



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Tatiani Almeida Louzado Sant'Anna

**Treinamento e interesse profissional em inserção de DIU entre os servidores da Atenção
Básica do município de Vitória/ES**

Rio de Janeiro

2021

Tatiani Almeida Louzado Sant'Anna

**Treinamento e interesse profissional em inserção de DIU entre os servidores da Atenção
Básica do município de Vitória/ES**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional. Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em saúde

Orientadora: Prof. Dra. Vania Matos Fonseca

Rio de Janeiro

2021

Training and professional interest in IUD insertion among Primary Care servers in the city of Vitória/ES

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

S237t Sant'Anna, Tatiani Almeida Louzado.
Treinamento e interesse profissional em inserção de DIU entre os servidores da Atenção Básica do município de Vitória/ES / Tatiani Almeida Louzado Sant'Anna. -- 2021.
107 f. : il. color. ; graf.

Orientador: Vania Matos Fonseca.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Anticoncepção. 3. Dispositivos Intrauterinos. 4. Educação Continuada. 5. Planejamento Familiar. 6. Prática Profissional. 7. Pessoal de Saúde – educação. 8. Capacitação em Serviço. 9. Estudos de Avaliação como Assunto. I. Título.

CDD – 23.ed. – 374.098142

Tatiani Almeida Louzado Sant'Anna

**Treinamento e interesse profissional em inserção de DIU entre os servidores da Atenção
Básica do município de Vitória/ES**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional. Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em saúde

Aprovada em: 31 de agosto de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcello Dala Bernardina Dalla
Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes / Secretaria Estadual de Saúde do Governo
do Espírito Santo

Prof. Dr. Fabio Bastos Russomano
Instituto Federal Fluminense

Profa. Dra. Solange Rodrigues da Costa Nascimento
Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Espírito Santo / Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Profa. Dra. Vania Matos Fonseca (Orientadora)
Instituto Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2021

À memória de meu pai, Francisco Louzado dos Santos, exemplo de bondade, solidariedade, ética, verdade e amor. Mesmo tendo cursado apenas metade do ensino fundamental, sempre me apoiou e impulsionou a seguir em frente. Seu desejo era estar presente na minha formatura do mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade e pelos meios de realizar esse sonho.

Agradeço ao meu esposo Roberto todo amor e apoio empenhados em todos os momentos. Eu não chegaria ao final dessa etapa sem seu incentivo e dedicação a mim e à nossa família.

Agradeço aos meus filhos Isac, Daniel e Lucas, que compreenderam pacientemente a minha ausência e sempre me apoiaram e se alegraram com minhas conquistas.

Agradeço aos meus pais Arlete e Louzado, alicerce da família e meus apoiadores incondicionais.

Agradeço a minha irmã Juliani pelo bom humor e companheirismo, aos meus cunhados Luana e Ronaldo e à minha amiga Solange pelo apoio de sempre.

Agradeço aos meus colegas Médicos de Família e Comunidade do Espírito Santo por me receberem tão calorosamente em seu grupo, em especial Dr. Diego José Brandão e Dr. Marcello Dala Bernardina Dalla, pelo incentivo a estudar e aprimorar minhas competências e qualificações.

Agradeço à minha orientadora Dra. Vania Matos Fonseca pela dedicação e paciência durante o projeto e por ter me ensinado tanto.

Agradeço às professoras do PROFSAUDE polo FIOCRUZ-RJ pelo compartilhamento afetuoso de seus conhecimentos conosco.

Agradeço aos meus colegas de curso, pela oportunidade do convívio e pela parceria.

Agradeço aos meus residentes e internos, por me ouvirem pacientemente sobre a tese e contribuírem no que era possível.

RESUMO

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método de contracepção que possui demonstradas eficácia, indicações e vantagens, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde no país e pode ser inserido no ambulatório na Atenção Básica de Saúde (AB). É um método amplamente utilizado ao redor do mundo, porém pouco difundido e utilizado no Brasil. O desconhecimento sobre as vantagens do método e a crença em mitos e barreiras desnecessários para sua indicação e inserção entre os profissionais de saúde, bem como a falta de treinamento destes, são alguns aspectos envolvidos nesse quadro. O objetivo do trabalho é descrever o conhecimento e o interesse profissional em inserção de DIU entre os servidores da atenção básica do Município de Vitória/ES. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal descritivo, a partir de amostragem aleatória de profissionais da AB teoricamente habilitados ou que podem ser habilitados para realizar a inserção de DIU (médicos da atenção básica, de família e comunidade, pediatras, ginecologistas/obstetras e enfermeiros) que atuam nas Unidades de Saúde do município de Vitória. Foi aplicado um questionário fechado, presencialmente ou por telefone, devido à situação da pandemia de COVID-19, entre dezembro de 2020 e março de 2021, no qual o entrevistado não foi identificado. Foi confirmada a presença de mitos e barreiras à inserção do DIU na realidade local. Há poucos profissionais treinados, e uma frequência muito baixa de profissionais realizando o procedimento. Porém, mais da metade dos profissionais se mostraram interessados em receber treinamento e realizar a inserção. Os resultados evidenciam necessidade urgente de sensibilizar os profissionais da Atenção Básica à Saúde quanto ao seu papel na indicação e na inserção de DIU, e de instituir programa de educação continuada, com treinamento teórico e prático, a fim de solucionar os conflitos e provocar uma transformação na prática dos processos de trabalho, culminando com o incremento do acesso ao método e a redução de gravidezes indesejadas e suas consequências.

Palavras-chaves: Atenção primária à saúde. Contracepção. Dispositivos intrauterinos. Educação continuada. Planejamento familiar.

