,96-1,64
Em união estável							
Não	235	25,3	244	26,2	0,673	1,00	-
Sim	692	74,7	687	73,8		1,00	0,80-1,26
Número de filhos							
Nenhum	194	20,9	213	22,9	0,005	1,00	-
Um	354	38,2	318	34,1		0,88	0,67-1,16
Dois	200	21,6	255	27,4		1,34	0,96-1,87
Três e mais	179	19,3	145	15,6		0,99	0,68-1,45
Aborto anterior							
Não	722	77,9	704	75,6	0,247	1,00	-
Sim	205	22,1	227	24,4		1,11	0,88-1,41
Intenção Reprodutiva							
Quer ter (mais) filhos	312	33,7	311	33,4	0,983	0,94	0,74-1,21
Não quer ter (mais) filhos	556	60,0	562	60,4		1,00	-
Não sabe	59	6,3	58	6,2		0,89	0,58-1,35
Uso atual ou anterior de DIU*							
Não	911	98,3	848	91,1	<0,001	1,00	-
Sim	16	1,7	83	8,9		4,92	1,84-13,16
Total	927	49,9	931	50,1			

*DIU = Dispositivo intrauterino; †Teste Hosmer-Lemeshow (p=0,2376); ‡ORaj = Odds ratio ajustada; §IC = Intervalo de confiança

Tabela 4 – Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde, segundo o interesse em usar o DIU*. São Paulo, SP, Aracaju, SE e Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Variáveis	Interesse em usar o DIU**						IC [§] 95%
	Não		Sim		p	ORaj [‡]	
	n	%	n	%			
Município							
São Paulo	533	51,6	318	50,2	<0,001	1,00	-
Aracaju	274	26,5	125	19,7		0,82	0,62-1,07
Cuiabá	227	21,9	191	30,1		1,21	0,93-1,59
Idade (anos)							
18-24	253	24,5	234	36,9	<0,001	1,00	-
25-29	221	21,4	173	27,3		0,73	0,54-0,97
30-34	205	19,8	109	17,2		0,45	0,32-0,62
35 e mais	355	34,3	118	18,6		0,27	0,19-0,38
Raça/cor da pele[†]							
Branca	279	27,0	151	23,9	0,085	1,00	-
Parda	521	50,4	335	52,9		1,17	0,89-1,53
Preta	166	16,1	119	18,8		1,32	0,94-1,85
Amarela/índigena	67	6,5	28	4,4		0,74	0,44-1,24
Escolaridade (anos)							
Até 8	284	27,5	126	19,9	0,001	1,00	-
9-11	602	58,2	392	61,8		1,23	0,93-1,61
12 e mais	148	14,3	116	18,3		1,48	1,01-2,18
Trabalha							
Não	479	46,3	293	46,2	0,965	1,00	-
Sim	555	53,7	341	53,8		1,12	0,89-1,39
Possui plano de saúde							
Não	874	84,5	495	78,1	0,001	1,00	-
Sim	160	15,5	139	21,9		1,38	1,04-1,83
Em união estável							
Não	262	25,3	182	28,7	0,131	1,00	-
Sim	772	74,7	452	71,3		0,67	0,52-0,86
Número de filhos							
Nenhum	262	25,3	142	22,4	0,031	1,00	-
Um	380	36,7	262	41,3		1,78	1,32-2,42
Dois	223	21,6	152	34,0		2,20	1,50-3,23
Três e mais	169	16,3	78	12,3		1,67	1,07-2,59
Aborto anterior							
Não	810	78,3	493	77,8	0,782	1,00	-
Sim	224	21,7	141	22,2		1,25	0,97-1,62
Intenção Reprodutiva							
Quer ter (mais) filhos	595	57,5	355	56,0	0,192	0,79	0,60-1,04
Não quer ter (mais) filhos	378	36,6	227	35,8		1,00	-
Não sabe	61	5,9	52	8,2		1,20	0,77-1,86
Conhecimento sobre o DIU*							
Abaixo da mediana	577	55,8	285	44,9	<0,001	1,00	-
Acima ou igual à mediana	457	44,2	349	55,1		1,60	1,29-1,99
Total	1034	62,0	634	38,0			

