

Desigualdades na utilização da rede de atenção à saúde para inserção do dispositivo intrauterino*

Síntia Nascimento dos Reis¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4235-5398>

Mery Natali Silva Abreu²

 <https://orcid.org/0000-0002-6691-3537>

Fernanda Penido Matozinhos^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-1368-4248>

Larissa Soares Santos^{1,3}

 <https://orcid.org/0009-0006-6162-4994>

Ana Paula Lage Guimarães Vallerini⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-0907-6285>

Mariana Santos Felisbino-Mendes^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-5321-5708>

Destaques: (1) Desconhecimento sobre inserção de DIU na UBS pelas mulheres cadastradas. (2) Fragilidades na RAS dificultam a utilização equitativa do DIU. (3) Utilização do DIU reflete desigualdades relacionadas à condição de paridade. (4) Peregrinação na Rede de Atenção à Saúde para utilização do método DIU. (5) Um total de 25% das mulheres que acessam o serviço de inserção não concluem o procedimento.

Objetivo: investigar a utilização da Rede de Atenção à Saúde por mulheres em idade reprodutiva para inserção do dispositivo intrauterino e analisar possíveis desigualdades conforme características sociodemográficas. **Método:** estudo transversal, aninhado à coorte prospectiva, com amostra aleatória de 515 mulheres ≥ 18 anos, conduzido em serviço de referência para inserção do dispositivo intrauterino, por enfermeiras obstétricas. Aplicou-se questionário estruturado face a face para obter informações relativas à utilização da rede para inserção do dispositivo intrauterino. A análise foi conduzida com base no Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde. Utilizou-se regressão logística e multinomial para estimar *Odds Ratio* de utilização dos serviços da rede segundo fatores predisponentes raça/cor e paridade, e fator facilitador, escolaridade.

Resultados: a maioria das mulheres conhece e utiliza os serviços de saúde da rede, principalmente as com baixa escolaridade e multíparas. Porém, a utilização desses para acessar o dispositivo intrauterino é menor, com baixo acesso à orientação sobre planejamento reprodutivo e sobre a inserção do dispositivo intrauterino nos serviços, ainda menor entre aquelas com menor escolaridade e nulíparas. **Conclusão:** a menor chance de utilização da rede para acessar o dispositivo intrauterino entre mulheres com menor escolaridade e nulíparas revela desigualdades sociais no acesso à contracepção.

Descritores: Contracepção Reversível de Longo Prazo; Dispositivo Intrauterino; Planejamento Familiar; Desigualdades de Saúde; Enfermagem Obstétrica; Atenção à Saúde.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Fatores sociodemográficos associados à utilização da rede de atenção à saúde para inserção do dispositivo intrauterino, do conhecimento e da satisfação das mulheres usuárias do método em uma capital brasileira", apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº CNPq/MCTI n.10/2023 (APQ-01924/2023); processo CNPq no.306849/2025, Brasil. A publicação deste artigo na série temática "Escopo de prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde" se insere na atividade 2.2 do Termo de Referência 2 do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Gestão em Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁴ Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como citar este artigo

Reis SN, Abreu MNS, Matozinhos FP, Santos LS, Vallerini APLG, Felisbino-Mendes MS. Inequalities in the health care system utilization for intrauterine device insertion. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4804 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7951.4804>

URL

ano mês dia

Introdução

O uso de contraceptivos no Brasil tem se concentrado em pílulas, laqueadura tubária e camisinha, nessa ordem⁽¹⁻²⁾. Esse ranking tem sido descrito como obsoleto⁽²⁻³⁾, por se resumir a métodos de curta duração ou cirúrgicos⁽²⁻³⁾. Trata-se de métodos que exigem disciplina constante para o uso correto e consistente⁽⁴⁾, com maiores taxas de falha, ou que implicam riscos decorrentes de cirurgia, além do alto custo.

O uso dos *Long-Acting Reversible Contraception* (LARCs), como o Dispositivo Intrauterino (DIU), apresentava em 2020 uma taxa global de uso em torno de 17%⁽⁵⁾. No entanto, no Brasil, em 2013, a prevalência do uso do DIU por mulheres em idade reprodutiva foi 1,8%⁽¹⁾ e, em 2019, aumentou para 4,4 %⁽²⁾. Assim, o uso do método permanece incipiente no país em relação à taxa global⁽⁶⁾.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como porta de entrada os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), nos quais a inserção do DIU está prevista⁽⁷⁾. No entanto, estudos apontam barreiras ao acesso e uso do método⁽⁸⁻¹¹⁾. As mais frequentemente reportadas são a inserção restrita ao médico⁽⁸⁻¹⁰⁾ e a menor disponibilidade do DIU nestes serviços em relação a outros métodos⁽¹¹⁾.

Iniciativas de ampliação do acesso ao DIU de cobre no âmbito da APS foram previamente descritas, como a inclusão da atuação de enfermeiros⁽¹²⁻¹³⁾, conforme previsto em normativas federais⁽¹⁴⁾. Esta estratégia mostrou melhoria no acesso ao método, como a capacitação destes profissionais em alguns contextos brasileiros⁽¹²⁻¹³⁾ e em outros países como Austrália⁽¹⁵⁾, Estados Unidos⁽¹⁶⁾ e Índia⁽¹⁷⁾. No entanto, ainda se configura como uma iniciativa pouco sistematizada no território nacional.

Belo Horizonte está entre as nove capitais brasileiras que disponibilizam todos os métodos contraceptivos previstos pelo Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾. No município, a inserção do DIU é prevista na Unidade Básica de Saúde (UBS) por médico especialista, que não está presente nas 152 unidades existentes⁽¹⁹⁾, o que se constitui em barreira de acesso ao método. Por outro lado, o município conta com ambulatório de referência na RAS, no qual as inserções são realizadas por enfermeiras obstétricas capacitadas, com registro de 6.418 inserções de DIU em 2022 e lista de espera de até cinco meses para a sua efetivação⁽²⁰⁾. Acessar as mulheres atendidas neste ambulatório poderia contribuir para a identificação do percurso de utilização dos serviços de saúde da RAS, além de possíveis barreiras enfrentadas por mulheres até alcançar a inserção do DIU.

O estudo do processo de utilização dos serviços de saúde pode se apoiar em modelos teóricos. O Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde de Andersen⁽²¹⁾ é o mais utilizado na literatura⁽²²⁾. Nele, o acesso está intimamente relacionado com a utilização dos serviços de saúde, que é compreendida como a entrada nos serviços e todo contato direto ou indireto com o serviço, caracterizada pela garantia do atendimento⁽²³⁻²⁴⁾. Além disso, prevê que a utilização dos serviços de saúde é afetada por fatores de diferentes domínios, como os predisponentes, facilitadores e os de necessidade^(21,25). Os predisponentes se referem às características sociodemográficas e culturais que tornam os indivíduos mais ou menos propensos a utilizar os serviços de saúde^(21-22,25), os facilitadores, às condições que tornam possível ou facilitam o acesso aos serviços de saúde^(21-22,25), e os de necessidade, ao estado de saúde percebido e avaliado que motiva o uso dos serviços em saúde^(21-22,25).

Estudos de contracepção que abordam seus determinantes frequentemente reportam que o acesso a este direito sexual e reprodutivo ainda é marcado por desigualdades tanto em países desenvolvidos⁽²⁶⁾ quanto em países subdesenvolvidos⁽²⁷⁻²⁸⁾, com maior uso de contracepção moderna entre mulheres mais ricas e com ensino superior⁽²⁸⁾. No Brasil, a prevalência do uso de contraceptivos foi menor entre mulheres pretas e pardas, bem como entre aquelas residentes nas regiões Norte e Nordeste⁽¹⁾. Outro estudo mostrou perfil sociodemográfico diferente entre as usuárias de diferentes tipos de métodos, no qual os LARCs foram mais acessados por mulheres com melhores condições socioeconômicas⁽²⁾, corroborando achados em outros países⁽²⁹⁾. No entanto, estes estudos não tratam do percurso assistencial de utilização da RAS para o acesso aos métodos.