ABSTRACT

The intrauterine device is a method of contraception that has proven efficacy, indications and advantages, made available by the health system in the country and can be inserted in the outpatient clinic in Primary Health Care. It is a method widely used around the world, but less widespread and used in Brazil. The lack of knowledge about the advantages of the method and the belief in myths and unnecessary barriers for its indication and insertion among health professionals, as well as their lack of training, are some aspects involved in this situation. The objective of this work is to describe the knowledge and professional interest in IUD insertion among primary care workers in the city of Vitória/ES. This is a quantitative, descriptive cross-sectional study, based on a random sampling of primary care professionals theoretically qualified or those who can be qualified to perform the insertion of IUDs (primary care physicians, family doctors, pediatricians, gynecologists/obstetricians and nurses) who work in the Health Units in the city of Vitória. A closed questionnaire was applied, in person or by telephone, due to the situation of the COVID-19 pandemic, between December 2020 and March 2021, in which the respondent was not identified. The presence of myths and barriers to the insertion of the IUD in the local reality was confirmed. There are few trained professionals, and a very low frequency of professionals performing the procedure. However, more than half of the professionals were interested in receiving training and performing the procedure. The results show an urgent need to sensitize primary health care professionals about their role in the indication and insertion of IUD, and to institute continuing education programs, with theoretical and practical training, in order to resolve conflicts and provoke a transformation in the practice of work processes, culminating in increasing access to the method and reducing unwanted pregnancies and their consequences.

Keywords: Primary health care. Contraception. Education, Continuing. Intrauterine devices. Family planning.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 O DIU	12
2.2 DIU COMO CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	16
2.3 GESTAÇÕES INDESEJADAS E FALHA CONTRACEPTIVA	17
2.4 CONHECIMENTO E PRÁTICA PROFISSIONAL NA COLOCAÇÃO DO DIU	20
2.5 O USO NO BRASIL E NO MUNDO	25
3 JUSTIFICATIVA	27
4 HIPÓTESES	29
5 OBJETIVO	29
5.1 OBJETIVO GERAL.....	29
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
6 METODOLOGIA.....	30
7 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
8 RESULTADOS	33
9 DISCUSSÃO	70
10 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	85
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DA PESQUISA.....	100

1 INTRODUÇÃO

O Dispositivo intrauterino (DIU) é um método de contracepção de longo prazo, reversível, de alta eficácia contraceptiva (WAGNER *et al*, 1981; CHIOU *et al*, 2003; CLELAND; ALI, 2004; HOFMEYR; SINGATA-MADLIKI; LAWRIE, 2010; ALI, 2012; WINNER *et al*, 2012; FERREIRA *et al*, 2013; ACOG, 2015; POLIS *et al*, 2016; HUBACHER *et al*, 2017; HOFMEYR *et al*, 2016; SAVAGE; LINDSAY, 2018; WHO, 2018), possui poucas contraindicações e complicações (STEWART *et al*, 2016; WHO, 2018; MACHADO, 2018; SAVAGE; LINDSAY, 2018; MILLOGO, 2019), é financeiramente vantajoso (BONGAARTS; JOHANSSON, 2002; CHIOU *et al*, 2003; WHO, 2018), de alta aceitabilidade (PEIPERT *et al*, 2011; TILAHUN *et al*, 2016; HUBACHER *et al*, 2017; MACHADO, 2018), tem altas taxas de continuidade (PEIPERT *et al*, 2011; CEA-SORIANO *et al*, 2014; TILAHUN *et al*, 2016; HUBACHER *et al*, 2017; SAVAGE; LINDSAY, 2018; WHO, 2018), e satisfação (PEIPERT *et al*, 2011; HUBACHER *et al*, 2017; SAVAGE; LINDSAY, 2018). Pode ser utilizado inclusive por nulíparas (HARVEY *et al*, 2012; BLACK *et al*, 2013; ESPEY; HOFLER, 2017; LOHR; LYUS; PRAGER, 2017; WHO, 2018; MACHADO, 2018) e adolescentes (WINNER *et al*, 2012; BLACK *et al*, 2013; ESPEY; HOFLER, 2017; JATLAOUI; RILEY; CURTIS, 2017; MACHADO, 2018; SAVAGE; LINDSAY, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; WHO, 2018; ESPEY; YODER; HOFLER, 2019). Além de ser o método para contracepção de emergência disponível mais eficaz na atualidade (HAEGER; LAMME; CLELAND, 2018; SHEN *et al*, 2019).

Porém, apesar de suas demonstradas eficácia e vantagens, é um método ainda pouco difundido entre a população (PICHARDO *et al*, 2014; TILAHUN *et al*, 2016); e pouco utilizado no Brasil, com prevalência de uso de 1,9% (BRASIL, 2018), comparado a uma utilização em torno de 10% em vários países da América Latina (*apud* FIOCRUZ, 2019) e de 15% em nível mundial (BRASIL, 2018).

Um dos aspectos importantes para explicação desse quadro é o desconhecimento entre os profissionais de saúde sobre as vantagens do método, coexistindo mitos e barreiras desnecessárias para sua indicação e inserção, além de falta de treinamento (TYLER *et al*, 2012; BLACK *et al*, 2013; RUBIN *et al*, 2015; SCHUBERT; BISHOP; GOLD, 2016; CARTY *et al*, 2019). Há relato de desconforto entre profissionais da atenção básica¹ (AB) na discussão sobre o método com as usuárias (CARTY *et al*, 2019); além da percepção de insegurança do método

¹ No presente trabalho, Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados termos equivalentes, com base na Política Nacional de Atenção Básica, que assim as considera, com base nas atuais concepções (BRASIL, 2017).

para nulíparas (LYUS; LOHR; PRAGER, 2010; TYLER *et al*, 2012; BLACK *et al*, 2013; STEWART *et al*, 2016) e adolescentes (ESPEY; YODER; HOFLEER, 2019). Outros aspectos que envolvem falta de conhecimento sobre o método são: desconhecimento da indicação do método como contracepção de emergência (SCHUBERT; BISHOP; GOLD, 2016) e conhecimento incorreto de que critérios de elegibilidade rigorosos precisam ser preenchidos pelas mulheres para uso do DIU. Há preocupações não baseadas nas evidências atuais relacionadas ao efeito do DIU na incidência de doença inflamatória pélvica, infertilidade, maiores taxas de complicações, dor e dificuldade de inserção (LYUS; LOHR, PRAGER, 2010; BLACK *et al*, 2013; CEA-SORIANO *et al*, 2014). E também a sensação de falta de competência e manejo dos efeitos colaterais, com pouco aconselhamento sobre o método entre as adolescentes (RUBIN *et al*, 2015).