*DIU = Dispositivo intrauterino; †Teste Hosmer-Lemeshow (p=0,2595); ‡ORaj = Odds ratio ajustada; §IC = Intervalo de confiança; †Raça/cor da pele = Duas mulheres recusaram-se a responder

Discussão

Nosso estudo sobre o conhecimento e interesse em usar o DIU entre mulheres usuárias de UBS em três capitais brasileiras mostrou que uma proporção razoável de mulheres apresentou nível de conhecimento sobre o DIU abaixo da mediana. Além disso, pouco mais de um terço tinha interesse em usar o DIU no futuro e o nível de conhecimento sobre o DIU esteve associado tanto ao uso atual/anterior do DIU quanto ao interesse em usá-lo.

Esses resultados são coerentes com achados de outros contextos, nos quais o nível de conhecimento sobre o DIU é considerado insatisfatório^(10-12,21,23) e está relacionado às variáveis sociodemográficas, como idade, escolaridade e raça/cor da pele⁽²⁷⁾. Assim, mulheres mais jovens, autotranscritas como não-brancas e de mais baixa escolaridade foram as que mostraram o menor nível de conhecimento sobre o DIU. Pesquisas sobre saúde reprodutiva que analisaram o uso de métodos contraceptivos, o preparo pré-concepcional, o planejamento da gravidez e o pré-natal observaram que é justamente nos grupos com esse perfil que há maior dificuldade no acesso a esses cuidados e na realização dessas práticas^(15,28).

Os itens com altas proporções de respostas incorretas foram "O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis" e "O DIU aumenta o risco de câncer de útero". Resultado similar foi obtido em outro estudo⁽²¹⁾ ao analisar dados de inquérito nacional dos Estados Unidos, quando verificaram que as mulheres relacionavam o DIU à infertilidade e ao câncer. Igualmente, outros autores⁽²²⁾ encontraram como razões para não usar o DIU o receio de efeitos colaterais, receios de dor e a possibilidade de causar infecções. A rigor, são dois os efeitos colaterais mais comumente associados ao uso do DIU de cobre, único disponível no SUS: o aumento do fluxo menstrual e a intensificação de cólicas menstruais. Demais efeitos colaterais são descritos em casos mais específicos, não sendo relatados pela maioria das usuárias desse tipo de DIU. Complicações muito raras relacionadas ao DIU são a doença inflamatória pélvica e a perfuração da parede do útero. Nenhum tipo de câncer tem sido relacionado ao seu uso⁽¹⁶⁾.

Além do medo de efeitos colaterais e do risco de câncer, a literatura também mostra que as mulheres não escolhem o DIU como método contraceptivo com base nos seguintes fatos: têm receio do DIU mover-se pelo corpo, têm medo da dor da inserção, há a dependência de um profissional de saúde para inserção e remoção do dispositivo, pensam que há aumento do risco de gravidez ectópica e de infecções, a sua eficácia é menor que a da pílula, dentre outros^(10-11,21-23).

O quadro descrito de muitas usuárias não saberem se o DIU está associado ao câncer de útero e quais são seus efeitos colaterais, ou acreditarem, equivocadamente, que é inserido por meio de uma cirurgia, parece revelar que as mulheres dessas três capitais não optariam por um método cercado por tantas incertezas, incluindo aquelas em relação à eficácia e aos efeitos no corpo, principalmente porque o conhecimento sobre o método pode estar relacionado ao seu uso⁽²⁹⁾, embora isso não seja consenso em relação a outros métodos, como, por exemplo, a anticoncepção de emergência⁽³⁰⁾.

