

Fator impeditivo à escolha do dispositivo intrauterino pelas mulheres na atenção primária à saúde

Factors preventing women from choosing an intrauterine device in primary health care

Camila Sampaio Nogueira, Márcio Douglas Pereira da Silva, Raquel Autran Coelho Peixoto

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivos e métodos: trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva-quantitativa, realizada em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde, localizada em Região Metropolitana de Fortaleza, em Caucaia, através da aplicação de questionário supervisionado com perguntas mistas, por dois entrevistadores treinados, a mulheres no menáque, em consultas eletivas ou demanda espontânea, sob consentimento, compondo amostragem consecutiva, entre dezembro/2022 e junho/2024. Os dados foram coletados e analisados na plataforma *RedCap®* utilizando-se testes estatísticos de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e *Mann-Whitney*. **Resultados:** Das 173 entrevistadas, a maioria era parda (69.9%), com filhos (73.3%), casada/união estável (60.1%) e com Ensino médio completo (50.3%). A maior parte das mulheres relatou haver fator desencorajador em buscar o dispositivo como contraceptivo, sendo os mais comuns a falta de informação e o medo. Houve associação ($p<0,001$) entre a falta de informação e o desinteresse pelo dispositivo. **Conclusão:** A informação precária às pacientes em um momento oportuno à saúde é uma lacuna importante a ser resolvida, diante de diversos entraves como, pressão assistencial, ausências de atualizações periódicas, estímulo, fluxos ou apoio das Unidades de saúde. Educação em saúde faz parte do processo de empoderamento das mulheres, permitindo que cada uma escolha o seu método, de forma individual, conforme sua expectativa, realidade e condição de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Dispositivo Intrauterino (DIU). Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objectives and methods: The study is a cross-sectional, descriptive-quantitative study, carried out in two Primary Health Care Units, located in the Metropolitan Region of Fortaleza, in Caucaia, through the application of a supervised questionnaire with mixed questions, by two trained interviewers, women in menopause, in elective consultations or spontaneous demand, under consent, composing consecutive sampling, between December/2022 and June/2024. The data was collected and analyzed on the *RedCap®* platform using *Kolmogorov-Smirnov* and *Mann-Whitney* statistical tests for normality. **Results:** Of the 173 women interviewed, the majority were brown (69.9%), with children (73.3%), married/stable union (60.1%) and had completed high school (50.3%). Most of the women reported that there were factors discouraging them from seeking the device as a contraceptive, the most common being lack of information and fear. There was an association ($p<0.001$) between lack of information and lack of interest in the device. **Conclusion:** Poor information for patients at an opportune time for their health is an important gap to be resolved, given the various obstacles such as pressure on health care, the lack of information and the lack of interest in the device. Health education is part of the process of empowering women, allowing each one to choose their method, individually, according to their expectations, reality and health condition.

KEYWORDS: Intrauterine Device. Women's Health. Primary Health Care. Health Education.

INTRODUÇÃO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), não há todos os métodos contraceptivos como opções às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), mas há como garantir acesso facilitado, por exemplo, aos preservativos feminino e masculino, anticoncepcionais oral e injetável, e ao Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre. Este, por sua vez, é um dos métodos mais seguros, altamente eficaz de longa duração, reversível, com menores riscos à saúde e, sobretudo, gratuito, o qual, atualmente, vem sendo ofertado de forma mais acessível, se comparado há alguns anos. No entanto, percebe-se haver barreiras à escolha do DIU como contraceptivo. Ações de promoção e prevenção de doenças no âmbito da saúde sexual e reprodutiva são consideradas como um dos seus eixos prioritários e, portanto, uma das responsabilidades da APS, principalmente no contexto municipal.¹

Nesse contexto, vale destacar que o planejamento reprodutivo continua sendo um desafio no Brasil, perceptível no alto percentual de gravidezes não planejadas que alcançam 55,4% das puérperas. Diante desse alto índice, convém ressaltar que esse é um dos fatores que pode levar ao abortamento e, consequentemente, ao aumento da mortalidade materna. O DIU, mesmo sendo um dos contraceptivos eficazes, ainda não é utilizado em larga escala, principalmente na Estratégia de Saúde da Família.²

Há barreiras organizacionais e individuais, às quais são vivenciadas nos serviços da APS no país, e impedem o pleno acesso ao DIU, contribuindo para a baixa frequência de seu uso e constituindo-se como um entrave ao pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.³ Neste sentido, mesmo que as ações de saúde sexual e reprodutiva sejam um dos eixos prioritários da APS, não há garantia de que sejam efetivamente implementadas nos serviços. Nesse cenário, especificamente na gestão de programas e intervenções no âmbito da APS, parece existir uma lacuna entre o projeto expresso nos textos das políticas e sua efetiva operacionalização em práticas organizacionais e assistenciais.¹

A formação do profissional de saúde não abrange em seus métodos pedagógicos a proposta de educação permanente ou continuada, voltada para a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, direcionados aos serviços de saúde à mulher.⁴ Em contrapartida, Barreto *et al.* (2021)² confrontam e reforçam que a APS é a principal porta de entrada para o planejamento reprodutivo, o que poderia facilitar e ampliar o acesso.