O DIU pode ser inserido no ambulatório na Atenção Primária à Saúde (APS) (HARVEY *et al*, 2012; STEWART, 2016; TILAHUN *et al*, 2016; MILLOGO *et al*, 2019), sendo o fomento deste a principal estratégia para ampliação do acesso ao método, contribuindo para a redução das gravidezes não planejadas, com todas as suas consequências, como óbitos, mutilações, sequelas, transtornos e sofrimento provocados pelo aborto ilegal no país (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

Estudos apontam altas taxas de gravidezes não planejadas (indesejadas ou antes do momento planejado) (40 a 66% em diferentes pesquisas e faixas etárias) ao redor do mundo, com valores maiores na América Latina e no Caribe (CLELAND; ALI, 2004; SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014; THOMÉ, 2016; SULLY *et al*, 2020), entre adolescentes (THOMÉ, 2016) e entre mulheres em piores condições socioeconômicas (WINNER *et al*, 2012; THOMÉ, 2016), relacionado em boa parte ao uso de contraceptivos menos eficazes (WINNER *et al*, 2012; SULLY *et al*, 2020). Na população brasileira, a prevalência de gravidez não planejada é de 55,4%, chegando a 66% entre as adolescentes entre 2011 e 2012 (THOMÉ, 2016). A frequência de abortos induzidos também é alta no país, maior também na população de menor escolaridade e renda e em amarelas, pretas, pardas e indígenas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

Diversos autores (LYUS; LOHR; PRAGER, 2010; TYLER *et al*, 2012; BLACK *et al*, 2013; CEA-SORIANO *et al*, 2014; RUBIN *et al*, 2015; SCHUBERT, 2016; STEWART *et al*, 2016; CARTY *et al*, 2019; ESPEY; YODER; HOFLEER, 2019) concluem sobre a necessidade de se desenvolver treinamento de profissionais da APS em inserção do DIU, visando reduzir o desconhecimento sobre o método e colaborar com a ampliação da oferta e das opções de métodos contraceptivos.

Há relatos na literatura de experiências bem-sucedidas sobre a estratégia de treinamento dos profissionais da APS em inserção do DIU de cobre e outros métodos de longo

prazo, com o objetivo de melhorar o acesso e ampliar a oferta de métodos contraceptivos (STEWART, 2016; TILAHUN *et al*, 2016; MILLOGO *et al*, 2019).

Por atuar como médica efetiva na APS do município de Vitória desde 2008 e perceber a dificuldade de acesso ao método na rede pública desse município, e a pouca quantidade de profissionais treinados ou interessados em realizar o procedimento, surgiu a ideia deste trabalho, que se propõe a estudar o conhecimento técnico, o treinamento, as barreiras e o interesse em treinamento dos profissionais da APS da rede pública municipal de Vitória em inserção de DIU, a fim de compreender e subsidiar gestores para planejamento de programas de educação continuada e ampliação do acesso a esse método.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O DIU

O Dispositivo intrauterino é um método de contracepção de longo prazo reversível, de alta eficácia contraceptiva, que está entre os métodos mais efetivos disponíveis na atualidade, estando na mesma faixa de eficácia dos métodos irreversíveis, com 0,8 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano de uso (WAGNER *et al*, 1981; CHIOU *et al*, 2003; CLELAND; ALI, 2004; HOFMEYR; SINGATA-MADLIKI; LAWRIE, 2010; TRUSSEL, 2011; ALI, 2012; WINNER *et al*, 2012; FERREIRA *et al*, 2013; ACOG, 2015; POLIS *et al*, 2016; HUBACHER *et al*, 2017; HOFMEYR *et al*, 2016; SAVAGE; LINDSAY, 2018; WHO, 2018). O Projeto de Contracepção CHOICE foi um estudo prospectivo sobre falha contraceptiva nos EUA com o objetivo de promover o uso dos Contraceptivos reversíveis de longo prazo (LARC) como forma de reduzir gravidezes indesejadas, entre agosto de 2007 e setembro de 2011 envolvendo 9.256 mulheres entre 14 e 45 anos na região de St. Louis (EUA). Taxas de falha encontradas nas participantes que optaram por uso de pílulas, adesivo e anel vaginal foram maiores (realizados recortes ao final de cada ano do estudo - 4,8%, 7,8% e 9,4% nos anos um, dois e três, respectivamente) em comparação com falha no grupo usando LARC (DIU liberador de progesterona e de Cobre e Implante subdérmico) (0,3, 0,6 e 0,9%). Taxas de falha em participantes usando contraceptivo injetável trimestral foram semelhantes às aquelas usando LARC. A taxa de falha no primeiro grupo foi vinte vezes maior que no grupo usando LARC. As mulheres mais jovens (menores de vinte e um anos) tiveram quase o dobro de risco de gravidezes não desejadas do que mulheres com mais idade (WINNER *et al*, 2012).

O DIU pode ser indicado para a maioria das mulheres, inclusive adolescentes (ESPEY; HOFLER, 2017; JATLAOUI; RILEY; CURTIS, 2017; MACHADO, 2018; SAVAGE; LINDSAY, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018; WHO, 2018; ESPEY; YODER; HOFLER; 2019) e nulíparas (BROCKMEYER; KISHEN, WEBB, 2008; HARVEY *et al*, 2012; ESPEY; HOFLER, 2017; LOHR; LYUS; PRAGER, 2017; WHO, 2018; MACHADO, 2018).

Está relacionado a uma maior continuidade (PEIPERT *et al*, 2011; TILAHUN *et al*, 2016; HUBACHER, 2017; SAVAGE; LINDSAY, 2018; WHO, 2018) e possui boa aceitabilidade entre as mulheres (PEIPERT *et al*, 2011; SECURA *et al*, 2014; TILAHUN *et al*, 2016; MACHADO, 2018). A média de tempo de continuidade do método na amostra de pacientes que buscaram a remoção foi de 2,6 anos e 52% das clientes mantiveram o uso por pelo menos dois anos, na amostra de Tilahun, na Etiópia (2016). Cea-Soriano *et al* (2014), no Reino Unido, encontraram uma taxa de continuidade dos LARC de 70-95% ao final do primeiro

ano de uso, enquanto mais de um terço das mulheres que tiveram prescrição de contraceptivos orais combinados não mantiveram a prescrição além de três meses e não estavam mais usando um contraceptivo prescrito, o que as colocava em risco de gravidez indesejada. O estudo randomizado duplo cego de Hubacher *et al* (2006), com 1.962 mulheres participantes tendo inserido DIU de cobre pela primeira vez, encontraram uma taxa de continuidade de 75% ao final do 1º ano de uso. Em trabalho prospectivo randomizado, Hofmeyr *et al* (2016) encontraram uma taxa de continuidade de 74,2% após 20 meses de uso do DIU. Um grande estudo com 218.092 mulheres de 14 países em desenvolvimento entre 1993 e 2008 (ALI; PARK, NGO, 2014) encontrou uma taxa de descontinuidade de 13,2% ao final do 1º ano, 27,5% aos 24 meses e 41,5% aos 36 meses de uso, com uma média de uso ininterrupto de 37 meses.