No presente estudo, não analisamos as fontes de informação sobre o DIU, mas pode-se supor que mulheres mais jovens acessem a internet para conhecer melhor o método ou tirar dúvidas. Tal cenário, por um lado, é positivo pelo fácil acesso às informações, porém, há que se considerar que nem todos os sites sobre contracepção são confiáveis. Estudo norte-americano observou que a qualidade das informações sobre o DIU, disponíveis em sites especializados, é inconsistente e cerca de metade deles disponibilizava, inclusive, informações equivocadas, o que podia contribuir para a perpetuação da subutilização do método⁽³¹⁾. Por outro lado, há evidências de que intervenções educativas aumentam a proporção de mulheres com atitudes positivas em relação ao DIU e que mulheres com conhecimento prévio sobre esse método têm mais interesse em usá-lo^(22,24).

Apesar do baixo percentual de uso atual e/ou anterior do DIU, a proporção encontrada entre as mulheres estudadas foi mais alta que a observada na PNDS de 2006⁽⁴⁾. Porém, essa comparação deve ser feita com cuidado, tendo em vista que as mulheres usuárias de métodos irreversíveis foram excluídas da subamostra analisada, bem como aquelas que relataram não conhecer o DIU, o que pode ter superestimado nossa estimativa.

A razão pela qual o nível de conhecimento do DIU está fortemente associado ao seu uso e ao interesse em usá-lo, conforme observado nos nossos achados, pode estar centrada no fato de que se trata de um método estigmatizado, tanto entre mulheres quanto entre profissionais de saúde. Estudo conduzido⁽¹¹⁾ com adolescentes estadunidenses verificou que a maioria não considerou o DIU como um método adequado para elas. Ou seja, as adolescentes não incorporam o DIU no rol de métodos contraceptivos indicados para sua faixa etária. Entretanto, a OMS considera o DIU seguro para a maioria das mulheres, inclusive nulíparas e adolescentes⁽¹⁶⁾. Assim, esse resultado pode ser reflexo das barreiras impostas pelos serviços de saúde que, equivocadamente, estipulam a idade mínima de 18 anos como critério para disponibilização do DIU⁽⁷⁾ e acabam

por fomentar equívocos entre as mulheres, possíveis usuárias do método, e entre profissionais de saúde.

Além do fato que muitas mulheres sequer cogitam o uso do DIU pelas razões já mencionadas, há barreiras nos serviços de saúde impostas por desconhecimento e/ou desatualização quanto aos critérios para sua indicação. Um exemplo é o que foi observado em municípios mineiros, que exigem exames complementares, como hemograma ou ultrassonografia, antes da inserção do DIU, medida que não consta em protocolos do Ministério da Saúde⁽³²⁾.

Trata-se de um contexto desafiador em que o conhecimento das mulheres sobre o DIU compõe apenas uma parte dos desafios para ampliação de seu uso, que é uma intenção do próprio Ministério da Saúde, explicitada em iniciativa lançada em 8 de março de 2017 ao traçar a meta de que o DIU seja usado por 10% das mulheres brasileiras⁽³³⁾.

Assim como tem mostrado a literatura internacional⁽³⁴⁻³⁶⁾, pouco menos da metade das mulheres entrevistadas gostaria de usar o DIU. A proporção é bem mais alta que a observada em estudo que identificou 31,7% de mulheres interessadas em usar o DIU nos Estados Unidos⁽¹³⁾. Alto nível de conhecimento sobre o método foi também associado ao interesse em usá-lo, conforme já discutido. No entanto, dentre as mulheres que não tinham interesse em usar o DIU, a principal razão foi que estavam satisfeitas com o método em uso. Esse achado difere de estudo anterior⁽³⁷⁾, em que dúvidas sobre a eficácia do DIU, aumento do sangramento menstrual, dor, possibilidade de adquirir infecções, infertilidade e câncer, além do fato de ter um objeto estranho dentro do corpo, foram as principais razões apontadas pelas mulheres para não usar o DIU.