Observa-se uma escassez de estudos sobre o percurso assistencial que as usuárias do SUS fazem na RAS para acessar o DIU, bem como as desigualdades sociais no uso da RAS, previamente identificadas em outros contextos de cuidado^(25,30). A maioria dos estudos se restringe à investigação do uso dos métodos contraceptivos^(1-2,31). Esta lacuna científica dificulta a identificação das barreiras para a utilização do DIU na atualidade, contribuindo para a invisibilidade do problema e para a injustiça contraceptiva, uma vez que existe um alto interesse em utilizar o método pelas brasileiras⁽³²⁾. Essas barreiras podem ser decorrentes de problemas programáticos e executivos na oferta do método, o que pode refletir a realidade de outros contextos nacionais e internacionais.

Assim, a primeira hipótese deste estudo é que existem desigualdades das mulheres na utilização da

RAS para acessar o DIU. E a segunda é que há maior dificuldade de mulheres com maior vulnerabilidade social para alcançar a inserção do DIU, tais como menor escolaridade, maior paridade e cor de pele preta/parda. Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar a utilização da Rede de Atenção à Saúde por mulheres em idade reprodutiva para inserção do DIU e analisar possíveis desigualdades conforme características sociodemográficas.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de estudo clínico epidemiológico do tipo transversal, aninhado a uma coorte prospectiva, conduzido em serviço de referência para inserção do DIU por enfermeiras obstétricas no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

Para a coorte prospectiva, foi calculada uma amostra aleatória simples representativa para o município a partir do número de consultas de inserção do DIU realizadas pelo referido serviço no ano de 2022, estratificada por tipo de DIU (cobre e hormonal) e o momento de inserção (pós-parto e de intervalo). Utilizaram-se os parâmetros de descontinuidade como desfecho principal e a baixa escolaridade como exposição. O cálculo foi realizado para nível de significância de 5%, poder de 80%, taxa de descontinuidade de 46,2% no grupo de alta escolaridade (não exposto) e *Odds Ratio* de 1,71⁽³³⁾, totalizando 444 mulheres com a inserção do DIU. A esse valor, houve um acréscimo de 10%, considerando possíveis perdas de seguimento, resultando em um total de 489 mulheres com inserção do DIU após a consulta. Utilizou-se o programa *OpenEpi* versão 3.01 para o cálculo amostral do estudo.

Foram elegíveis mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no município de Belo Horizonte, nulíparas e multíparas, que atendiam aos critérios de elegibilidade para o uso do método contraceptivo ofertado⁽³⁴⁾.

Foram excluídas as mulheres participantes que já utilizavam o DIU, com suspeita ou confirmação de gestação, ou comprometimento cognitivo, e as que realizaram a inserção do DIU no pós-parto ($n = 30$), tendo em vista o acesso diferenciado a essa modalidade, especialmente pela confirmação prévia da ausência de gestação e pela possibilidade de inserção durante a internação hospitalar. Também foram aplicados critérios específicos conforme o tipo de DIU. Para o DIU de cobre,

excluíram-se mulheres com alergia ao cobre, câncer cervical ou endometrial, anomalias uterinas, estenose cervical, imunossupressão, uso de anticoagulantes ou distúrbios de coagulação⁽³⁴⁾. No caso do DIU hormonal, foram excluídas aquelas cujo uso estava indicado para tratamento de comorbidades, como sangramento uterino anormal, endometriose, adenomiose, leiomiomatose ou hiperplasia endometrial⁽³⁵⁾.

Desta forma, do total de 545 mulheres que responderam ao questionário da linha de base, após aplicar os critérios de exclusão, foram estudadas 515 mulheres, independentemente da efetivação da inserção do método contraceptivo.

Variáveis de interesse

As variáveis de desfechos neste estudo referem-se à utilização dos serviços da RAS para inserção do DIU, conforme proposto por Andersen⁽²⁴⁾: conhecimento da UBS de referência; cadastro na UBS; atendimento na UBS nos últimos 12 meses; discutiu planejamento reprodutivo com profissional; consulta com profissional para a escolha do DIU; conhecimento se UBS insere DIU; pensou em desistir; tentativa de realizar a inserção do DIU na UBS (categorizadas em sim e não); número de tentativas de inserção do DIU nos serviços de saúde antes do atendimento; quantidade de profissionais que consultou para inserção (nenhum, um, dois ou mais); qual profissional consultou para inserção do DIU (enfermeiro, médico, outros); tempo aguardado para realizar a inserção do DIU (<1, 1-3, 4-6, 7 meses ou mais); e quem informou sobre a inserção do DIU no hospital (enfermeiro, médico, admissão maternidade, amigo/a parentes, internet; referência do serviço da UBS, outros).

A seleção das variáveis de exposição também foi orientada pelo Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde⁽²⁴⁾. Portanto, as características sociodemográficas individuais foram consideradas fatores predisponentes⁽³⁶⁾ e incluíram: raça/cor (branca, preta e parda) e paridade (nenhuma, uma a duas e três ou mais). Como fator facilitador, incluiu-se a escolaridade (0-12 e 13 ou mais anos de estudo).

Outras covariáveis relativas às características sociodemográficas e reprodutivas foram utilizadas para descrever a população de estudo e suas necessidades em contracepção: faixa etária (18-24, 25-29, 30-34 e 35 anos ou mais); situação conjugal (solteira/viúva ou divorciada, casada/união estável); parceria sexual (sim, não); trabalho remunerado (sim, não); ocorrência de gravidez prévia (sim, não); gravidez foi planejada (sim e não); deseja ter mais filhos (sim, não); utiliza

algum método atualmente (sim, não); idade na primeira gestação (menor que 18, 18-24 e 25 ou mais); nível de satisfação com o método atual (indiferente, satisfeita/muito satisfeita, insatisfeita/muito insatisfeita). Algumas variáveis não foram respondidas por todas as mulheres, e aquelas que se autodeclararam amarelas (n=10), indígenas (n=1) e não informaram sua raça/cor (n=7) foram excluídas das análises devido ao número muito baixo e não representativo das categorias.

Coleta de dados

A coleta de dados da linha de base da coorte foi realizada entre setembro de 2023 e agosto de 2024, em uma instituição filantrópica com atendimentos prestados integralmente pelo SUS. O serviço é reconhecido como referência na atuação de enfermeiras obstétricas, especialmente na inserção do DIU no âmbito da atenção à saúde reprodutiva.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário com base em questões de instrumentos consolidados, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 e as edições da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizadas em 2013 e 2019. O questionário foi testado em um estudo-piloto com sete mulheres, o que possibilitou adequações para aprimorar a clareza e coerência, alcançando o instrumento para utilização na coleta de dados. Ao final, os questionários foram estruturados e organizados em 12 módulos temáticos: identificação; critérios de inclusão e exclusão; informações para contato no seguimento; processo decisório para uso do DIU; trajetória na Rede de Atenção à Saúde (RAS); conhecimento sobre o método; características sociodemográficas; história reprodutiva; saúde sexual e reprodutiva atual.

As entrevistas foram conduzidas com uso do questionário, face a face, presencialmente, no dia agendado para a consulta de inserção do DIU, enquanto as usuárias aguardavam o atendimento. A seleção das participantes ocorreu por amostragem aleatória, a partir da agenda de marcações do dia, considerando a disponibilidade dos entrevistadores e os agendamentos programados. Após a realização do questionário e da consulta, foi realizada a confirmação da inserção do método. A coleta de dados ocorreu por meio do *software Research Electronic Data Capture* (REDCap).

A equipe de coleta de dados foi previamente capacitada, com treinamentos teóricos e práticos, incluindo treinamento sobre o DIU. Foi composta por estudantes de graduação em Enfermagem, enfermeiras, enfermeiras obstétricas, mestrandas e doutorandas em Enfermagem. A capacitação envolveu a apresentação do projeto de pesquisa, a realização de oficina temática sobre o DIU,

a exposição detalhada do manual de coleta, a explicação do questionário e treinamento prático com simulação de entrevistas, utilizando o *software REDCap* em dispositivos móveis (celulares e *tablets*). Durante a coleta de dados, foram promovidas reuniões mensais de monitoramento com a equipe para discutir dificuldades operacionais e implementar melhorias contínuas na qualidade dos dados obtidos. Esse processo teve como objetivo assegurar o correto preenchimento do questionário e a padronização da abordagem às participantes.