Em outro ensaio clínico conduzido por Hubacher *et al* (2017), ofertou-se um LARC a mulheres que estavam procurando um método de curta ação. Concluíram que mesmo entre mulheres que se apresentaram com desejo de iniciar um método de curta duração, LARC foram altamente aceitos. As mulheres randomizadas para uso de LARC tiveram maior taxa de continuidade e menor taxa de gravidez indesejada. Foi medido também aceitabilidade em termos de nível de satisfação com o produto e, entre as mulheres que continuaram usando os métodos aos doze meses após o início do estudo, o nível de satisfação foi o mesmo (>90% afirmaram estar felizes/neutras com a escolha do método).

Peipert *et al* (2011) compararam taxas de satisfação e continuidade de 4167 mulheres participantes do Projeto de Contracepção CHOICE que atenderam aos critérios da pesquisa, através de uma entrevista por telefone. Entre as participantes do estudo, 68% escolheram um LARC (45% DIU liberador de progesterona, 10% DIU de cobre, 13% Implante subdérmico), o que já demonstra uma alta aceitabilidade desses métodos mais eficazes, enquanto 23% optaram por métodos hormonais combinados (11% pílulas, 10% anel vaginal, 2% adesivo transdérmico) e 8% escolheram injetável trimestral. O primeiro grupo (LARC) teve uma maior taxa de continuidade em doze meses (86%) do que as usuárias de pílulas (55%), que são o método mais utilizado no país, seguido por esterilização feminina. Os dois tipos de DIU tiveram as maiores taxas de continuidade: liberador de progesterona 88% e de cobre 84%. Mais de 80% das usuárias estavam satisfeitas com o DIU (66-70% estavam muito satisfeitas) comparado a 54% da satisfação com pílulas orais combinadas. Na conclusão, os autores defendem que os LARC deveriam ser a primeira linha de contraceptivo oferecido às mulheres.

Estudo de Pichardo *et al* (2014), onde foram entrevistadas duzentas e setenta e três mulheres atendidas no centro de planejamento familiar de um hospital público de Buenos Aires, descreveu que o conhecimento inicial a respeito de DIU como contracepção de emergência era baixo (1,83% das participantes conheciam), porém 79,8% delas afirmaram que usariam o

método se tivessem necessidade após receberem informação relevante, concluindo que a aceitabilidade do método é bastante elevada, sendo necessária disseminação das informações e disponibilidade do DIU, para que mais mulheres possam optar por este método altamente eficaz.

O DIU possui outras vantagens, como: retorno rápido à fertilidade, após sua retirada (HOV; SKJELDESTAD, HILSTAD, 2007; WHO, 2018); não requerer exames complementares (laboratoriais, ultrassonografia, Papanicolaou) prévios à sua inserção (WHO, 2018) e necessitar apenas de anamnese, exame pélvico e avaliação do risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (nível de evidência A), para sua inserção (WHO, 2018).

O DIU é vantajoso financeiramente, pois não acarreta custo para a usuária quando inserido no sistema público e é de baixo custo para o governo (WHO, 2018). Bongaarts e Johansson (2002) realizaram estudo que revisou as metodologias existentes para projetar tendências futuras em contracepção, a fim de alertar formuladores de políticas e gerentes de programas quanto aos suprimentos e serviços necessários para atender às necessidades. Concluíram que o DIU de cobre é o método reversível de longa ação mais acessível financeiramente já desenvolvido, e que é improvável que seja desenvolvido outro LARC de menor custo. Seu custo, quando adquirido do fabricante em grandes quantidades, estava (em 2002) em torno de um dólar. Um estudo de 2003 (CHIOU *et al*) comparou eficácia e custos de nove métodos contraceptivos (injetável trimestral, contraceptivo oral combinado, DIU de cobre, DIU de progesterona, métodos de barreira e métodos cirúrgicos) nos EUA. Demonstrou que a ligadura de trompas teve maior eficácia, mas com custo mais alto. DIU de cobre e de progesterona tiveram um impacto significativo no custo-benefício. Mavranezouli (2008), em estudo em que acompanhou 1000 mulheres em idade reprodutiva que demandaram contracepção, por um prazo de 1 a 15 anos, no Reino Unido, a fim de avaliar custo-benefício associado ao uso de LARC, contraceptivo oral combinado (COC) e esterilização feminina, confirmou que, apesar do custo inicial mais alto, os LARC e a esterilização feminina possuem melhor custo-benefício, em relação ao COC, sendo o DIU de cobre o mais barato entre os LARC. No Brasil, o custo médio unitário do DIU de cobre adquirido em grandes quantidades pelo Ministério da Saúde e repassado aos municípios está em torno de R\$14,30 (dado fornecido pelo setor de almoxarifado da Prefeitura Municipal de Vitória).

Suas complicações são consideradas raras e incluem risco de perfuração da parede uterina durante a inserção, porém com evolução benigna, aborto espontâneo, parto prematuro ou infecção na rara eventualidade de a mulher engravidar em uso do DIU (WHO, 2018). Outra ocorrência é a doença inflamatória pélvica (DIP) caso a mulher tenha clamídia ou gonorreia no momento da colocação do DIU (FORAN *et al*, 2018; WHO, 2018). Foran *et al* (2018), em

revisão sistemática para avaliar segurança de dispositivos intrauterinos em nulíparas, encontraram taxas de 0,3 a 5% de DIP em usuárias de DIU. Concluíram que as evidências são fracas, necessitando mais estudos, mas pelos estudos avaliados, parece haver um risco pequeno de DIP nos primeiros 20 dias após a inserção, que pode representar inoculação intrauterina de uma infecção do trato genital inferior pré-existente. Risco subsequente estaria relacionado a aquisição de uma IST e não à presença do DIU. Não houve diferença de risco relacionado à paridade. Toda mulher em risco de adquirir uma IST deve ser orientada ao uso simultâneo de preservativos. A respeito da dor durante a inserção do dispositivo, considerada uma barreira para a aceitação do método, Foran *et al* (2018) encontraram relatos de algum grau de dor, sendo que em nulíparas houve mais relato de dor moderada ou severa. Há uma variedade de opções para alívio dessa dor, como uso de misoprostol prévio à inserção, anestesia local cervical e uso de anti-inflamatório não esteroidal antes da inserção, mas faltam evidências que comprovem superioridade de uma das abordagens.