É curioso notar que foram as jovens, entre 18 e 24 anos de idade, que demonstraram mais interesse em usar o DIU, comparadas às mulheres mais velhas. Pode ser que o uso de um método de longa duração esteja consonante a intenção reprodutiva de adiar a gravidez. No entanto, na população estudada, a intenção reprodutiva não se associou com o interesse em usar o DIU, mas sim com a paridade. Mulheres com filhos mostraram mais chance de se interessar em usar o DIU, comparadas às sem filhos, ao contrário das mulheres em união estável, que apresentaram menos chance de se interessar por usar o método. Esse quadro de associações parece complexo, mas fica claro o perfil de mulheres que teriam interesse em usar o DIU: jovens, solteiras e aquelas com filhos. Essas mulheres ainda não se encaixam nos requisitos para adoção de um método irreversível, mas também podem não estar dispostas a usar um método que necessita de autodisciplina e uso

diário, como a pílula anticoncepcional, o que torna o DIU uma opção bastante conveniente.

Por meio do projeto "CHOICE"⁽³⁸⁾, que consistia em ofertar aconselhamento e insumos contraceptivos a mulheres de uma clínica nos Estados Unidos, com o diferencial de que os métodos seriam disponibilizados no mesmo dia e sem qualquer custo, os pesquisadores observaram que, ao receberem aconselhamento, acompanhamento e possibilidade de uso de métodos reversíveis de longa duração, as adolescentes e jovens, inclusive nulíparas, optavam frequentemente pelo uso do implante ou do DIU. Tal resultado reforça, portanto, o fato de que o conhecimento adquirido no aconselhamento em contracepção pode fazer diferença na escolha por usar o DIU.

Fica claro, portanto, o papel dos serviços de saúde na ampliação da oferta do DIU e na criação de um ambiente mais favorável ao seu uso. É justamente nos serviços de atenção básica que mulheres e casais podem obter mais informações, tanto a respeito da disponibilidade do método, quanto sobre sua segurança e eficácia. A necessidade por informações precisas esbarra no fato de que, em geral, os profissionais de saúde priorizam informar as mulheres e casais sobre o modo de usar e os procedimentos de inserção⁽³⁹⁾, o que nem sempre repercute na decisão pelo método contraceptivo a ser adotado. Complementarmente, estudo realizado em Minas Gerais mostrou que é o médico quem tem realizado o procedimento de inserção do DIU naquela região⁽⁷⁾. Entretanto, é necessário destacar que o/a enfermeiro/a treinado/a e capacitado/a pode inserir e retirar o DIU de cobre⁽¹⁾, tendo competência legal para tal prática no Brasil⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. A incorporação do/a enfermeiro/a na agenda de promoção, disponibilização e inserção do DIU de cobre em UBS pode facilitar o acesso das mulheres usuárias do SUS ao método.

Embora as mulheres das três capitais sejam diferentes entre si no que concerne à maior parte das características sociodemográficas e reprodutivas investigadas, não foi observada qualquer diferença estatisticamente significativa no interesse em usar o DIU entre as mulheres dos diferentes municípios. No entanto, as mulheres entrevistadas em Aracaju/SE apresentaram mais alto nível de conhecimento sobre o DIU do que as de São Paulo/SP, embora o uso atual/anterior tenha sido semelhante. Isso nos leva a concluir que o desafio de estabelecer estratégias que minimizem os receios e equívocos amplamente expressos em relação ao DIU não se restringe a uma localidade ou região do país.

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas é que não foi possível conduzir a amostragem aleatória na segunda etapa do processo amostral.

Isso pode ter influenciado a estimativa de alguns parâmetros, tendo em vista que, em geral, mulheres que frequentam a UBS são aquelas que já têm filhos ou estão grávidas. No entanto, o perfil da nossa amostra foi bastante diverso, tendo participado das entrevistas desde jovens até mulheres mais velhas, no fim do ciclo reprodutivo, além de nulíparas e mulheres que já tiveram filhos. Outra limitação diz respeito ao uso da variável latente "conhecimento sobre o DIU" no que diz respeito à elaboração das questões para mensurar o nível de conhecimento. Certamente, pode haver divergências nas respostas consideradas corretas, como, por exemplo, o DIU é inserido por meio de uma cirurgia. Um leitor mais cauteloso poderia argumentar que o DIU pode ser inserido após uma cesárea, o que poderia ter confundido as mulheres participantes do estudo. Porém, enfatizamos que essa prática não é comum no país, além das diretrizes clínicas nacionais e internacionais enfatizarem que se trata de um procedimento simples. Esse possível viés foi minimizado com estratégias metodológicas robustas, que incluíram o uso das mesmas questões empregadas em vários outros estudos nacionais e internacionais, a possibilidade de que as mulheres respondessem "não sei" e o uso de análises estatísticas específicas que permitiram identificar quais itens deveriam compor a variável latente. De toda forma, não recomendamos que as perguntas que compuseram a variável latente sejam adotadas como uma escala para mensurar o nível de conhecimento sobre o DIU em outros estudos.