Análise de dados

Primeiramente, descreveu-se a população do estudo segundo características sociodemográficas e reprodutivas, por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Em seguida, a mesma análise descritiva foi conduzida para os grupos de mulheres que inseriram e não inseriram o DIU após a avaliação na consulta. Posteriormente, calculou-se a proporção das variáveis de utilização da RAS para o total de mulheres e para os grupos das que inseriram e das que não puderam inserir o DIU.

No presente estudo, as características sociodemográficas raça/cor e paridade foram consideradas fatores predisponentes, e a escolaridade como fator facilitador ou capacitante para utilização da RAS para alcançar o DIU como método contraceptivo. Assim, analisou-se, entre as mulheres que alcançaram a inserção do DIU, se suas características sociodemográficas (cor da pele/raça autorreferida, paridade e escolaridade) estavam associadas às variáveis de utilização da RAS. Nesta etapa, utilizaram-se o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher para avaliar diferenças estatísticas entre as proporções. Em seguida, seguiu-se com a estimativa da *Odds Ratio* não ajustada (OR_{na}) somente para os fatores que, na análise descritiva, apresentaram um $p < 0,2$. Utilizou-se a regressão logística para as variáveis de utilização binárias e a logística multinomial para aquelas com mais de duas respostas. Todas as análises foram realizadas no *software* STATA versão 16.1.

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer n.º 6.074.135; CAAE: 68438523.60000.5149) e do Hospital Sofia Feldman (parecer n.º 6.091.977; CAAE: 68438523.6.3001.5132), respectivamente em 23 e 31 de maio de 2023. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes das entrevistas, cujo parecer está anexado à presente submissão.

Resultados

As características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres estudadas, total e segundo a situação de inserção do DIU, encontram-se na Tabela 1. Observa-se que a maioria eram jovens, entre 18-24 anos (37,5%) e 25-29 anos (27,9%), se autodeclararam pretas e pardas (73,5%); eram solteiras, viúvas ou divorciadas (71,7%); e possuíam parceria sexual atual (77,1%). Além disso, a maioria das mulheres possuía até 12 anos de escolaridade e trabalhava.

Quanto à história reprodutiva, das 507 mulheres que responderam sobre gestação prévia, 59,4% afirmaram ter engravidado. Dessas, a idade na primeira gestação foi entre 18 e 25 anos para 59,2%, e a maioria não planejou a gestação (60,4%). De todas as entrevistadas, a maioria não desejava engravidar novamente e utilizava

algum método contraceptivo no momento da consulta, principalmente preservativo e pílula. Também estavam satisfeitas/muito satisfeitas com o método atual (67,1%) e, ao serem questionadas sobre a troca do método atual pelo DIU, a maioria relatou buscar mais segurança (40,6%), seguida de praticidade (18,8%) e devido a efeitos colaterais (15,5%).

Conforme a Tabela 1, não houve diferença das características sociodemográficas e reprodutivas entre os grupos que alcançaram ou não a inserção na data da consulta. Ressalta-se que, a cada quatro mulheres que acessaram o serviço de referência, uma não teve sucesso na inserção do DIU, mesmo estando agendada para o procedimento (25,4%; n=130). Os principais motivos da não inserção foram a impossibilidade de descartar gestação (37,0%) e o desejo por outro tipo de DIU não disponível no serviço (24,0%).

Tabela 1 - Proporção das características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres atendidas no Ambulatório de planejamento reprodutivo segundo a situação de inserção do dispositivo intrauterino (n = 515). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024

Características sociodemográficas e reprodutivas	Total	Situação Inserção do DIU*				Valor- p
		Não Inseriu		Inseriu		
		n (%) [†]	N [‡]	% [§]	N [‡]	
Idade (anos) (n[¶]=509)						0,722
18-24	191 (37,5)	54	41,5	137	36,1	
25-29	142 (27,9)	35	27,0	107	28,2	
30-34	93 (18,3)	21	16,1	72	19,0	
35 ou mais	83 (16,3)	20	15,4	63	16,7	
Cor autodeclarada (n[¶]=491)						0,836
Branca	130 (26,4)	33	25,8	97	26,7	
Preta e parda	361 (73,6)	95	74,2	266	73,3	
Situação conjugal (n[¶]=509)						0,531
Solteira, viúva ou divorciada	365 (71,7)	96	73,9	269	71,0	
Casada ou união estável	144 (28,3)	34	26,1	110	29,0	
Escolaridade (anos de estudo) (n[¶]=509)						0,205
0 a 12	317 (62,3)	87	66,9	230	60,7	
13 ou mais	192 (37,7)	43	33,1	149	39,3	
Trabalha atualmente (n[¶]=509)						0,739
Sim	393 (77,2)	99	76,1	294	77,6	
Gravidez prévia (n[¶]=507)						0,261
Sim	301 (59,4)	82	63,6	219	57,9	
Número de gravidezes (n[¶]=507)						0,308
0	206 (40,6)	47	36,4	159	42,0	
1	168 (33,1)	51	39,5	117	30,9	
2	88 (17,4)	22	17,0	66	17,5	
3 ou mais	45 (8,9)	9	7,0	36	9,5	
Gravidez planejada (n[¶]=303)						0,358
Não	183 (60,4)	53	60,4	130	58,8	

continua...

...continuação

Características sociodemográficas e reprodutivas	Total	Situação Inserção do DIU*				Valor- p
		Não Inseriu		Inseriu		
		n (%) [†]	N [‡]	% [§]	N [‡]	
Idade na 1ª gestação (anos) (n=302)						0,633
<18	66 (21,9)	15	18,3	51	23,2	
18-25	179 (59,3)	50	61,0	129	58,6	
26 ou mais	57 (18,8)	17	20,7	40	18,2	
Não deseja ter mais filhos (n=508)						0,440
Não	296 (58,3)	72	55,4	224	59,3	
Usa MC** atualmente (n=502)						0,080
Sim	356 (71,0)	83	64,8	273	73,0	
Método atual (n=356)						0,094
Preservativo	124 (34,9)	25	30,1	99	36,3	
Pílula combinada e ou minipílula	108 (30,3)	25	30,1	83	30,4	
Injetável	57 (16,0)	47	12,1	10	17,2	
DIU* cobre e hormonal	52 (14,6)	16	19,3	36	13,2	
Outros ^{††}	15 (4,2)	7	8,4	8	2,9	
Satisfação com o MC** atual (n=356)						0,003
Indiferente	49 (13,8)	10	12,1	39	14,3	
Satisfeita/muito satisfeita	239 (67,1)	49	59,0	190	69,6	
Insatisfeita/muito insatisfeita	68 (19,1)	24	28,9	44	16,1	
Tem parceria sexual atual (n=507)						0,542
Sim	391 (77,1)	102	79,1	289	76,4	

*DIU = Dispositivo Intrauterino; [†]n(%) = Frequência absoluta e percentual; [‡]N = Total da amostra; [§]% = Percentual; ^{||}Valor-p = Teste qui-quadrado de Pearson; ^{††}n = Número total de pessoas que responderam à pergunta; **MC = Método contraceptivo; ^{††}Outros = Métodos naturais, pílula de emergência e método de amenorreia lactacional

Segundo a Tabela 2, em relação à utilização dos serviços de saúde da RAS até o dia da consulta no serviço de referência, observou-se que a maioria das mulheres conhecia a UBS de referência, tinha cadastro e buscou atendimento na UBS no último ano. Entretanto, apenas 34,6% participaram de uma consulta de Planejamento Reprodutivo (PR) antes de escolher o DIU; 74,4% tentaram realizar a inserção do dispositivo na UBS e somente 20,9% conheciam essa possibilidade. Das que realizaram consulta com profissional de saúde para escolha do DIU, apenas 32,2% consultaram com o enfermeiro.

Ainda conforme a Tabela 2, o acesso ao ambulatório para inserção do DIU foi realizado por indicação de amigos, parentes e outros indivíduos (83,3%), com baixa proporção de encaminhamentos por profissionais dos serviços da RAS. Quanto ao tempo de espera, 57,8%

das mulheres aguardaram entre 1-3 meses e 30,6%, 4 meses ou mais. Não foram observadas diferenças significativas na utilização da RAS em relação à inserção do DIU.

Em seguida, analisou-se a utilização da RAS por cor da pele/raça, escolaridade e paridade para as mulheres que alcançaram a inserção do DIU (n=363). Na Tabela 3, observa-se que não houve diferenças nas chances de utilização da RAS segundo a cor da pele/raça.