Compreender os fatores de interferência no interesse das pacientes pelo DIU, diante dos todos os seus benefícios documentados, auxilia na identificação da melhor abordagem e das possíveis falhas assistenciais, o que promoveria o melhor entendimento do contexto das pacientes e suas respectivas visões de saúde reprodutiva/sexual. Deve, sobretudo, ser respeitada a autonomia das pacientes, sem imposição ou julgamento, e sem deixar também que

a paciente deixe de adquirir um método seguro por meramente falta de informação. É assertivo identificar as barreiras existentes, avaliar o contexto de cada paciente e intervir com educação em saúde, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida às mulheres nesse âmbito. Objetiva-se, portanto, conhecer os fatores que dificultam ou impedem a escolha do DIU por mulheres caucaeenses na APS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal, com abordagem descritivo-quantitativa, realizada entre os meses de dezembro de 2022 e junho de 2024, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde Antônio Jander Pereira Machado e Dr. Joaquim Braga, localizadas em uma das cidades da Região Metropolitana de Fortaleza, Caucaia, Ceará. Os territórios de ação são marcados por grande vulnerabilidade socioeconômica, carência de informações, ações socioeducativas, com alto índice de gravidez na adolescência e adesão prejudicada a métodos contraceptivos e gravidezes não planejadas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, especialista em medicina de família e comunidade, e por outro médico de atuação nas UAPS, clínico generalista, que recebeu previamente treinamento para a coleta de dados, conforme as perguntas contidas no instrumento de coleta e as informações inerentes ao método para executar Educação em Saúde às participantes entrevistadas. Foi também abordado entre os dois profissionais medidas de amenizar interferência de gênero, habilidade de comunicação e estratégias de abordagem sobre sexualidade, de modo a reduzir vieses possíveis e interferências nos resultados.

Foram entrevistadas mulheres no período reprodutivo, com consultas previamente agendadas ou de demanda espontânea na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no período acima descrito, sob consentimento. Aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: pacientes do sexo feminino em idade fértil, com idade compreendida entre 18 e 45 anos, que buscam atendimento geral no posto de saúde, com intenção de planejamento familiar em demanda explícita ou oculta, compondo uma amostragem consecutiva, não probabilística; e de exclusão, mulheres submetidas à laqueadura tubária ou hysterectomizadas. Não houve busca ativa para participação no estudo. Além disso, foram entrevistadas pacientes participantes de mutirões de atendimentos gerais, como as salas de espera para coletas de Papanicolau, aos finais de semana. Foram respeitadas as privacidades de todas as pacientes entrevistadas, sem exposição a outras pessoas, de forma individual, em ambulatório de atendimento.

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados – previamente testado em estudo piloto – de elaboração própria, com o objetivo de coletar informações relacionadas a fatores psicossociais, financeiros, socioemocionais e educativos, que pudessem fornecer condições

para melhor analisar a saúde reprodutiva/sexual das mulheres, bem como os possíveis fatores de interferência no interesse pelo DIU como método contraceptivo. Esse instrumento foi aplicado de forma supervisionada, composto por 15 questões mistas, predominantemente fechadas, em meio às demandas trazidas pela paciente.

A amostra do estudo foi calculada pelo software *Epi info™*, respeitando o intervalo de confiança proposto e o limite de erro amostral, e foi compreendida em, no mínimo, 260 mulheres. Foram aceitas na pesquisa as primeiras pacientes atendidas nas Unidades de Saúde de referência, obedecendo os critérios de elegibilidade, bem como foram analisados os dados obtidos, sem distinção de grupos que desejam ou não o método. A amostragem foi consecutiva, não-probabilística.

Os dados do estudo foram coletados e gerenciados através da ferramenta eletrônica de coleta e gerenciamento de dados *REDCap®* (Research Electronic Data Capture), hospedados na Unidade de Pesquisa Clínica do Complexo de Hospitais Universitários da UFC. As variáveis foram apresentadas em média, desvio-padrão, mediana, percentis, mínimo e máximo, frequência e taxa de prevalência. Na análise das características dos participantes, foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney*, teste t de *Student*, *ANOVA* e *Kruskall-Wallis*, e verificada a não aderência dos dados à distribuição gaussiana. Na investigação de associação entre as variáveis categóricas utilizar-se-á o teste de qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Adotou-se um nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico R e *Microsoft® Excel 2016*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Ceará – UFC (parecer n.º 5.801.746; CAAE: 63375722.8.0000.5054. Houve anuênciadas Unidades de Atenção à Saúde onde aconteceram as coletas de dados.

RESULTADOS

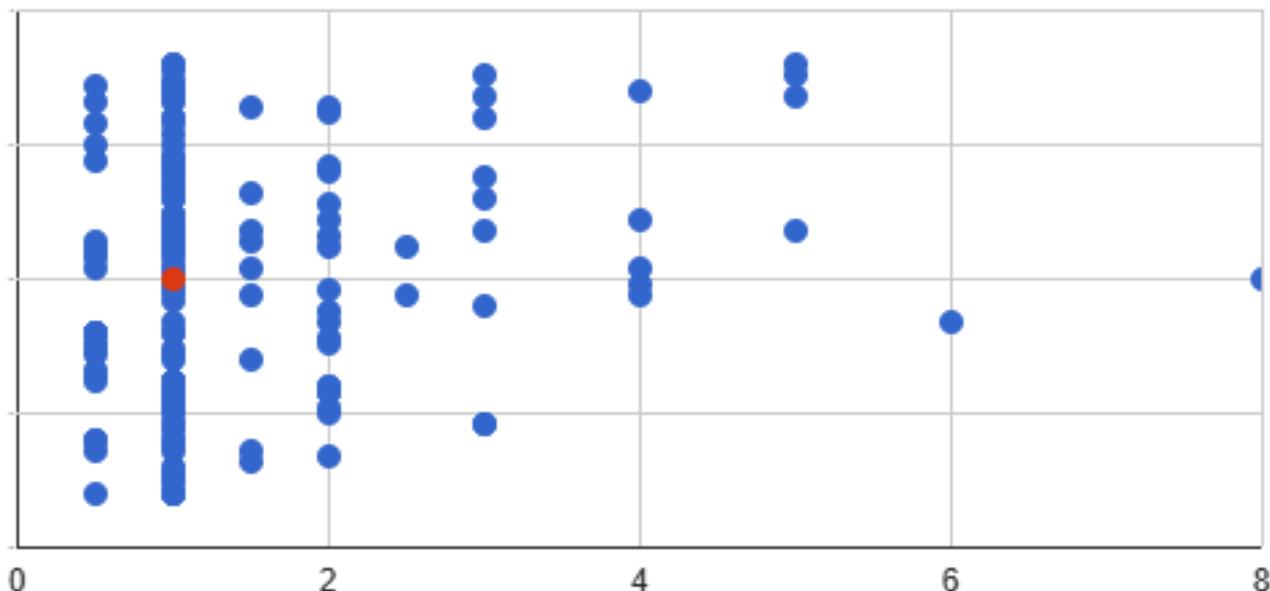
Foram entrevistadas 173 mulheres, com idade média de 31 anos, sendo a maioria parda (69,9%), casada/união estável (60,1%) e com ensino médio completo (50,3%). Quanto à faixa salarial, a grande maioria sobrevive junto com sua família com até dois salários mínimos, com média de um salário mínimo (Tabela 1 e Gráfico 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas (N=173)