Conclusão

Este estudo analisou o conhecimento e o interesse em usar o DIU entre mulheres em idade reprodutiva, usuárias de UBS das cidades de São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT. Os achados mostraram que o nível de conhecimento sobre o DIU foi maior entre mulheres que tinham entre 25 e 34 anos de idade, mais escolarizadas, brancas e que usavam ou já tinham usado o DIU. Por sua vez, o interesse em usar o DIU foi maior entre as mulheres mais jovens, solteiras e com filhos. O nível de conhecimento sobre o DIU foi associado ao interesse em usá-lo. No que diz respeito ao uso do DIU propriamente dito, os resultados confirmaram que é realmente pouco frequente.

Referências

1. World Health Organization. Recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting [Internet]. Geneva; 2012 [cited 2017 Mar 5]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf
2. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 19]; 380(9837):149-56. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60609-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60609-6/abstract)
3. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. [Internet]. 2014 [cited 2018 mar 19]; 89(6):495-503. Available from: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(14\)00058-4/fulltext](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(14)00058-4/fulltext)
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS: 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório. Brasília; 2008. [cited 2018 Mar 19]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
5. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Contraception and family planning services as viewed by users of three clinics in the Unified National Health System, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 19]; 25(Suppl 2):S269-S78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400009&lng=en
6. Bergin A, Tristan S, Terplan M, Gilliam ML, Whitaker AK. A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. *Contraception*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 19];86(6):694-7. Available from: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(12\)00260-0/fulltext](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(12)00260-0/fulltext)
7. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Santa Rosa PLF, Gonçalves RFS. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 19];51:e03270. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>
8. Carvalho MLO, Schor N. Reasons why sterilized women refused reversible contraceptive methods. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2005 [cited 2018 Mar 20];39(5):788-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500014>
9. White K, Hopkins K, Potter JE, Grossman D. Knowledge and attitudes about long-acting reversible contraception among Latina women who desire sterilization. *Womens Health Issues*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 20];23(4):e257-e63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707629/pdf/nihms481168.pdf>