As queixas mais comuns, que podem ser a causa da interrupção do uso, são alterações nos padrões de menstruação, como sangramento prolongado e intenso, irregular e mais cólicas durante a menstruação, principalmente nos primeiros seis meses (WHO, 2018). Na análise de Peipert *et al* (2011) das participantes do Projeto CHOICE, 14% das usuárias de DIU de cobre interromperam o uso devido a essas razões. No estudo randomizado duplo cego envolvendo 2.019 mulheres, mencionado anteriormente, Hubacher *et al* (2006), encontraram expulsão, seguido das mesmas queixas (dismenorreia e/ou aumento do sangramento menstrual) como causas mais frequentes de descontinuação do método. Expulsão também foi o principal motivo de descontinuidade do DIU (3%), seguido de dor abdominal e lombar (2%), no estudo prospectivo randomizado de Hofmeyr *et al* (2016). Na pesquisa de Tilahun *et al* (2016), 4% das usuárias de DIU identificaram efeitos adversos ou preocupações de saúde e solicitaram a retirada do DIU.

São poucas as contraindicações absolutas ao método, sendo elas: anormalidades uterinas como útero bicorno, septado ou intensa estenose cervical; miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial; vigência de IST (infecções sexualmente transmissíveis), tais como clamídia, gonorreia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4; presença de doença inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta e tuberculose pélvica; no período pós parto imediato quando houver presença de febre durante o trabalho de parto ou ruptura de membranas há mais de 24 horas, hipotonia ou atonia pós-dequitação ou retenção placentária; no pós-abortamento nos casos de abortamento infectado; câncer de colo uterino (BRASIL, 2018; WHO, 2018). Sangramento vaginal inexplicado; doença trofoblástica gestacional na sua forma maligna ou com níveis

persistentemente elevados de BhCG e câncer de endométrio também se configuram como contraindicações pelos critérios médicos de elegibilidade da OMS (WHO, 2018). Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação não irão se beneficiar do uso do DIU com cobre pelo provável aumento do fluxo menstrual observado nestes casos (BRASIL, 2018; WHO, 2018). Pode ser ofertado a mulheres com história prévia de gravidez ectópica (Nível B de evidência – ACOG) (ESPEY; HOFLE, 2017).

2.2 DIU COMO CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Em artigo de revisão, Cleland *et al* (2014) defendem que o DIU de cobre é o método de contracepção de emergência mais efetivo, com uma taxa de gravidez após sua inserção de 0,1%, enquanto a segunda opção mais efetiva presente no Brasil (acetato de ulipristal), porém não disponível pelo SUS, possui taxa variando entre 0,9 e 2,1%. A falha do contraceptivo oral de emergência de levonorgestrel está entre 0,6 e 3,1%. A opção menos efetiva (uso de pílulas de contraceptivo oral combinado) possui falha que varia de 2 a 3,5%. Para esta finalidade, o DIU de cobre também possui a vantagem de manter a contracepção, enquanto inserido, prevenindo gravidez em próximos episódios, constituindo-se em excelente opção para mulheres que experienciam múltiplos episódios de sexo desprotegido. Diferente dos outros métodos, sua eficácia não é afetada pelo peso corporal (CLELAND *et al*, 2014; BLACK; HUSSAINY, 2017). Black e Hussainy (2017) também relatam que o DIU de cobre é o método de contracepção de emergência mais eficaz, com prevenção de 99% de gravidezes, mas é o menos usado na Austrália, devido à falta de conhecimento entre as mulheres e à falta de acesso a profissionais habilitados. Haeger, Lamme e Cleland (2018) também apontam para a eficácia superior do DIU de cobre.

Contudo, uma revisão sistemática da Cochrane, cuja última versão data de janeiro de 2019, analisou os dados existentes comparando DIU de cobre e outros métodos para contracepção de emergência e concluiu que a qualidade das evidências é baixa, havendo necessidade de estudos mais bem desenhados a fim de concluir solidamente sobre a superioridade da eficácia do método. Sugere que o DIU seja ofertado a mulheres que se apresentam tardiamente para pílula de emergência, que não estão em risco aumentado de infecções sexualmente transmissíveis e que preferem contracepção de longa ação (SHEN *et al*, 2019). Outra revisão sistemática do mesmo ano confirmou a alta eficácia do DIU na contracepção de emergência, porém também considerou que mais estudos são necessários (GOLDSTUCK; CHEUNG, 2019).

2.3 GESTAÇÕES INDESEJADAS E FALHA CONTRACEPTIVA

A gravidez indesejada é um indicador da falha no planejamento familiar, seja devido à falta de informações ou de acesso aos métodos, a falha do método ou a sua indisponibilidade

(BERQUÓ; LIMA, 2009), e ocorre em todos os segmentos da sociedade (BROWN; EISENBERG, 1995). Prover informações e facilitar acesso a métodos mais eficazes de contracepção pode contribuir para reduzir taxas de gestações indesejadas (não planejadas ou antes do momento planejado) e seus desfechos negativos psicológicos, sociais, econômicos e de saúde para as crianças, mulheres, homens, a família e para a sociedade (BROWN; EISENBERG, 1995; CLELAND; ALI, 2004; SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014). Segundo Brown e Eisenberg (1995), uma mulher com uma gravidez não desejada possui menor probabilidade de buscar atenção pré-natal precoce e tem maior probabilidade de expor seu feto a substâncias prejudiciais (como tabaco e álcool). O filho de uma concepção não desejada está em maior risco de baixo peso ao nascer, óbito no primeiro ano de vida, sofrer abuso e dificuldade de desenvolvimento. A mãe possui maior risco de depressão e abuso e seu relacionamento possui maior chance de sofrer dissolução. Os genitores podem sofrer dificuldades econômicas e não alcançar seus objetivos profissionais e educacionais (BROWN; EISENBERG, 1995).