Os resultados da Tabela 4 mostram a utilização da RAS segundo escolaridade, na qual observa-se que mulheres com maior escolaridade, em comparação às de menor escolaridade, apresentaram maior utilização dos serviços da UBS no último ano (OR = 3,21; IC95%: 1,84-5,60), porém tiveram menor chance de ser atendidas em consulta específica para escolha do DIU (OR = 0,61; IC95%: 0,40-0,93).

Tabela 2 - Proporção da utilização da RAS* pelas mulheres atendidas no ambulatório de planejamento reprodutivo para acessar o dispositivo intrauterino no serviço de referência segundo a situação de inserção do dispositivo intrauterino (n = 515). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024

Variáveis de Utilização da RAS*	Total	Situação Inserção do DIU [†]				valor-p [‡]
		Não Inseriu		Inseriu		
		N [§]	%	N [§]	%	
n (%) [‡]						
Conhece UBS** de referência (n ^{††} =509)						0,919
Sim	449 (88,2)	115	88,5	334	88,1	
Cadastro na UBS** (n ^{††} =450)						0,426
Sim	431 (95,8)	112	97,4	319	95,2	
Atendida na UBS** no último ano (n ^{††} =423)						0,924
Sim	331 (78,2)	88	78,6	243	78,1	
Discutiu PR ^{‡‡} com profissional (n ^{††} =508)						0,060
Sim	175 (34,6)	36	27,7	139	36,7	
Consulta com profissional para a escolha do DIU [†] (n ^{††} =509)						0,955
Sim	320 (62,9)	82	63,1	238	62,8	
Profissional consultado (n ^{††} =246)						0,612
Médico	167 (67,8)	40	63,5	127	69,4	
Enfermeiro	79 (32,2)	23	36,5	56	30,6	
Número de profissionais consultados (n ^{††} =506)						0,216
Nenhum	260 (51,4)	66	51,2	194	51,5	
Um	187 (36,9)	53	41,1	134	35,5	
Dois ou mais	59 (11,7)	10	7,7	49	13,0	
Conhece a inserção na UBS** (n ^{††} =450)						0,995
Sim	94 (20,9)	24	20,9	70	21,0	
Tentativa de inserção na UBS** (n ^{††} =450)						0,910
Sim	335 (74,4)	98	21,7	237	52,7	
Fonte de informação do DIU [†] (n ^{††} =509)						0,939
Médico	41 (8,1)	11	8,5	30	7,9	
Enfermeiro	44 (8,6)	12	9,3	32	8,4	
Outros ^{§§}	424 (83,3)	107	82,3	317	83,6	
Tempo aguardado para inserção do DIU [†] (em meses) (n ^{††} =509)						0,040
<1	59 (11,6)	11	8,5	48	12,6	
1-3	294 (57,8)	83	63,9	211	55,7	
4-6	79 (15,5)	12	9,2	67	17,7	
7 ou mais	77 (15,1)	24	18,5	53	14,0	
Número de tentativas de inserção do DIU [†] (n ^{††} =507)						0,888
Nenhuma	215 (42,4)	53	40,8	162	43,0	
Uma	202 (39,8)	54	41,5	148	39,3	
Duas ou mais	90 (17,8)	23	17,7	67	17,8	
Pensou em desistir (n ^{††} =509)						0,281
Sim	112 (22,0)	33	25,4	79	20,8	

*RAS = Rede de Atenção à Saúde; [†]DIU = Dispositivo Intrauterino; [‡]n(%) = Frequência absoluta e percentual; [§]N = Total da amostra; ^{||}% = Percentual;

[‡]Valor-p = Teste qui-quadrado de Pearson; **UBS = Unidade Básica de Saúde; ^{††}n = Número total de pessoas que responderam à pergunta;

^{‡‡}PR = Planejamento Reprodutivo; ^{§§}Outros = Amigo/Parentes/Porteiro, secretária e professora

Tabela 3 - Proporção e *Odds Ratio* (OR) de utilização da RAS* por mulheres que inseriram o dispositivo intrauterino após o atendimento no Ambulatório de planejamento reprodutivo para acessar o método contraceptivo no serviço de referência de acordo com raça/cor (n = 363). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024

Variáveis de Utilização da RAS*	Raça/Cor		valor-p [‡]	Raça/Cor	
	Branca	Preta/Parda		Branca	Preta/Parda
	n (%) [†]	n (%) [†]		ORna [§] (IC95%)	
Conhece UBS[¶] de referência (n**=363)			0,357		
Sim	83 (85,6)	237 (89,1)			
Cadastro na UBS[¶] (n**=321)			0,275		
Sim	77 (92,8)	228 (95,8)			
Atendida na UBS[¶] no último ano (n**=298)			0,234		
Sim	56 (73,7)	178 (80,2)			
Discutiu PR^{††} com profissional (n**=363)			0,719		
Sim	37 (38,1)	96 (36,1)		Ref. ^{‡‡}	1,09 (0,68-1,76)
Consulta com profissional para a escolha do DIU^{§§} (n**=363)			0,820		
Sim	37 (38,1)	98 (36,8)			
Profissional consultado (n**=108)			0,683		
Médico	13 (52,0)	47 (56,6)			
Enfermeiro	12 (48,0)	36 (43,4)		Ref. ^{‡‡}	1,21 (0,49-2,95)
Número de profissionais consultados (n**=363)			0,623		
Nenhum	49 (50,5)	137 (51,9)			
Um	38 (39,2)	93 (35,0)		Ref. ^{‡‡}	1,14 (0,69-1,88)
Dois ou mais	10 (10,3)	36 (13,5)		Ref. ^{‡‡}	0,78 (0,36-1,68)
Conhece a inserção na UBS[¶] (n**=321)			0,334		
Sim	14 (16,9)	52 (21,9)			
Tentativa de inserção na UBS[¶] (n**=321)			0,485		
Sim	26 (31,3)	65 (27,3)		Ref. ^{‡‡}	0,82 (0,48-1,42)
Fonte de informação do DIU^{§§} (n**=363)			0,619		
Médico	21 (7,9)	6 (6,2)			
Enfermeiro	20 (7,5)	10 (10,3)		Ref. ^{‡‡}	1,75 (0,54-5,71)
Outros	225 (84,6)	81 (83,5)		Ref. ^{‡‡}	1,26 (0,49-3,23)
Tempo aguardado para inserção do DIU^{§§} (em meses) (n**=363)			0,232		
<1	13 (13,4)	33 (12,4)			
1-3	52 (53,6)	153 (57,5)			
4-6	22 (22,7)	39 (14,1)			
7 ou mais	10 (19,6)	41 (80,4)			
Número de tentativas de inserção do DIU^{§§} (n**=361)			0,972		
Nenhuma	42 (43,7)	114 (43,1)			
Uma	38 (39,6)	104 (39,2)			
Duas ou mais	16 (16,7)	47 (17,7)			
Pensou em desistir (n**=363)			0,124		
Sim	25 (25,8)	49 (18,4)		Ref. ^{‡‡}	1,54 (0,89-2,67)

*RAS = Rede de Atenção à Saúde; [†]n (%) = Frequência absoluta e percentual; [‡]Teste qui-quadrado de Pearson; [§]ORna = *Odds Ratio* não ajustada; ^{||}IC95% = Intervalo de 95% de Confiança; [¶]UBS = Unidade Básica de Saúde; ^{**}n = Número total de pessoas que responderam à pergunta; ^{††}PR = Planejamento Reprodutivo; ^{‡‡}Ref. = Categoria de referência; ^{§§}DIU = Dispositivo Intrauterino; ^{||||}Amigo/Parentes/Porteiro, secretária e professora

Tabela 4 - Proporção e *Odds Ratio* (OR) de utilização da RAS* por mulheres que inseriram o dispositivo intrauterino após o atendimento no Ambulatório de planejamento reprodutivo para acessar o método contraceptivo no serviço de referência de acordo com a escolaridade (n = 379). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024