Características	n (%)
Idade¹	31 ± 7 (31)
Com filhos	126 (73)
Estado marital	
Solteira	69 (40)
Casada/União estável	103 (60)
Divorciada/Separado	1 (0,6)
Viúva	0 (0)
Raça	
Parda	121 (70)
Amarela	2 (1,2)
Negra	28 (16)
Branca	22 (13)
Escolaridade	
nunca estudei	1 (0,6)
1 a 4 anos de estudo	0 (0)
5 a 8 anos de estudo	31 (18)
Ensino médio incompleto	25 (14)
Ensino médio completo	87 (50)
Ensino superior	29 (17)
Renda familiar mensal (em salários mínimos)¹	1,44 ± 1,13 (1,0)

¹Média ± Desvio Padrão (Mediana)

Fonte: elaborada pelos autores

Gráfico 1 – Distribuição por faixa salarial familiar das mulheres entrevistadas

Fonte: elaborado pelos autores

Todas as mulheres entrevistadas já utilizaram algum método contraceptivo, isolado ou combinado. Foi relatado o uso de camisinha por 125 (72,2%) das entrevistadas. 120 (69,3%) mulheres relataram experiência com anticoncepcional oral (ACO), 109 (63%) com injetáveis, 54 (31,2%) com anticoncepção de emergência (AE), mas somente sete (4%) já utilizaram ou usam o DIU. Houve registro de outros métodos por cinco mulheres, dentre eles, o implanon e o coito interrompido (Tabela 2).

Tabela 2 – Métodos contraceptivos já utilizados pelas entrevistadas (N = 173)

Métodos contraceptivos	n (%)
Camisinha	125 (72)
Anticoncepcional oral	120 (69)
Injeção	109 (63)
Anticoncepção de emergência	54 (31)
DIU	7 (4,0)
Outros	5 (2,9)
Trocaria seu método contraceptivo atual por um DIU	83 (48)

Fonte: elaborada pelos autores

Das mulheres pesquisadas, 91,9% (159) manifestaram conhecer o DIU, embora não se tenha mensurado qual o nível de conhecimento de cada entrevistada, frente a 8% (14) que desconhecerem o método. Em torno de 48% (83) das mulheres manifestaram interesse pelo DIU, enquanto 52% (90), desinteresse. Convém destacar que, das 159 pacientes que afirmam conhecer o DIU, somente 79 afirmaram ter interesse em usar o DIU como contraceptivo (Tabela 3).

Tabela 3 – O conhecimento das mulheres e o interesse pelo DIU (N=173)

Variável	Total n (%)	Você conhece o DIU?		
		Sim, N = 159	Não, N = 14	Valor p ¹
Interesse no DIU como contraceptivo				
Sim	83 (48)	79 (49,7)	4 (28,6)	0,130
Não	90 (52)	80 (50,3)	10 (71,4)	0,130

¹Teste qui-quadrado de independência

Fonte: elaborada pelos autores

A maioria das pacientes (159) entrevistadas não desejava gestação nos próximos meses. Somente 8,1% (14) não estavam interessadas em algum método contraceptivo no momento (Tabela 4).

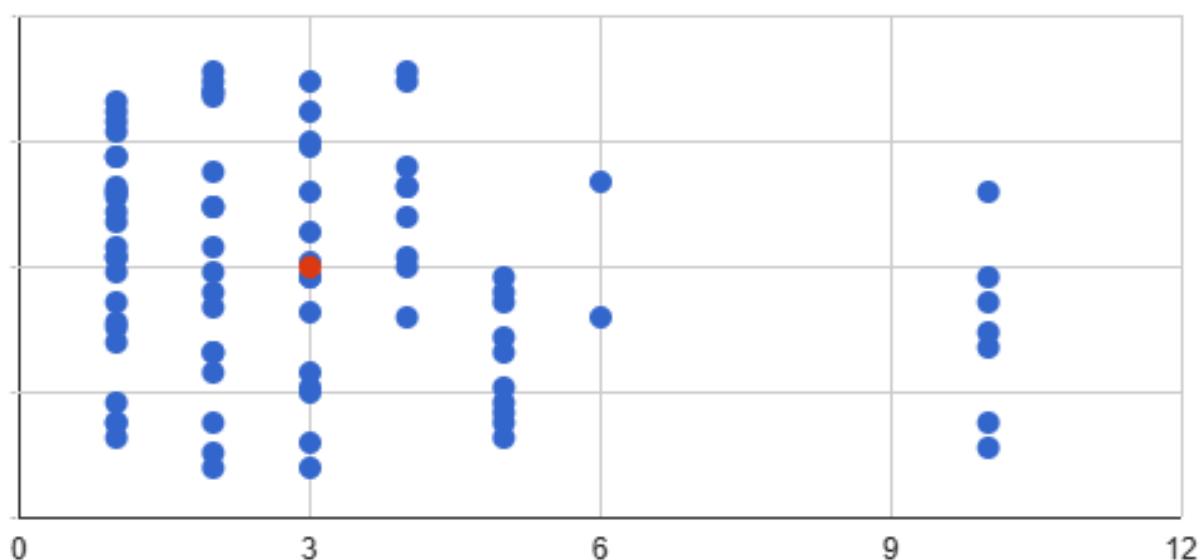
No tocante à percepção de segurança com o método, quase 72% das mulheres manifestaram insegurança, frente a somente 28% das mulheres sentirem-se seguras com seus métodos contraceptivos utilizados. Ademais, um número relevante encontrado foi a situação de que quase 50% das entrevistadas já precisaram utilizar contracepção de emergência, com média de três episódios por mulher, e máxima relatada de mais de dez vezes, o que interfere diretamente na saúde geral, psicológica, física, de bem-estar, reprodutiva e sexual feminina (Tabela 4 e Gráfico 2).