Pesquisa realizada em dezenove países em desenvolvimento conduzida entre 1990 e 2000 apontou que 32% dos nascidos vivos foram classificados como não desejados e aproximadamente 15% destes poderiam ser atribuídos a falha contraceptiva (CLELAND; ALI, 2004). Sedgh, Singh e Hussain (2014) utilizaram dados de pesquisas nacionais, representativas, ao redor do mundo, e encontraram 40% (85 milhões) de gravidezes indesejadas em 2012, com a maior taxa estando na região da América Latina e do Caribe (56%), e uma média de 54 e 49% de abortos induzidos, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, respectivamente. Sully *et al* (2020) redigiram um relatório inglês apresentando estimativas, em 2019, das necessidades de cuidados à saúde materna, do recém-nato e contraceptivas das mulheres em regiões em desenvolvimento, suas lacunas críticas na cobertura dos serviços e custos e benefícios do completo preenchimento dessas necessidades. Estimaram, a partir de dados de cada região, que mais da metade (56%) das mulheres em idade reprodutiva querem evitar gravidez. Um quarto delas estariam com sua necessidade de contracepção moderna não atendida. Esta situação é definida como mulheres que estão usando métodos pouco efetivos, considerados tradicionais (como amenorreia da lactação, abstinência, coito interrompido, tabelinha) ou não usando qualquer método. Nos países de baixa renda e entre adolescentes, as taxas de mulheres com necessidade de contracepção moderna não atendida são ainda maiores (46% e 43% respectivamente). Do total de gravidezes, 49% seriam indesejadas (111 milhões), sendo 3% destas relacionadas à falha dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) e das esterilizações, enquanto 20% estariam relacionados a falha de outros métodos.

Winner *et al* (2012), no Projeto CHOICE, encontraram taxa de quase 50% de

gravidezes indesejadas relacionadas a falha contraceptiva (334 gravidezes indesejadas, sendo 156 relacionadas a falha de métodos modernos², num universo de 7.486 participantes no estudo prospectivo). Perceberam que participantes que tiveram gravidezes indesejadas eram mais jovens, com menor escolaridade e renda e dependentes do serviço público.

Uma pesquisa brasileira de grande porte (Nascer no Brasil), coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), teve 23.940 mulheres entrevistadas em 121 municípios entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. A partir dos dados encontrados, divulgou-se em imprensa nacional que a prevalência de gravidez não planejada no Brasil foi de 55,4%, chegando a 66% entre as adolescentes, com destaque para mulheres em piores condições socioeconômicas (THOMÉ, 2016). Esse número pode estar ainda subestimado, pois apenas participaram da pesquisa maternidades com quinhentos ou mais partos por ano, permanecendo de fora localidades remotas e/ou empobrecidas e os partos domiciliares.

A Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016) destacou que a frequência de abortos no Brasil é alta (13% das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos entrevistadas havia feito ao menos um aborto no decorrer de sua vida), constituindo-se um dos maiores problemas de saúde pública no país. Ele está presente em todos os grupos sociais, porém sendo mais frequente na população com menor escolaridade e renda familiar e em amarelas, pretas, pardas e indígenas.

Polis *et al* (2016), utilizando dados de pesquisas demográficas e de saúde de larga escala, que incluíram entrevistas com mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), de 43 países (a maioria deles entre os 69 mais pobres globalmente), descreveram uma prevalência de uso de contraceptivos que variou de 13% a 79%. Em média, apenas 52,9% das mulheres que precisam de contracepção está usando um método moderno (EWERLING *et al*, 2018). Segundo dados da OMS de 2012, a prevalência do uso dos métodos contraceptivos foi de 63% em 2007 e a prevalência de uso de métodos modernos foi de 56% (WHO, 2012b).

A publicação da OMS (2012b) sobre aborto seguro afirma que onde métodos contraceptivos efetivos estão disponíveis e são amplamente utilizados, a taxa de abortos declina nitidamente. A taxa de gravidezes não planejadas ao redor do mundo caiu de 69 por mil mulheres entre 15 e 44 anos em 1995 para 56 por mil mulheres em 2008. A taxa de abortos induzidos caiu de 35 por mil mulheres em 1995 para 26 por mil mulheres em 2008. (WHO,

² São considerados métodos modernos de contracepção: contraceptivos orais combinados, pílulas apenas de progesterona, contraceptivos vaginais e transdérmicos, contraceptivos injetáveis, métodos contraceptivos de longa ação, incluindo dispositivos intrauterinos de cobre e de progesterona e implante subdérmico de etonogestrel e pílulas de contracepção de emergência (BAHAMONDES *et al*, 2017)

2012b).

Brandão e Cabral (2017), partindo dos resultados da pesquisa Nascer no Brasil, discutem os fatores culturais envolvidos na contracepção e nas altas taxas de gravidezes não planejadas, com suas consequências, como mutilações, sequelas, enormes transtornos e sofrimento. Defendem a melhoria no acesso ao planejamento familiar, mas também a “ampliação do *mix* de métodos contraceptivos” e o incentivo a soluções para as falhas contraceptivas, como a contracepção de emergência e o acesso ao aborto. Defendem também que:

não há um método ideal para se evitar filhos, mas que o profissional de saúde tenha vínculo e sensibilidade em relação ao tema, para orientar e avaliar conjuntamente com a mulher sobre as diversas possibilidades e o melhor método para seu “momento e/ou situação de vida” (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

2.4 CONHECIMENTO E PRÁTICA PROFISSIONAL NA COLOCAÇÃO DO DIU

A inserção de DIU requer treinamento profissional específico (WHO, 2018). Wagner *et al* (1981) já chamavam a atenção para a vantagem do cuidado à usuária relacionado ao DIU ser realizado por profissional com experiência, com menores taxas de falha, expulsão e extração por efeitos indesejáveis.