Variáveis de Utilização da RAS*	Escolaridade (em anos)		valor-p [‡]	Escolaridade (em anos)	
	0 a 12	13 ou mais		0 a 12	13 ou mais
	n (%) [†]	n (%) [†]		ORna [§] (IC95%)	
Conhece UBS[¶] de referência (n**=379)			0,282		
Sim	206 (89,6)	128 (86,0)			
Cadastro na UBS[¶] (n**=335)			0,333		
Sim	198 (96,1)	121 (93,8)			
Atendida na UBS[¶] no último ano (n**=311)			<0,0001 ^{††}		
Sim	78 (65,6)	165 (85,9)		Ref. ^{‡‡}	3,21 (1,84-5,60) ^{§§}
Discutiu PR com profissional (n**=378)			0,073		
Sim	63 (42,3)	76 (33,2)		Ref. ^{‡‡}	0,68 (0,44-1,04)
Consulta com profissional para a escolha do DIU^{¶¶} (n**=379)			0,021 ^{††}		
Sim	66 (44,3)	75 (32,6)		Ref. ^{‡‡}	0,61 (0,40-0,93) ^{§§}
Profissional consultado (n**=113)			0,342		
Médico	24 (60,0)	37 (50,7)		Ref. ^{‡‡}	
Enfermeiro	16 (40,0)	36 (49,3)			1,46 (0,67-3,19)
Número de profissionais consultados (n**=379)			0,090		
Nenhum	66 (44,3)	128 (55,7)		Ref. ^{‡‡}	
Um	59 (39,6)	75 (32,6)			0,66 (0,42-1,03)
Dois ou mais	24 (16,1)	27 (11,7)			0,58 (0,31-1,08)
Conhece a inserção na UBS[¶] (n**=335)			0,414		
Sim	24 (18,6)	46 (22,3)			
Tentativa de inserção na UBS[¶] (n**=335)			0,096		
Sim	31 (24,0)	67 (32,52)		Ref. ^{‡‡}	1,52 (0,93-2,51)
Fonte de informação do DIU (n**=379)			0,783		
Médico	11 (7,4)	19 (8,3)		Ref. ^{‡‡}	
Enfermeiro	11 (7,4)	21 (9,1)			1,10 (0,39-3,13)
Outros ^{***}	127 (85,2)	190 (82,6)			0,87 (0,40-1,88)
Tempo aguardado para inserção do DIU^{¶¶} (em meses) (n**=379)			0,015 ^{††}		
<1	24 (16,1)	24 (10,4)		Ref. ^{‡‡}	
1-3	74 (49,7)	137 (59,6)			1,85 (0,98-3,48)
4-6	35 (23,5)	32 (13,9)			0,91 (0,44-1,92)
7 ou mais	16 (10,7)	37 (16,1)			2,31 (1,02-5,22) ^{§§}
Número de tentativas de inserção do DIU^{¶¶} (n**=377)			0,043 ^{††}		
Nenhuma	61 (41,2)	101 (44,1)		Ref. ^{‡‡}	
Uma	68 (45,9)	80 (34,9)			0,71 (0,45-1,12)
Dois ou mais	19 (12,8)	48 (21,0)			1,56 (0,82-2,83)
Pensou em desistir (n**=379)			0,988		
Sim	48 (28,9)	31 (20,8)			

*RAS = Rede de Atenção à Saúde; [†]n (%) = Frequência absoluta e percentual; [‡]Teste qui-quadrado de Pearson; [§]ORna = *Odds Ratio* não ajustada; ^{||}IC95% = Intervalo de 95% de Confiança; [¶]UBS = Unidade Básica de Saúde; ^{**}n = Número total de pessoas que responderam à pergunta; ^{††}Valor-p estatisticamente significativo (p<0,05); ^{‡‡}Ref. = Categoria de referência; ^{§§}*Odds ratios* com significância estatística, identificadas pelo IC95% que não inclui o valor nulo (OR = 1); ^{||||}PR = Planejamento Reprodutivo; ^{¶¶}DIU = Dispositivo Intrauterino; ^{***}Amigo/Parentes/Porteiro, secretária e professora

Em relação à análise da utilização da RAS segundo paridade, de acordo com a Tabela 5, as multiparas têm maior chance de conhecer a UBS de referência (OR=2,83; IC95% 1,48-5,42) e de conhecimento sobre a inserção de DIU na UBS (OR=3,14; IC95% 1,66-5,91) se comparadas com as nulíparas. Porém, essas mulheres tiveram menor

chance de esperar 1-3 meses para a inserção do DIU (OR=0,42; IC95% 0,21-0,83) em comparação às nulíparas. Além disso, tiveram maior chance de um número maior de tentativas de inserção (2 ou mais tentativas: OR= 2,15; IC95% 1,17-3,96) e apresentaram menor chance de desistir (OR= 0,50; IC95% 0,30-0,82), se comparadas às nulíparas.

Tabela 5 - Proporção e *Odds Ratio* (OR) de utilização da RAS* por mulheres que inseriram o dispositivo intrauterino após o atendimento no Ambulatório de planejamento reprodutivo para acessar o método contraceptivo no serviço de referência de acordo com a paridade (n = 378). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2024

Variáveis de Utilização da RAS*	Paridade		valor-p [†]	Paridade	
	Nulípara	Primípara/Multipara		Nulípara	Primípara/Multipara
	n (%) [‡]	n (%) [‡]		ORna [§] (IC95%)	
Conhece UBS[¶] de referência (n^{**}=378)			0,001 ^{††}		
Sim	130 (81,8)	203 (92,7)		Ref. ^{‡‡}	2,83 (1,48-5,42) ^{§§}
Cadastro na UBS[¶] (n^{**}=334)			0,047 ^{††}		
Sim	120 (92,3)	198 (97,1)		Ref. ^{‡‡}	2,75 (0,97-7,76)
Atendida na UBS[¶] no último ano (n^{**}=310)			0,052		
Sim	86 (72,3)	156 (81,7)		Ref. ^{‡‡}	1,71 (0,99-2,95)
Discutiu PR com profissional (n^{**}=377)			0,357		
Sim	54 (34,2)	85 (38,8)			
Consulta com profissional para a escolha do DIU^{¶¶} (n^{**}=378)			0,947		
Sim	59 (37,1)	82 (37,4)			
Profissional consultado (n^{**}=113)			0,680		
Médico	21 (56,8)	40 (52,6)		Ref. ^{‡‡}	1,18 (0,54-2,60)
Enfermeiro	16 (43,2)	36 (47,4)			
Número de profissionais consultados (n^{**}=378)			0,145		
Nenhum	88 (55,4)	106 (48,4)			0,86 (0,55-1,35)
Um	56 (35,2)	78 (35,6)		Ref. ^{‡‡}	
Dois ou mais	15 (9,4)	35 (16,0)			1,68 (0,84-3,36)
Conhece a inserção na UBS[¶] (n^{**}=334)			<0,0001 ^{††}		
Sim	14 (10,8)	56 (27,5)		Ref. ^{‡‡}	3,14 (1,66-5,91) ^{§§}
Tentativa de inserção na UBS[¶] (n^{**}=334)			0,003 ^{††}		
Sim	26 (20,0)	72 (35,3)		Ref. ^{‡‡}	2,18 (1,3-3,65) ^{§§}
Fonte de informação do DIU^{¶¶} (n^{**}=378)			0,002 ^{††}		
Médico	9 (5,7)	21 (9,6)		Ref. ^{‡‡}	2,31 (0,67-7,94)
Enfermeiro	5 (3,1)	27 (12,3)		Ref. ^{‡‡}	0,51 (0,22-1,13)
Outros ^{***}	145 (91,2)	171 (78,1)			
Tempo aguardado para inserção do DIU^{¶¶} (em meses) (n^{**}=378)			0,003 ^{††}		
<1	14 (8,8)	33 (15,1)		Ref. ^{‡‡}	
1-3	106 (66,7)	105 (48,0)			0,42 (0,21-0,83) ^{§§}
4-6	24 (15,1)	43 (19,6)			0,76 (0,34-1,69)
7 ou mais	15 (9,4)	38 (17,3)			1,07 (0,45-2,55)
Número de tentativas de inserção do DIU^{¶¶} (n^{**}=376)			0,042 ^{††}		
Nenhuma	77 (48,7)	84 (38,5)		Ref. ^{‡‡}	
Uma	61 (38,6)	87 (39,9)			1,31 (0,83-2,05)
Duas ou mais	20 (12,7)	47 (21,6)			2,15 (1,17-3,96) ^{§§}
Pensou em desistir (n^{**}=378)			0,006 ^{††}		
Sim	44 (27,7)	35 (16,0)		Ref. ^{‡‡}	0,50 (0,30-0,82) ^{§§}