Tabela 4 – Relação sexual insegura e uso de anticoncepção de emergência (N=173)

Variáveis	n (%)
Desejo de engravidar nos próximos meses	
Sim	14 (8,1)
Não	159 (91,9)
Relação sexual insegura	
Sim	124 (72)
Não	49 (28)
Precisou usar pílula do dia seguinte	
Sim	85 (49,2)
Não	88 (80,8)

Fonte: elaborada pelos autores

Gráfico 2 – Distribuição do quantitativo de uso de anticoncepção de emergência



Fonte: elaborado pelos autores

Mesmo com alta taxa de conhecimento relatado sobre o DIU, e com somente 4% sem interesse em qualquer método por almejarem uma gestação em breve, a maioria das entrevistadas manifestou

desinteresse em trocar seu método contraceptivo atual pelo DIU, com somente 83 (48%) de aceitação.

Foram elencados às pacientes múltiplos fatores que pudessem impedir ou interferir no acesso delas ao DIU. Observou-se a seguinte distribuição (Tabela 5).

Tabela 5 – Motivos que desencorajam as mulheres da APS a escolher o DIU (N=173)

Características	n (%)
Há motivo desencorajador a buscar um DIU como contraceptivo	128 (74)
Falta de informação	45 (26)
Medo	64 (37)
Religião	3 (1,7)
Custo	10 (5,8)
Falta de oportunidade	17 (9,8)
Dificuldade de acesso	31 (18)
Má experiência de colegas/amigas/conhecidas	38 (22)
Já tentei e não consegui	2 (1,2)
Outro motivo	7 (4,0)
Não tenho interesse	13 (7,5)

Fonte: elaborada pelos autores

A falta de informação sobre o DIU pode acarretar em repulsa devido a medo ou insegurança, por exemplo. As pacientes que acessam informações sobre o DIU através de seu profissional de saúde responderam, em menor taxa, a falta de informação como motivo desencorajador, como se observa na Tabela 6.

Foi relatado existir fator desencorajador em buscar o DIU como método contraceptivo e, prevaleceram como barreiras citadas a falta de informação sobre o método e o medo. Houve associação estatisticamente significativa entre o não recebimento de explicações sobre o DIU por algum profissional de saúde e a falta de informação relata ($p<0,001$), e o desinteresse em trocar o método atual pelo DIU ($p=0,041$), o que mostra uma lacuna importante a ser resolvida na UAPS (Tabela 6).

Tabela 6 – Barreiras de acesso ao DIU e explicações por algum profissional de saúde (N=173)

Barreiras elencadas	n (%)	Algum profissional de saúde já lhe deu explicações sobre o DIU?		
		Sim, N = 84	Não, N = 89	Valor p ¹
Falta de informação				
Sim	45 (26)	6 (7,1)	39 (44)	<0,001
Não	128 (74)	78 (92,9)	50 (56)	<0,001
Medo				
Sim	64 (37)	31 (37)	33 (37)	0,981
Não	109 (63)	53 (63)	56 (63)	0,981
Religião				
Sim	3 (1,7)	2 (2,4)	1 (1,1)	0,612
Não	170 (98,3)	82 (97,6)	88 (98,9)	0,612
Custo				
Sim	10 (5,8)	6 (7,1)	4 (4,5)	0,527
Não	163 (94,2)	78 (92,9)	85 (95,5)	0,527
Falta de oportunidade				
Sim	17 (9,8)	7 (8,3)	10 (11)	0,522
Não	156 (90,2)	77 (91,7)	79 (89)	0,522
Dificuldade de acesso				
Sim	31 (18)	15 (18)	16 (18)	0,984
Não	142 (82)	69 (82)	73 (82)	0,984
Má experiência de amigas				
Sim	38 (22)	22 (26)	16 (18)	0,192
Não	135 (78)	62 (74)	73 (82)	0,192
Já tentei e não consegui				
Sim	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,1)	>0,999
Não	171 (98,9)	83 (98,8)	88 (98,9)	>0,999
Outro motivo				
Sim	7 (4,0)	4 (4,8)	3 (3,4)	0,714
Não	166 (96)	80 (95,2)	86 (96,6)	0,714
Não tenho interesse				
Sim	13 (7,5)	7 (8,3)	6 (6,7)	0,691
Não	160 (92,5)	77 (91,7)	83 (93,3)	0,691
Trocaria seu método contraceptivo atual por um DIU				
Sim	83 (48)	47 (56)	36 (40)	0,041
Não	90 (52)	37 (44)	53 (60)	0,041