Pesquisa realizada por meio de 1862 entrevistas online em 15 países (Reino Unido, França, Austrália, EUA, México, Rússia, Turquia, Canadá, Alemanha, Suécia, Brasil, Irlanda, Colômbia e Argentina) investigando o conhecimento e a prática em inserção de DIU dos profissionais (Ginecologistas/obstetras - GO -, Clínicos gerais e Enfermeiros) em nulíparas apontou discrepância entre atitudes dos profissionais de saúde em relação ao DIU e a evidência disponível (BLACK *et al*, 2013). As barreiras mais referidas pelos profissionais foram: dificuldade na inserção, preocupações em relação a DIP, dor à inserção e infertilidade. Os autores concluem ser necessária mais educação profissional.

Carty *et al* (2019) realizaram um estudo descritivo, transversal, em que enviaram questionário estruturado para médicos assistentes do exército americano, a maioria atuando em cenário de atenção primária, e descreveram que o treinamento em inserção dos métodos contraceptivos de longa duração (LARC – DIU de cobre, DIU de progesterona e Implante subdérmico) era infrequente, com apenas 10%, 17% e 33% dos médicos tendo relatado treinamento para DIU de cobre, DIU de progesterona e Implante subdérmico, respectivamente. No que se refere ao DIU de cobre, apenas 10% dos profissionais treinados em inserção afirmaram ter realizado o procedimento nos doze meses anteriores à pesquisa. Poucos respondentes reportaram se sentirem confortáveis em discutir inserção de DIU com as usuárias, sendo que 45% afirmaram desconforto para discutir a respeito do método (se mostraram mais confortáveis para discutir métodos menos eficazes). Alguns também responderam que faltavam

materiais requeridos para o procedimento. O estudo identificou falta de treinamento em LARC entre os profissionais e subutilização ou falta de implementação de uso do método entre os treinados. Falta de disponibilidade ou informação sobre os suprimentos necessários para inserir o dispositivo podem contribuir para a falta de implementação. Sugerem a necessidade de treinamento e avaliação dos locais de trabalho quanto aos materiais necessários.

Tyler *et al* (2012) também enviaram questionários para uma amostra aleatória de quatro mil profissionais de saúde, particulares e públicos, com um total de 635 médicos de consultório privado (dentre os quais GO, Médico de Família e Comunidade – MFC -, hebiatra) e 1.323 clínicas (*Title X clinics* - clínicas com profissionais da medicina e da enfermagem custeadas pelo governo federal para planejamento familiar e serviços preventivos para população de baixa renda nos EUA) respondentes. Encontraram que 30% dos profissionais de saúde percebiam DIU como inseguro para nulíparas, em estudo realizado cinco anos após a retirada da nuliparidade como contraindicação. Concluem que a indisponibilidade do DIU no local de trabalho, a falta de treinamento em inserção e os equívocos em relação à segurança do método para nulíparas estiveram fortemente associados à sua baixa oferta. Perceberam que o desconhecimento em relação ao DIU foi mais frequente entre os profissionais que não possuíam treinamento em inserção de DIU e em locais onde a provisão do dispositivo era infrequente. Sugerem treinamento dos profissionais e disponibilidade do dispositivo a fim de aumentar a oferta.

Foi utilizada uma abordagem do "chamador misterioso" para pesquisar 199 clínicas de APS, planejamento familiar e GO em nove cidades americanas, identificadas via pesquisa online, por Schubert, Bishop e Gold (2016), usando um questionário estruturado, onde foram coletadas informações a respeito de acesso e conhecimento do DIU de cobre como contracepção de emergência. Sessenta e oito por cento das clínicas de atenção primária ofereciam DIU de cobre, mas apenas 11% o ofereciam com contracepção de emergência. O autor concluiu que o acesso ao DIU de cobre como contracepção de emergência é limitado e varia por tipo de clínica. Há lacuna de conhecimento a esse respeito e falta atualização dos protocolos.

Em uma pesquisa de instituição acadêmica em Nova Iorque, Rubin *et al* (2015) convidaram médicos da atenção primária (MFCs, pediatras e GOs) a responderem anonimamente um questionário sobre a frequência de aconselhamento de adolescentes sobre DIU. Os resultados apontaram menor frequência de aconselhamento entre pediatras comparado a MFC e GO (35,8% e 81,6% respectivamente). Essas frequências estavam associadas a sensação de maior ou menor competência em aconselhamento e manejo dos efeitos colaterais esperados do DIU. Os autores sugerem que intervenções para aumentar o aconselhamento

acerca do DIU deveriam focar em melhorar as competências dos profissionais da APS a respeito e que esse treinamento ocorra durante a residência médica.

Em 2010, Rubin *et al* publicaram estudo em que enviaram um questionário autoaplicado a uma amostra aleatória de 3.500 MFC (num total de 95.000 médicos dessa especialidade cadastrados em um banco de dados nacional dos EUA), com uma taxa de resposta de 25%. Entre os respondentes, 61,5% haviam inserido pelo menos 1 DIU durante a residência médica e 23,3% dos respondentes afirmaram ter inserido pelo menos 1 DIU nos últimos 12 meses de atuação. Ter inserido DIU durante a residência foi o único fator preditor de inserção na prática clínica encontrado no estudo (31,5% dos que treinaram durante a residência continuavam inserindo o dispositivo, enquanto 10,2% dos que não tiveram treinamento durante a residência realizavam o procedimento). Os resultados de Rubin *et al* (2010) demonstraram que os MFC que inseriam DIU na prática diária possuíam maior probabilidade de recomendar DIU para as mulheres, possuíam maior conhecimento sobre o método, consideravam-no seguro e eficaz, sentiam-se seguros em discutir o método e acreditavam que as pacientes eram receptivas à discussão sobre o método com maior frequência, comparado aos que não inseriam DIU, com diferença estatística significativa. Foi encontrada uma baixa taxa de inserção de DIU nos 12 meses anteriores (uma média de 9 dispositivos no período de 1 ano), com apenas 22,6% dos MFC tendo inserido uma quantidade maior do que 10. Neste trabalho, os profissionais com menor tempo de graduados inseriam DIU numa maior frequência do que graduados há mais tempo, podendo indicar melhora do treinamento em inserção de DIU durante a residência. Os autores sugerem que educação e treinamento em inserção de DIU durante a residência médica podem aumentar a proporção de mulheres que possuem acesso ao método.