*RAS = Rede de Atenção à Saúde; [‡]n (%) = Frequência absoluta e percentual; [†]Teste qui-quadrado de Pearson; [§]ORna = *Odds Ratio* não ajustada; ^{||}IC95% = Intervalo de 95% de Confiança; [¶]UBS = Unidade Básica de Saúde; ^{**}n = Número total de pessoas que responderam à pergunta; ^{††}Valor-p estatisticamente significativo (p<0,05); ^{‡‡}Ref. = Categoria de referência; ^{§§}*Odds ratios* com significância estatística, identificadas pelo IC95% que não inclui o valor nulo (OR = 1); ^{|||}PR = Planejamento Reprodutivo; ^{¶¶}DIU = Dispositivo Intrauterino; ^{***}Amigo/Parentes/Porteiro, secretária e professora

Discussão

Os achados do presente estudo apontam que, apesar de a maioria das mulheres conhecerem e utilizarem os serviços da APS, quando se trata da utilização dos serviços especificamente para acessar o DIU, há uma redução importante do acesso à orientação sobre PR, sobre a possibilidade de inserção do DIU neste serviço, e o desconhecimento das mulheres quanto à possibilidade de inserção do DIU na UBS. Adicionalmente, esta redução foi ainda maior para as mulheres com menor escolaridade e nulíparas. Além disso, houve baixa proporção de encaminhamentos por profissionais para a inserção do DIU no ambulatório de referência e maior proporção de mulheres que aguardam mais de um mês.

Este resultado confirma a hipótese deste estudo, pois aponta barreiras na utilização da RAS para o acesso ao DIU, com uma trajetória assistencial marcada por peregrinação das mulheres pelos serviços, fenômeno já descrito em outras dimensões da atenção à saúde, como em relação ao parto⁽³⁷⁾ e outros contextos de cuidados à saúde sexual e reprodutiva^(25,30). Também confirma a hipótese de maior dificuldade de alcançar a inserção do DIU na RAS entre mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, entre aquelas com menor escolaridade e principalmente as com menor paridade. No entanto, não foram observadas desigualdades na utilização dos serviços da RAS segundo raça/cor da pele.

Em relação às barreiras para utilização da RAS para acessar o DIU no município, as mulheres relataram dificuldades ainda não reportadas em estudos prévios, tais como a ausência de referenciamento para o serviço de referência, o desconhecimento da possibilidade de inserção na própria UBS e o tempo de espera entre 1-3 meses para a inserção. Esses achados demonstram dificuldade de acesso e fragilidade dos serviços da RAS em garantir os direitos sexuais e reprodutivos no âmbito da contracepção, barreiras adicionais ao que foi reportado em estudos prévios^(2,11,25).

A dificuldade de acessar o DIU na rede de Belo Horizonte, evidenciada no presente estudo, poderia ser realidade em outros municípios brasileiros de grande porte, uma vez que mais da metade dos municípios referiu não disponibilizar o DIU nos serviços da APS⁽¹¹⁾. Além disso, evidências de estudos em outras localidades, incluindo Minas Gerais, apontam para o fato de que a realização do procedimento é restrita e prescinde indicação do profissional médico^(8-9,38), muitas vezes especialistas, que não estão presentes em todos os serviços da APS, além do conhecimento inadequado dos profissionais de saúde acerca do DIU⁽³⁸⁻³⁹⁾. Tais fatores constituem uma barreira institucional que impacta a efetivação do direito.

Essa realidade é agravada pelo descumprimento dos prazos legais para acesso ao método, como evidenciado neste estudo, em que a maioria das mulheres aguardou mais de 30 dias, descumprindo o que está estabelecido na Lei do Planejamento Reprodutivo⁽⁴⁰⁾, e amplia o risco de gravidez não intencional. Essa demora pode estar relacionada à disponibilidade do método nos serviços, pois estudo nacional que avaliou a disponibilidade de insumos nas APS para o PR em 2012, 2014 e 2018 identificou, em todos os anos, menor disponibilidade do DIU nestes serviços⁽¹¹⁾. Tal fato também poderia justificar o maior desconhecimento reportado pelas mulheres sobre a disponibilidade do DIU nas UBS encontrada no presente estudo.

Ainda em relação às barreiras, destaca-se que a taxa de não inserção do DIU no dia da consulta também demanda atenção, ainda que não tenham sido identificadas diferenças significativas entre os grupos quanto ao uso da RAS e aos critérios clínicos. A impossibilidade de descartar a gestação foi o principal motivo para a não inserção do DIU no presente estudo e poderia ser superada com estratégias educativas, aconselhamento reprodutivo e fluxos assistenciais adequados⁽⁴¹⁾.

A análise dos fatores predisponentes e facilitadores, conforme previsto no Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde de Andersen⁽³⁶⁾, evidenciou desigualdades sociais na utilização da RAS para a inserção do método. Foi observada uma relação entre a maior escolaridade e a utilização dos serviços de saúde, corroborando achados de estudos internacionais^(21,28). Esta relação poderia ser explicada pelo fato de que níveis mais elevados de escolaridade contribuem para transformar padrões reprodutivos femininos ao fortalecer a capacidade de decisão, ampliar o acesso a informações e favorecer a ascensão social⁽⁴²⁾. Estudo prévio também apontou maior conhecimento sobre o DIU destas mulheres⁽²³⁾. Adicionalmente, a baixa escolaridade poderia obstar o uso do DIU pela dificuldade em compreender as orientações dos profissionais⁽⁴³⁾.

Além da escolaridade, o estudo aponta para as desigualdades relacionadas à paridade, pois as múltiparas tiveram maior conhecimento e utilização da UBS para a inserção do DIU. No entanto, também esperaram e buscaram mais ativamente a inserção no serviço do que as nulíparas. A melhor situação das múltiparas poderia ser explicada pela maior facilidade e oportunidades em acessar os serviços de saúde para demandas da linha de cuidado contínuo materno-infantil, que se estende do pré-natal até o acompanhamento infantil⁽³⁾. Tal achado corrobora resultados de estudos prévios no cenário internacional⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. Ademais, resultados semelhantes foram encontrados no cenário nacional⁽⁴⁶⁾, porém englobando todos os métodos

contraceptivos. Estes achados demonstram uma maior valorização da reprodução, no qual as mulheres que são mães têm maior acesso aos serviços.

Assim, as mulheres mais jovens, solteiras, que configuram a maior parte das nulíparas, ficam alijadas do acesso e utilização dos serviços, mesmo tendo demandas por contracepção. Este cenário pode, além de remeter à desigualdade social, comprometer o exercício pleno dos direitos reprodutivos e configura-se como injustiça contraceptiva⁽⁴⁷⁾.

Um avanço do presente estudo é ter analisado dados de um serviço de referência para inserção do DIU com atuação de enfermeiros obstétricos. Sabe-se que a atuação do enfermeiro é estratégica para ampliar o acesso ao DIU na APS, especialmente por sua inserção territorial no âmbito do SUS. A diretriz nacional⁽⁷⁾ reconhece e recomenda a atuação destes profissionais para o fortalecimento do planejamento reprodutivo e familiar, considerando as necessidades das pessoas ao longo de diferentes fases do ciclo de vida. Ao atribuir a esses profissionais competências para inserção e prescrição do DIU, reforça-se seu papel na garantia do acesso ao método, contribuindo para a redução de gestações não planejadas, abortos inseguros e da morbimortalidade materno-infantil⁽⁴⁸⁾.

Essa estratégia foi implementada em algumas regiões do país, como São Paulo⁽⁴⁹⁾, Florianópolis⁽⁵⁰⁾, Mato Grosso do Sul⁽⁵¹⁾ e vários municípios da região Nordeste. Com isso, as enfermeiras da APS foram capacitadas e realizam a inserção do DIU nesses municípios⁽¹⁴⁾. A atuação consistente dos enfermeiros na inserção do DIU nessas localidades possibilitou a ampliação do acesso ao DIU, reduzindo o tempo de espera para obtenção do método, promovendo o direito à escolha livre e informada e contribuindo para uma maior resolutividade da RAS. Em outros países, como Austrália⁽¹⁵⁾, Estados Unidos⁽¹⁶⁾ e Índia⁽¹⁷⁾ a atuação da prática do enfermeiro encontra-se estabelecida e sistematizada no acesso ao DIU.