¹Teste qui-quadrado de independência; Teste exato de Fisher

Fonte: elaborada pelos autores

Na análise multivariada, observou-se associação entre as explicações sobre o método cedidas por profissionais de saúde e a inexistência de fator desencorajador em escolher o DIU ($p<0,001$), bem como com o interesse em usar o DIU como método contraceptivo ($p<0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Fatores de desinteresse pelo DIU e explicações por profissionais de saúde(N=173)

(Continua)

Variáveis	Algum profissional de saúde já lhe deu explicações sobre o DIU? n (%)		Valor p ¹
	Não, N=90	Sim, N=83	
Conhece o DIU			
Sim	80 (89)	79 (95)	0,13
Não	10 (11)	4 (5)	0,13
Tem interesse em usar o DIU como contraceptivo			
Sim	7 (7,8)	76 (92)	<0,001
Não	83 (92,2)	7 (8)	<0,001
Há fator desencorajador a buscar um DIU como contraceptivo			
Sim	33 (37)	12 (14)	<0,001
Não	57 (63)	71 (86)	<0,001
Falta de informação			
Sim	43 (48)	21 (25)	0,002
Não	47 (52)	62 (75)	0,002
Religião			
Sim	2 (2,2)	1 (1,2)	>0,999
Não	88 (97,8)	82 (98,8)	>0,999
Custo			
Sim	2 (2,2)	8 (9,6)	0,05
Não	88 (97,8)	75 (90,4)	0,05
Falta de oportunidade			
Sim	3 (3,3)	14 (17)	0,003
Não	87 (96,7)	69 (83)	0,003
Conhece o DIU			
Sim	80 (89)	79 (95)	0,13
Não	10 (11)	4 (5)	0,13
Dificuldade de acesso			
Sim	10 (11)	21 (25)	0,015
Não	80 (89)	62 (75)	0,015

(Conclusão)

Variáveis	Algum profissional de saúde já lhe deu explicações sobre o DIU? n (%)		Valor p ¹
	Não, N=90	Sim, N=83	
Já tentei e não consegui			
Sim	0 (0)	2 (2,4)	0,229
Não	90 (100%)	81 (97,6)	0,229
Outro motivo			
Sim	4 (4,4)	3 (3,6)	>0,999
Não	86 (95,6)	80 (96,4)	>0,999
Não tenho interesse			
Sim	12 (13)	1 (1,2)	0,003
Não	78 (87)	82 (98,8)	0,003

Fonte: elaborada pelos autores

Mulheres mais velhas tendem a não aceitar trocar o método atual pelo DIU ($p<0,004$), embora a maioria delas manifeste não haver fator desencorajador ($p<0,001$). Houve ainda associação entre as más experiências de conhecidas com o não desejo em escolher o DIU. O medo ($p= 0,002$) e a falta de informação ($p<0,001$) tiveram associação em não trocar o método de escolha pelo DIU. (Tabela 8)

Tabela 8 – Fatores de desinteresse pelo DIU e desejo de troca do contraceptivo atual (N=173)
(Continua)

Variáveis	Trocaria o método atual pelo DIU? n (%)		Valor p ²
	Sim, N=83	Não, N=90	
Idade¹			
Idade ¹	29±7 (28)	32±7 (33)	0,004
Tem filhos			
Sim	65 (78)	61 (68)	0,148
Não	18(22)	29(32)	0,148
Tem interesse em usar o DIU como contraceptivo			
Sim	76 (92)	7 (7,8)	<0,001
Não	7(8)	83 (92,2)	<0,001
Algum profissional de saúde já deu explicações sobre o DIU			
Sim	47 (57)	37 (41)	0,041
Não	36 (43)	53 (59)	0,041
Há fator desencorajador a buscar o DIU como contraceptivo			
Sim	45 (54)	83 (92)	<0,001
Não	38 (46)	7(8)	<0,001

(Conclusão)

Variáveis	Trocaria o método atual pelo DIU? n (%)		
	Sim, N=83	Não, N=90	Valor p ²
Falta de informação			
Sim	12 (14)	33 (37)	<0,001
Não	71 (86)	57 (63)	<0,001
Medo			
Sim	21 (25)	43 (48)	0,002
Não	62 (75)	47 (52)	0,002
Religião			
Sim	1 (1,2)	2 (2,2)	>0,999
Não	82 (98,8)	88 (97,8)	>0,999
Custo			
Sim	8 (9,6)	2 (2,2)	0,050
Não	75 (90,4)	88 (97,8)	0,050
Falta de oportunidade			
Sim	14 (17)	3 (3,3)	0,003
Não	69 (83)	87 (96,7)	0,003
Dificuldade de acesso			
Sim	21 (25)	10 (11)	0,015
Não	62 (75)	80 (89)	0,015
Má experiência de colegas/amigas/conhecidas			
Sim	8 (9,6)	30 (33)	<0,001
Não	75 (90,4)	60 (67)	<0,001
Já tentei e não consegui			
Sim	2 (2,4)	0 (0)	0,229
Não	81 (97,6)	90 (100)	0,229
Outro motivo			
Sim	3 (3,6)	4 (4,4)	>0,999
Não	80 (96,4)	86 (95,6)	>0,999
Não tenho interesse			
Sim	1 (1,2)	12 (13)	0,003
Não	82 (98,8)	78 (87)	0,003

¹Média ± Desvio Padrão (Mediana); ² Teste qui-quadrado de independência; Teste exato de Fisher.

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

O DIU ainda é pouco aceito ou escolhido como método contraceptivo pelas mulheres da APS devido a múltiplos fatores, sejam eles a desinformação, a insegurança dos profissionais ou a falta de apoio a eles, bem como a falta de fluxo bem organizado das equipes de saúde e a

burocratização dos procedimentos pelas Unidades. Carência no reconhecimento do potente resultado das ações educativas em saúde às mulheres por parte dos profissionais ou em meio à alta pressão assistencial também interferem na viabilização do conhecimento adequado e oportuno às mulheres a respeito dos métodos contraceptivos, o que acarreta em medo, tabus e insegurança relatados pelas mulheres entrevistadas, imersas em um contexto de alta vulnerabilidade social.