10. Michie L, Cameron ST, Glasier A, Wellings K, Loudon J. Myths and misconceptions about intrauterine contraception among women seeking termination of pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 20];40(1):36-40. Available from: <http://srh.bmj.com/content/familyplanning/40/1/36.full.pdf>
11. Potter J, Rubin SE, Sherman P. Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. *Contraception*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 22];89(5):446-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141332/>
12. Silva-Filho AL, Lira J, Rocha ALL, Ferreira MCF, Lamaita RM, Cândido EB, et al. Non-hormonal and hormonal intrauterine contraception: survey of patients' perceptions in four Latin American countries. *Eur J Contracept Reproduct Health Care*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 22];21(3):213-9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2015.1137281>
13. Gomez AM, Hartofelis EC, Finlayson S, Clark JB. Do knowledge and attitudes regarding intrauterine devices predict interest in their use? *Women's Health Issues*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 19]; 25(4): 359-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26025424>
14. McNicholas C, Madden T, Secura G, Peipert JF. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 21];57(4):635-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216614/pdf/nihms624012.pdf>
15. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 22];30(Suppl 1):S85-S100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016
16. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. [Internet]. Geneva; 2015 [cited 2018 Mar 5] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf
17. Borges ALV, Santos OA, Araújo KS, Gonçalves RFS, Santa Rosa PLF, Nascimento NC. Satisfaction with the use of contraceptive methods among women from primary health care services in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infantil*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 19]; 17(4):749-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>
18. Werth SR, Secura GM, Broughton HO, Jones ME, Dickey V, Peipert JF. Contraceptive continuation in Hispanic women. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22]; 212(3):312.e1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.003>
19. Daniele MAS, Cleland J, Benova L, Ali M. Provider and lay perspectives on intrauterine contraception: a global review. *Reproductive Health*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 22];14:119. doi: <http://doi.org/10.1186/s12978-017-0380-8>
20. Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP. 2001. 120p.
21. Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Womens Health Issues*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 21];24(3):281-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615438/>
22. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 21];82(2):178-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153421/>
23. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's Knowledge About Intrauterine Contraception. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 23];117(1):48-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244817/>
24. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception*. [Internet]. 2008 [cited 2018 Mar 23];78(3):211-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18692611>
25. Devellis RF. Scale development: Theory and applications. 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2012. 216 p.
26. Damásio BF. Uses of exploratory factorial analysis in psychology. *Avaliação Psicol*. [Internet]. 2012 [citado 2018 Mar 5];11(2):213-28. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
27. Hall KS, Ela E, Zochowski MK, Caldwell A, Moniz M, McAndrew L, et al. "I don't know enough to feel comfortable using them:" Women's knowledge of and perceived barriers to long-acting reversible contraceptives on a college campus. *Contraception*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 22];93(6):556-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4853253/>
28. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 22];382(9907):1807-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898922/>
29. Frost JF, Lindberg LD, Finer LB. Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy. *Perspect Sexual Reproduct Health*. [Internet]. 2012

- [cited 2018 Mar 24];44(2):107-16. doi: <https://doi.org/10.1363/4410712>
30. Chofakian CBN, Borges ALV, Sato APS, Alencar GP, Santos OA, Fujimori E. Does the knowledge of emergency contraception affect its use among high school adolescents? *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2016 [citado 2018 Mar 24];32(1):e00188214. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00188214>
31. Madden T, Cortezb S, Kuzemchakb M, Kaphingst KA, Politi MC. Accuracy of information about the intrauterine device on the internet. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 26]; 214(4):499.e1-499.e6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00188214>
32. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p. [Acesso 22 mar 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017 [Internet]. Brasília; 2017 [Acesso 22 mar 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html
34. Meskele M, Mekonnen W. Factors affecting women's intention to use long acting and permanent contraceptive methods in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 26];14(5):109-17. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-109>
35. Ragland D, Paykachat N, Dajani N. Barriers to intrauterine device use at an university-based women's clinic. *Open J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Mar 23];4:1058-64. Available from: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=52161>
36. Mesfin YM, Kibret KT. Practice and intention to use long acting and permanent contraceptive methods among married women in Ethiopia: Systematic meta-analysis. *Reproduct Health*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 26];13:78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4915059/>
37. Asker C, Stokes-Lampard H, Beavan J, Wilson S. What is it about intrauterine devices that women find unacceptable? Factors that make women non-users: a qualitative study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar 23];32:89-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16824298>
38. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 26];120(6):1291-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000282/pdf/nihms570177.pdf>
39. Donnelly KZ, Foster T, Thompson R. What matters most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. *Contraception*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 26];90(3):280-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24863169>
40. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN - 17/2010. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN para análise de Parecer sobre "viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento familiar reprodutivo. [Internet]. Brasília; 2010. [Acesso 23 mar 2018]; p. 59-62. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html
41. Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo (BR). Orientação fundamentada 060/2016. Inserção de DIU (Dispositivo Intra Uterino) pelo Enfermeiro [Internet]. São Paulo: Câmara Técnica; 2016 [Acesso 23 mar 2018]; Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20060_1.pdf

Recebido: 11.10.2018

Aceito: 18.09.2019

Autor correspondente:

Ana Luiza Vilela Borges

E-mail: alvilela@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-2807-1762>

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.