Ademais, estudo sobre a qualidade da assistência das enfermeiras obstétricas realizado em São Paulo mostrou que mais de 98% das mulheres que inseriram o DIU com obstetrizes e enfermeiras obstetras relataram que receberam orientação de PR antes da inserção e que, destas, 98,6% consideraram suficiente para que se sentissem seguras com o uso do DIU⁽⁴⁹⁾. Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) apontam que os enfermeiros são responsáveis pela maioria das consultas individuais relacionadas ao DIU, representando cerca de 76%⁽⁸⁾. Assim, a atuação dos enfermeiros na inserção do DIU amplia as oportunidades das mulheres tanto para o conhecimento dos métodos LARC quanto para o efetivo acesso à sua utilização⁽⁷⁾.

No entanto, na APS de Belo Horizonte, os enfermeiros não estão inseridos nos protocolos assistenciais locais para a inserção e prescrição do DIU durante a consulta de enfermagem, mesmo com as recomendações nas normativas ministeriais⁽⁷⁾ e na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem N.º 690/2022⁽¹⁴⁾. Tal fato poderia contribuir para os resultados deste estudo, evidenciando barreiras no percurso assistencial das mulheres nos serviços de saúde da RAS para acessar o método, reforçando a existência de problemas programáticos e executivos na oferta do método. Ressalta-se que a atuação consistente dos enfermeiros na inserção do DIU possibilitaria a ampliação do acesso à contracepção reversível de longa duração, a redução do tempo de espera, além de uma alternativa viável para preencher vazios assistenciais.

Apesar dos avanços no âmbito de políticas públicas nacionais e internacionais nas políticas de saúde da Mulher⁽⁶⁾ e da ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, incluindo o DIU, no âmbito do SUS, persistem desafios como a falta de informação em relação aos MC disponíveis e à capacidade dos serviços de ofertá-los. A superação destes desafios é fundamental para garantir a efetivação do direito à saúde das mulheres e ao exercício pleno de seus direitos reprodutivos no Brasil.

Este estudo apresenta limitações, tais como a avaliação exclusiva de mulheres atendidas em um serviço de referência para a inserção do DIU, o que poderia ser considerado um viés de seleção, uma vez que aquelas que comparecem às consultas podem ter maior motivação em relação ao uso de MC e o DIU. Assim, os resultados podem não refletir as experiências de mulheres que não procuraram esses serviços por diversos motivos, como desconhecimento, dificuldades financeiras, geográficas e culturais. Portanto, é possível que a coordenação da RAS esteja ainda pior do que a que foi identificada no estudo, representando um viés conservador, pois a dificuldade das mulheres em utilizar a RAS para acessar o método pode ter sido subestimada. Assim, a generalização dos resultados deve ser feita com cautela.

Por outro lado, esta metodologia permitiu recuperar informações sobre o percurso prévio dessas usuárias até a chegada ao serviço de referência para inserção do DIU, incluindo barreiras anteriores na RAS. Entrevistá-las de forma mais abrangente em toda a rede de um município de grande porte poderia ser oneroso e propenso a diversas falhas, conforme descrito em estudos prévios⁽⁵²⁾. Outro limite foi a capacidade dos dados se referirem à utilização dos serviços de saúde da RAS, que faz parte do acesso em sentido mais amplo, mas não se configura uma medida de acesso propriamente dito. No entanto, o estudo avança ao

investigar a utilização dos serviços para alcançar o método em uma capital brasileira com amostra representativa.

Os achados do presente estudo apresentam implicações para a prática profissional e a gestão em saúde, destacando-se a necessidade de fortalecer a articulação entre as macropolíticas nacionais e as ações locais, mais especificamente em relação à pactuação da RAS e dos serviços de referência, e criar estratégias para os serviços de saúde superarem a lógica materno-infantilista que orienta a oferta contraceptiva condicionada à maternidade, garantindo acesso efetivo a todas as mulheres, independentemente do histórico gestacional. Adicionalmente, é fundamental intensificar os esforços para melhorar o conhecimento das mulheres sobre a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva da RAS, revisão dos protocolos municipais de PR para que incluam o enfermeiro na prescrição, inserção, revisão e manutenção do DIU. Assim, haveria expansão da oferta dos serviços para as usuárias da APS, assegurando a autonomia feminina na escolha livre informada e na redução das desigualdades.

Conclusão

Os achados do presente estudo apontam novas barreiras no acesso ao DIU. Além disso, apontam desigualdades sociais na utilização da RAS do serviço em relação à escolaridade e à paridade. Tais evidências reforçam a necessidade de políticas públicas que priorizem a equidade no acesso à contracepção e reconheçam o papel estratégico dos enfermeiros na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Agradecimentos

À equipe do grupo de pesquisa NIEPE pelo comprometimento e dedicação durante o desenvolvimento desta pesquisa, e às mulheres que gentilmente aceitaram participar do estudo.

Referências

1. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Contraception use and family planning inequalities among Brazilian women. *Cien Saude Colet*. 2021;26(Suppl 2):3493–504. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
2. Araújo FG, Abreu MNS, Felisbino-Mendes MS. Contraceptive mix and factors associated with the type of method used by Brazilian women: a population-based cross-sectional study. *Cad Saude Publica*. 2023;39(8):e00229322. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT229322>

3. Cavenaghi S, Alves JED. The everlasting outmoded contraceptive method mix in Brazil and its legacy. *Rev Bras Estud Popul*. 2019;36:1–29. <https://doi.org/10.20947/S0103-3098a0103>
4. Festin MPR. Overview of modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;66:4–14. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.004>
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World family planning 2022: meeting the changing needs for family planning: contraceptive use by age and method [Internet]. New York, NY: UN; 2023 [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília-DF: MS; 2011 [cited 2024 Aug 21]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-31-2023-cosmu-cgaci-dgci-saps-ms/view>
8. Rodrigues GA, Alves VH, Rodrigues DP, Pereira AV, Marchiori GRS, Oliveira MAB, et al. Reproductive planning and insertion of intrauterine devices by physicians and nurses in Brazil. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e90554. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.90554>
9. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e227–35. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30481-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9)
10. Justino GBS, Stofel NS, Gervasio MDG, Teixeira IMC, Salim NR. Sexual and reproductive education in the puerperium: gender issues and women's healthcare in the context of primary care. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200711. <https://doi.org/10.1590/interface.200711>
11. Ruivo ACO, Facchini LA, Tomasi E, Wachs LS, Fassa AG. Availability of inputs for reproductive planning in three cycles of the program for improvement of access and quality in basic healthcare: 2012, 2014 and 2018. *Cad Saude Publica*. 2021;37(6):e00123220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123220>