A maioria das mulheres usuárias da APS não tem facilidade no acesso ao DIU por barreiras organizacionais. Dentre os dados coletados, as barreiras organizacionais para o acesso ao DIU foram incluídas como critérios desnecessários para sua inserção, como a exigência de participação em grupos educativos; a oferta limitada e inconsistentes do método; o conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde sobre seu funcionamento; a escassez de profissionais qualificados (sendo exclusivamente médicos os habilitados para sua inserção); e a falta de protocolos simplificados.⁵

Foi percebida a relação da ausência de informação do DIU pelos profissionais de saúde com o medo, o tabu e a dificuldade de acesso das entrevistadas, mesmo o dispositivo sendo um método seguro, eficaz, duradouro e com menos efeitos colaterais, diante das outras opções. Com respeito ao conhecimento sobre o dispositivo relatado pelas mulheres entrevistadas, houve controvérsia de interesse manifestado, visto que, mesmo com alta taxa de conhecimento declarado, houve uma queda importante na taxa de interesse pelo dispositivo. Talvez o conhecimento que as pacientes disseram ter sobre o dispositivo não sejam coerentes em sua maioria, uma vez que foi vista elevada taxa de ausência de explicações sobre o DIU pelos profissionais de saúde. Assim, tabus, crenças errôneas, desestímulo e desinteresse pelo método aumenta, mesmo sendo uma opção disponível pelo SUS.

Com o desconhecimento e a ausência de fonte acessível de conhecimento, a dificuldade de acesso a métodos contraceptivos de longo prazo, como o DIU, pode desestimular as mulheres a escolher e/ou ter uma boa adesão ao método de escolha, reduzindo assim sua eficácia. Dessa forma, esse contexto proporciona à mulher insegurança e desconforto na sua vida sexual e reprodutiva.⁶

Explorar o interesse e o conhecimento sobre o DIU pode fornecer elementos essencialmente explicativos acerca dos baixos índices de preferência e uso do método no país, bem como para elaborar estratégias para promover e ampliar seu uso. Nesse sentido, revisão sobre estudos a respeito do conhecimento de profissionais de saúde sobre o DIU enfatizou que, em países de baixa e média rendas, há escassez de informação sobre a perspectiva acerca do DIU.⁷

O desejo pelo DIU esteve associado ao conhecimento sobre o método. É explicitado que 58,7% das entrevistadas não tiveram interesse pelo DIU, e um dos motivos foi a falta de

informações e o medo do procedimento. Além disso, foi elencada associação do DIU com aborto, com o risco de câncer de útero, bem como sendo o responsável por causar efeitos adversos desagradáveis.²

A falta de informação sobre a utilização de DIU entre as mulheres é uma problemática que culmina na dificuldade para aceitação e utilização do método. As informações podem surgir de várias fontes, sejam elas dentre o próprio convívio social, ou advindo de noticiários, web redes sociais, informes, sendo difícil garantir a confiabilidade das informações adquiridas.⁴ Este fato está relacionado com os mitos e tabus que as mulheres acreditam e associam ao uso desse método, tais como: a possibilidade de o DIU ser pouco eficaz, de ser cancerígeno ou abortivo.

Especificamente no que concerne ao conhecimento sobre o DIU, sabe-se que ele é cercado de concepções estigmatizadas entre as mulheres. Nesse sentido,

(...) muitas [mulheres] pensam que [o DIU] pode causar infertilidade ou câncer, e que não é indicado para jovens ou nulíparas. Tais percepções são comuns em diversos contextos, no entanto, estudos que abordaram o tema sugerem que, caso os serviços de saúde e profissionais ofertem informações adequadas e oportunas sobre o método, se pode aumentar a confiança no DIU e, consequentemente, a motivação para usá-lo.⁷

A literatura corrobora o acima exposto, destacando o baixo nível de conhecimento dos pacientes sobre o método; assim como mitos e tabus acerca do DIU, como, por exemplo, a crença na associação com câncer, aborto e de sua ineficácia. Além disso, há enfoque também no receio dos efeitos colaterais, como o aumento do fluxo menstrual e a crença de não ser apropriado para as mulheres jovens, solteiras e/ou nulíparas.³

Além das barreiras pelo conhecimento das mulheres, há sobretudo aquelas relacionadas ao conhecimento dos profissionais. Há que se ofertar treinamento aos profissionais para aumentar o conhecimento, a oferta e a inserção do DIU na APS. Assim, a informação alcançará de modo oportuno as pacientes da APS.

No âmbito da APS, espera-se que o médico atuante tenha o treinamento e conhecimento necessário para oferecer e realizar a inserção do dispositivo. Portanto, ofertar o DIU na APS propicia a ampliação das possibilidades de métodos contraceptivos para que as mulheres possam realizar a escolha mais próximo de sua realidade e necessidade.²

Diversas são as barreiras na literatura para ampliação da oferta dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, tais como a não disponibilização do método na unidade de assistência ou no próprio município, o pouco conhecimento ou interesse dos gestores e serviços de saúde acerca dos critérios de elegibilidade, o longo tempo de espera entre a decisão e o procedimento, o excesso de solicitação de exames pré-inserção, o uso de protocolos sem evidências científicas, a dificuldade do médico de inserir o procedimento na rotina de

trabalho frente a outras demandas e a falta de informação da população, o que pode dar espaço aos mitos e medos.²

Em vista disso, há alguns possíveis aspectos associados à contraditória relação entre a alta proporção de uso de contraceptivos pelas mulheres e a alta taxa de gravidez indesejada, como: a inadequação da oferta dos insumos contraceptivos nos serviços de atenção básica à saúde, principalmente os reversíveis de longa duração, como o DIU; ações educativas e de aconselhamento em contracepção pouco eficazes, ou até mesmo ausentes; e a falta de definição de fluxos e protocolos para atender as necessidades contraceptivas de mulheres, homens e casais, dentre outras lacunas na atenção em contracepção no país.⁸

Possivelmente, o aconselhamento possibilita que a mulher escolha o método mais adequado às suas necessidades e intenções reprodutivas e, assim, esteja mais satisfeita com o método utilizado. Além disso, o grupo de mulheres em que foi observada maior proporção de satisfação são justamente as usuárias de métodos que dependem da avaliação e intervenção de profissionais de saúde, incluindo ações de aconselhamento contraceptivo, que são os métodos irreversíveis e DIU.⁸

No Brasil, o uso de DIU é pouco frequente, tendo sido referido por apenas 1,5% das mulheres entrevistadas na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, provavelmente devido às questões de acesso aos serviços de saúde e utilização destes. O acesso aos serviços de saúde pode estar centrado nas características dos indivíduos; nas características da oferta; em ambas as características; ou na relação entre eles. Dessa forma, nosso pressuposto é que o acesso à utilização dos serviços de saúde pode apresentar graus diferentes de facilidades ou dificuldades, dependendo da organização dos serviços de saúde, dos recursos disponíveis e das características da oferta, determinando a resposta às necessidades de saúde de uma população, ou seja, há diversas barreiras organizacionais e individuais que permeiam o acesso das mulheres ao DIU no país.³

A educação em saúde surge como potente estratégia de transformação desse cenário de promoção da saúde no período gravídico-puerperal, visto que pretende transpassar a visão assistencialista do cuidado por meio da troca entre profissionais de saúde e usuárias.⁹

A Política Nacional de Planejamento Familiar contempla o acesso aos métodos [contraceptivos] a todas as mulheres em idade fértil e reitera que, no puerpério, deve ser orientada sobre o planejamento reprodutivo, cabendo ao profissional de saúde que realiza a consulta informar quais métodos podem ser utilizados, auxiliá-la na escolha individualizada, disponibilizar o método escolhido e as instruções sobre o seu uso, com os esclarecimentos dos possíveis efeitos adversos (Adaptado).¹⁰

A abordagem da saúde da mulher na APS deve ser oportunizada e vista com a devida importância, priorizando o cuidado integralizado, individualizado e centrado na mulher. Tornar acessíveis as informações, os fluxos, as alternativas e os locais de apoio à mulher é promover saúde. Interessar-se no conhecimento de possíveis barreiras que interfiram no acesso das pacientes às mais diversas opções de tratamento é responsabilidade dos profissionais e equipes

de saúde.

As ações de saúde sexual e reprodutiva, mesmo sendo um dos eixos prioritários da APS, não são garantidas que sejam efetivamente implementadas nos serviços. Sabe-se que para assegurar a eficácia das intervenções, é importante conhecer o grau de implementação e os fatores que favorecem (ou obstaculizam) sua dinâmica interna.¹

Há na literatura resultados de revisão de escopo evidenciando que as práticas educativas no âmbito da assistência ao planejamento reprodutivo e no cuidado durante o pré-natal foram por vezes mencionadas como um componente primordial na prática assistencial na APS, sendo avaliadas como incipientes, rotineiramente relegadas a segundo plano no planejamento das ações e com abordagens prescritivas.¹

O investimento em saúde reprodutiva reduz os altos índices de mortalidade materna e neonatal, assim como influencia na criação do suporte social adequado para mulheres em estado de vulnerabilidade, sem poder de decisão sobre o seu corpo, a sua saúde e o seu futuro.⁹

Os direitos reprodutivos e sexuais, por sua vez, podem ser definidos como: o direito de tomar decisão de forma livre e responsável sobre o desejo de querer ou não ter filhos, quantos e em quais momentos de suas vidas; o direito à informação, meios e métodos para prevenção de IST e gravidezes indesejadas; e, consequentemente, o direito de exercer sua sexualidade livre de qualquer tipo de coerção.⁹

O nível de conhecimento sobre o DIU esteve mais associado a mulheres brancas, jovens, de maior escolaridade, com experiência pessoal no uso do DIU ou que conheciam outras mulheres usuárias e cujo profissional de saúde já havia discutido sobre o método. Esse perfil mostra que as mulheres mais vulneráveis à gestação não planejada têm menos acesso à informação adequada. Além disso, sinalizam sobre a importância do profissional de saúde em diminuir essa iniquidade, na medida em que sua orientação aumenta o interesse.²

Há que assegurar o acesso a informações pelas mulheres da APS, independentemente de seu *status* social, raça, escolaridade, bem como há que favorecer ao profissional de saúde condições propícias ao trabalho adequado, oportuno, dentro de melhores condições de atuação na UAPS. A Educação em saúde é uma ferramenta potente na promoção de saúde e, sobretudo, na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Nesse sentido, é necessário compreender os direitos reprodutivos, bem como a sexualidade, como uma prática social essencial em todas as etapas da vida e, sobretudo, que envolvem aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.⁹

Tendo em vista os atributos da APS, como acesso, coordenação do cuidado, integralidade e universalidade, é importante refletir sobre estratégias de educação permanente a fim de capacitar os profissionais. Escolher a forma de contracepção deve ser precedido de informação acerca das múltiplas opções, seus respectivos mecanismos de ação, riscos e benefícios

associados, além de envolver, sobretudo, uma abordagem singular, acolhedora, respeitando aspectos culturais e religiosos, possibilitando à pessoa, à família e à comunidade escolher ou não pelo uso.¹¹

Desse modo, favorecerá às mulheres, de forma direta, o empoderamento, a segurança, a maior liberdade e a autonomia perante sua saúde sexual e reprodutiva. Com isso, a redução dos índices de gravidez indesejada, a continuidade dos estudos, a melhor perspectiva de obtenção de emprego e a redução de fatores ansiogênicos favorecerá a melhoria da qualidade de vida de muitas mulheres e de suas famílias.