12. Martins IMO, Nóbrega MCP, Queiroga VE, Barreto DS, Holanda VR, Faustino WM. Knowledge of nurses about the intrauterine device in the context of basic health units. *Enferm Glob*. 2023;22(2):192–233. <https://doi.org/10.6018/eglobal.537811>
13. Oliveira LS, Hermida PMV, Siqueira EF, Arma JCBS, Thomas LS, Dalmolin IS. Evidence of intrauterine device insertion by nurses in primary health care: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(1):e20230134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0134>
14. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 690, de 20 de maio de 2022. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo [Internet]. Brasília-DF: COFEN; 2022 [cited 2024 Aug 22]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022/>
15. Kemeny F, Digiusto E, Bateson D. Insertion of intrauterine contraceptive devices by registered nurses in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2016;56(1):92–6. <https://doi.org/10.1111/ajo.12427>
16. Jacobson L, Garbers S, Helmy H, Roobol H, Kohn JE, Kavanaugh ML. IUD services among primary care practices in New York City. *Contraception*. 2016;93(3):257–62. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.11.002>
17. Yadav V, Balasubramaniam S, Das S, Srivastava A, Srivastava A, Kumar S, et al. Comparison of outcomes at 6 weeks following postpartum intrauterine contraceptive device insertions by doctors and nurses in India: a case-control study. *Contraception*. 2016;93(4):347–55. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.12.012>
18. Ferreira L. Capitais brasileiras falham na distribuição de métodos contraceptivos nas unidades de atenção básica de saúde. *Genero Numero* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://www.generonumero.media/reportagens/capitais-metodos-contraceptivos-sus-falha-diu/>
19. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Plano municipal de saúde 2018–2021 [Internet]. Belo Horizonte: SMSA-BH; 2018 [cited 2024 Jun 20]. Available from: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2025/20-05-25-smsa-pms-2018-2021.pdf>
20. Hospital Sofia Feldman. Indicadores hospitalares: janeiro de 2023 a setembro de 2024 [Internet]. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman; 2025 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://sofiafeldman.org.br/wp-content/uploads/2025/02/Indicadores-2023-2024.pdf>
21. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974 [cited 2025 Jul 20];9(3):208–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074/>
22. Alkhalwaleh A, AlBashtawy M, Rayan A, Abdalrahim A, Musa A, Eshah N, et al. Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: a systematic literature review from 2012–2021. *Iran J Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 25];52(7):1346–54. Available from: <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i7.13236>
23. Travassos C, Martins M. Review of concepts in health services access and utilization. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Suppl 2):S190–8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
24. Viacava F, Bellido JG. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):351–70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>
25. Murungi T, Benyumiza D, Apio J, Nekesa C, Nalubuuka A, Misuk I, et al. Factors associated with utilization of sexual and reproductive health services among the youth in Lira City West, Northern Uganda: a cross-sectional study. *Biomed Res Int*. 2023;2023:9649792. <https://doi.org/10.1155/2023/9649792>
26. Bernard C, Edmonds BT, Kean K, Evans R, Bhamidipalli SS, Tong Y, et al. The association of social deprivation index and contraception care in a statewide contraceptive access initiative. *Contraception*. 2025;145:110833. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2025.110833>
27. Matijasevich A, Victora CG, Silveira MF, Wehrmeister FC, Horta BL, Barros FC. Maternal reproductive history: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *Int J Epidemiol*. 2019;48(Suppl 1):i16–25. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy169>
28. Makumbi FE, Nabukeera S, Tumwesigye NM, Namanda C, Atuyambe L, Mukose A, et al. Socio-economic and education related inequities in use of modern contraceptive in seven sub-regions in Uganda. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):201. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09150-y>
29. Ewerling F, Victora CG, Raj A, Coll CVN, Hellwig F, Barros AJD. Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? *Reprod Health*. 2018;15(1):42. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0483-x>
30. Sarikhani Y, Najibi SM, Razavi Z. Key barriers to the provision and utilization of maternal health services in low- and lower-middle-income countries: a scoping review. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):325. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03177-x>
31. Srivastava S, Mohanty P, Muhammad T, Kumar M. Socio-economic inequalities in non-use of modern contraceptives among young and non-young married women in India. *BMC Public Health*. 2023;23(1):797. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15669-w>
32. Borges ALV, Araújo KS, Santos OA, Gonçalves RFS, Fujimori E, Amor Divino E. Knowledge about the intrauterine

- device and interest in using it among women users of primary care services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3232. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>
33. Nath B, Gaikwad HS, Nagpal K. Continuation of copper T in immediate postplacental, immediate postabortal and interval period of insertion. *J Obstet Gynaecol India*. 2022;72(1):38–46. <https://doi.org/10.1007/s13224-021-01497-8>
 34. Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK, Kortsmitt K, Brittain AW, Snyder EM, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(4):1–126. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7304a1>
 35. Agarwal N, Chopra S. Mirena: just a contraceptive device? or a modality with diverse clinical applications! *J Family Med Prim Care*. 2022;11(9):5031–7. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2545_20
 36. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*. 2008;46(7):647. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>
 37. Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho CA, Batista RFL, Alves MTSSBE, Thomaz EBAF, et al. Factors associated with involuntary pilgrimage for childbirth care in São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil: a contribution from the BRISA cohort. *Cad Saude Publica*. 2018;34(11):e00151217. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151217>
 38. 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*. 2017;51:e03270. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>
 39. Abrahams TL, Pather MK, Swartz S. Knowledge, beliefs and practices of nurses with long-acting reversible contraception, Cape Town. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2023;15(1):3571. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3571>
 40. Brasil. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2022 Sep 5 [cited 2024 Aug 19];seção 1:5. Available from: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14443&ano=2022&ato=b4dUTRq5kMZpWT4c4>
 41. Moura LNB, Gomes KRO. Family planning: use of the health services by young people with experience of pregnancy. *Cien Saude Colet*. 2014;19(3):853–63. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.10902013>
 42. Rios-Neto ELG, Miranda-Ribeiro A, Miranda-Ribeiro P. Fertility differentials by education in Brazil: from the conclusion of fertility to the onset of postponement transition. *Popul Dev Rev*. 2018;44(3):489–517. <https://doi.org/10.1111/padr.12165>
 43. Hellwig F, Ewerling F, Coll CVN, Barros AJD. The role of female permanent contraception in meeting the demand for family planning in low- and middle-income countries. *Contraception*. 2022;114:41–8. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.05.002>
 44. Kebede A, Abaya SG, Merdassa E, Bekuma TT. Factors affecting demand for modern contraceptives among currently married reproductive age women in rural Kebeles of Nunu Kumba district, Oromia, Ethiopia. *Contracept Reprod Med*. 2019;4:21. <https://doi.org/10.1186/s40834-019-0103-3>
 45. Bolarinwa OA, Ajayi KV, Okeke SR, Hailegebreal S, Odimegwu C. Spatial distribution and multilevel analysis of factors associated with long-acting reversible contraceptive use among sexually active women of reproductive age in Nigeria. *Arch Public Health*. 2023;81(1):99. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01110-6>
 46. Araújo FG, Velasquez-Melendez G, Felisbino-Mendes MS. Socioeconomic inequalities in contraceptive use among Brazilian women: a multilevel analysis stratified by parity. *Heliyon*. 2024;10(14):e34833. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e34833>
 47. Rodrigues LB, Brandão ER. The (im)possibilities in contraceptive management of young women in Rio de Janeiro: challenges to reproductive justice. *Cien Saude Colet*. 2025;30(11). <https://doi.org/10.1590/1413-812320253011.10962025>
 48. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Contraceptive use by method 2019: data booklet [Internet]. New York, NY: United Nations; 2019 [cited 2024 May 10]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/3849735/files/ContraceptiveUseByMethodDataBooklet2019.pdf>
 49. Botelho TV, Borges ALV. Outcomes of intrauterine device insertion by certified midwives and obstetric nurse practitioners. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(5):e20220286. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0286pt>
 50. Lacerda LDRC, Arma JC, Paes LG, Siqueira EF, Ferreira LBBA, Fetzner RRT, et al. Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2021;12(Suppl 1):99–104. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.Supl.1.5209>
 51. Silva EKR, Guedes HM, Nascimento DDG, Souza AS, Duarte SJH. Intrauterine device management by nurses in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(Suppl 1):e20240340. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0340>
 52. Silveira LM. Determinants of the initiation of the use of contraceptive methods after childbirth in users of primary health care [thesis]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022 [cited 2024 Jun 20]. 102 p. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/55002/1/Disserta%20a7%20a3o_Mestrado_Luana%20Silveira_2023_.pdf

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Síntia Nascimento dos Reis, Mery Natali Silva Abreu, Fernanda Penido Matozinhos, Larissa Soares Santos, Ana Paula Lage Guimarães Vallerini, Mariana Santos Felisbino-Mendes.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Síntia Nascimento dos Reis, Mery Natali Silva Abreu, Fernanda Penido Matozinhos, Larissa Soares Santos, Mariana Santos Felisbino-Mendes.

Obtenção de financiamento: Síntia Nascimento dos Reis, Mariana Santos Felisbino-Mendes.

Supervisão e gestão do projeto: Síntia Nascimento dos Reis, Mery Natali Silva Abreu, Mariana Santos Felisbino-Mendes.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

O conjunto de dados deste artigo está disponível na página da RLAE no repositório SciELO Data, no link <https://www.enf.ufmg.br/pos/tese.php>

Recebido: 22.02.2025

Aceito: 15.09.2025

Editor Associado:

Omar Pereira de Almeida Neto

Copyright © 2026 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.

Autora correspondente:

Mariana Santos Felisbino-Mendes

E-mail: marianafelisbino@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0001-5321-5708>