A avaliação de implementação pode ser uma estratégia oportuna e relevante para o entendimento das lacunas, barreiras e/ou potencialidades, possibilitando a readequação dos processos de trabalho e a melhoria da abordagem no cuidado.¹

Foram entrevistadas somente 173 pacientes. Como limitação deste estudo, vale destacar o número de mulheres entrevistadas, devido à limitação de tempo e espaço, pressão assistencial e desinteresse de muitas pacientes em participar da pesquisa, o que foi respeitado. Assim, nesta pesquisa, temos uma amostragem consecutiva, não probabilística, que mostrará uma base de resultados referentes ao que se pretende estudar. Portanto, não se trata de uma amostra representativa do Município, mas poderá embasar pesquisas futuras com ampliação da amostragem.

Por outro lado, houve a oportunidade de compreender e estudar o contexto local de uma comunidade imersa num contexto frágil, perene e sujeito a múltiplas violências de direito social, como o acesso ao direito reprodutivo. Esse estudo pode ser uma abertura de desenvolvimento de estudos mais amplos, com amostra representativa da realidade local.

CONCLUSÃO

Independentemente do perfil de mulheres da região, o acesso correto à informação proporcionará segurança, autonomia e livre escolha sobre o método mais acertado de contracepção frente à sua realidade clínica e social, proporcionando assim melhoria na sua qualidade de vida e bem-estar social, o que influencia diretamente e indiretamente na busca e conquista de um emprego, ingresso em universidades, redução da marginalidade, violência, miséria e outras mazelas sociais.

Fornecer meios de viabilizar a transmissão da informação correta e oportuna ao profissional de saúde e às pacientes é necessário e imprescindível à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, seja verbalmente ou por impressos, como livros, revistas, *folders*, cartilhas educativas ou *banners* informativos. Cabe ao profissional de saúde, bem como a Unidade de Saúde na sua totalidade, perceber as fragilidades e buscar meios de garantia a equidade

informacional, adequando conforme a sua população adscrita.

REFERÊNCIAS

1. Paiva CCN, Caetano R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. *Esc Anna Nery [internet]*. 2020 [acesso em 2022 jan. 10]; 24(1):e20190142. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0142
2. Barreto DS, Gonçalves RD, Maia DS, Soares RS. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade [internet]*. 2021 [acesso em 2021 dez, 11];16(43):2821. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2821](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2821)
3. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos AO, 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 [acesso em 2023 jul. 17];51:e03270. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>
4. Machado GM, Mariano NF, Santos V, Melo LF, Santana AVS, Silva CMV. Desafios no acesso a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária à saúde. *Research, Society and Development [internet]*. 2023 [acesso em 2024 jun. 13]; 12(8): e8312842898. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42898>
5. Fonseca AC, Aranha G, Oyama SMR. Dispositivo Intrauterino (DIU) no contexto da atenção primária à saúde. *Revista FT. Ciências da Saúde [internet]*. 2024 [acesso em 2025 maio 27]; 29. DOI: <https://doi.org/10.69849/revistaft/fa10202412051445>
6. Nogueira CS, Ferreira RYS, Medeiros FC. (Des)interesse feminino pelo DIU na APS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [internet]*. 2023 [acesso em 2025 maio 22];18(45):3822. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3822](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3822)
7. 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 [internet]*. 2020 [acesso em 2021 nov. 21];28:e3232. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>
8. Borges ALV, Santos AO, Araújo KS, Gonçalves RFS, Rosa PLFS, Nascimento NC. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife [internet]*. 2017 [acesso em 2022 set. 30]; 17 (4): 757-764. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>
9. Justino GBS, Stofel NS, Gervasio MG, Teixeira IMC, Salim NR. Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu) [internet]*. 2021 [acesso em 2023 dez. 21]; 25. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200711>
10. Melli, TL. Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde? 2019 [acesso em 2024 fev. 21]; Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-17122019-121642/>
11. Brasil. Nota técnica Nº 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS. 2023. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher [acesso em 2024 jul. 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/notatecnica-no-31-2023-cosmu-cgaci-dgci-saps-ms/view>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Camila Sampaio Nogueira	Universidade Federal do Ceará (UFC)	https://orcid.org/0000-0002-2888-2039	http://lattes.cnpq.br/0315436093487913
Márcio Douglas Pereira da Silva	Prefeitura Municipal de Caucaia - CE	https://orcid.org/0009-0004-7114-1510	http://lattes.cnpq.br/5289903445771132
Raquel Autran Coelho Peixoto	Universidade Federal do Ceará (UFC)	https://orcid.org/0000-0002-2998-2779	http://lattes.cnpq.br/2859195772390069
Autora correspondente	Camila Sampaio Nogueira  camila.sampnog@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 7 de outubro de 2024	Aprovação: 5 de maio de 2025	Publicação: 26 de novembro de 2025
Como citar	Nogueira CS, Silva MDP, Peixoto RAC. Fator impeditivo à escolha do dispositivo intrauterino pelas mulheres na atenção primária à saúde. Rev. APS [Internet]. 2025; 28 (único): e282546196. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2025.v28.46196	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: CSN. Coleta de dados: CSN, MDPS. Análise ou interpretação dos dados: CSN. Elaboração do manuscrito: CSN. Revisão do conteúdo: CSN, RACP. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

[Início](#)