Millogo *et al* (2019) relatam a experiência de uma parceria de nove países francófonos da África subsaariana em 2011, num contexto em que o acesso a serviços de planejamento familiar era precário, com uma baixa cobertura, em que, em 2010, apenas 15% das mulheres casadas usavam métodos contraceptivos modernos, resultando em muitas gravidezes não planejadas e uma taxa de fertilidade de 5,5 crianças por mulher (enquanto a fertilidade global está em torno de 2,5 crianças por mulher - UNITED NATIONS, 2015). Entre 2017 e 2018, foi conduzido um estudo piloto em duas localidades rurais de Burkina Faso, onde, em 2015, 48 e 54% dos profissionais não médicos trabalhando em centros de APS em dois distritos rurais (Tougan e Dandé, respectivamente) eram auxiliares de enfermagem e auxiliares de parteiras. Utilizaram estratégias de advocacia, baseadas em evidência científica, para modificar políticas de saúde e padronização de cuidado clínico, a fim de apoiar o compartilhamento de tarefas em planejamento familiar. Assim, setenta e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram treinados, em duas semanas, para aconselhar e fornecer camisinhas e contraceptivos orais e

injetáveis. E cento e vinte e quatro auxiliares de enfermagem e auxiliares de parteiras receberam treinamento em duas semanas para aconselhar e realizar inserção e retirada de Dispositivos Intrauterinos e Implantes subdérmicos. Durante o período do estudo piloto, ACS forneceram contraceptivos injetáveis a 3.698 novas usuárias e as auxiliares realizaram 726 inserções de DIU em novas usuárias e 2.574 novos implantes. Nenhum incidente de segurança (nenhuma complicação) foi reportado. Os ACS estavam capacitados a identificar e manejar os efeitos adversos e referenciar as mulheres a centros de APS se necessário. Apenas sessenta usuárias foram encaminhadas a outro nível de atenção para manejo de efeitos adversos. Concluíram que o compartilhamento de tarefas no planejamento familiar foi factível e seguro tanto na comunidade quanto em nível de centros de APS. Sugerem que países enfrentando problemas semelhantes na cobertura dos serviços de planejamento familiar podem implementar uma estratégia equivalente para que a mulher e o casal possam ter acesso a uma mais ampla variedade de métodos contraceptivos que melhor se adequem a suas necessidades.

Tilahun *et al* (2016) descreveram a experiência da iniciativa do governo etíope para introduzir inserção de DIU no setor público de saúde e ampliar o rol de métodos contraceptivos. Avaliaram também características das usuárias que adotaram o DIU e as razões de sua descontinuação. Numa primeira etapa, de dezembro de 2011 a março de 2012, foi realizado treinamento de dois profissionais provedores de planejamento familiar de cento e vinte e oito centros de saúde em inserção e retirada de DIU durante duas semanas. Uma semana constava de teoria e prática simulada e uma semana de prática clínica. Nas localidades onde ocorreu o treinamento, houve divulgação da atividade na comunidade. As mulheres eram informadas sobre a disponibilidade de métodos contraceptivos nas unidades de saúde, onde recebiam aconselhamento, triagem de acordo com elegibilidade para o método e recebiam o método que escolhiam, entre eles o DIU. Ao final do treinamento, foram providenciados os equipamentos e os suprimentos necessários e os profissionais treinados integraram imediatamente a inserção do DIU em sua variedade de serviços ofertados nos seus respectivos centros de saúde. Ao menos uma vez por mês, mentores realizaram seguimento do treinamento, utilizando um *check list* para avaliar espaço, equipamento, medidas para prevenir infecção e privacidade da usuária durante o procedimento. Três meses após o treinamento, um encontro de revisão foi convocado para avaliar as conquistas e os desafios dessa fase. Entre abril de 2012 e setembro de 2015, outros setecentos e trinta e oito profissionais foram treinados, na chamada fase de expansão. Foram revisados e comparados dados de prestação de serviços contraceptivos retrospectivos de quarenta centros de saúde em um período de seis meses antes da iniciativa e durante seis meses na fase de expansão. Houve um aumento no uso de DIU em catorze vezes (de 0,4 em 2011 para 5,7% de usuárias de DIU em 2014). Os profissionais treinados reportaram se sentirem

confortáveis fornecendo DIU e notaram que a provisão imediata do material necessário após treinamento, a rotina de seguimento, a mentoria e o encontro de revisão contribuíram para seu conforto no procedimento.

Em uma pesquisa na Austrália (STEWART *et al*, 2016), realizada devido à baixa de prevalência de uso do método no país, médicos (87,5% destes atuando na APS, públicos e privados) responderam questionário antes e depois de treinamento para inserção de DIU a fim de identificar e entender o resultado do treinamento em seus conhecimentos e habilidades e as barreiras ao método. Nenhum deles estava realizando o procedimento em sua prática clínica antes do treinamento. Entre os vinte e dois (92%) médicos respondentes ao questionário de seguimento (um ano após o treinamento), foram realizadas duzentas e trinta e oito inserções de DIU, com 89% de sucesso. Três médicos não realizaram nenhuma inserção no período de seguimento, dezenove fizeram ao menos uma inserção, enquanto sete médicos (32%) realizaram o procedimento doze ou mais vezes. Sessenta e quatro por cento dos médicos treinados se sentiram confiantes e com habilidade para inserir DIU de cobre em múltiparas, enquanto apenas 24% referiram a mesma percepção para o procedimento em nulíparas. Foram relatadas poucas complicações (11%), sendo elas: dificuldade na histerometria, problemas técnicos do DIU, reação vasovagal, DIU mal posicionado e expulsão. Não houve casos de infecção ou perfuração. Quase todos os participantes relataram encontrar barreiras para incorporar a inserção de DIU na sua prática, como remuneração insatisfatória, limitação de tempo e baixo número de pacientes. Houve aumento na percepção da remuneração insuficiente após o treinamento, mas não houve alteração de percepção de outras barreiras após o treinamento. Mas o encaminhamento para outros profissionais realizarem o procedimento reduziu após o treinamento. Os autores discutem treinamento dos profissionais em clínicas especializadas em inserção de DIU, no próprio local de trabalho e melhora no pagamento do procedimento, como estratégias para colaborar com a transformação da prática. Alternativas como treinamento de profissional da enfermagem e a implementação de itinerários terapêuticos envolvendo encaminhamento de profissionais da APS para clínicos treinados em inserção de DIU também foram aventadas a fim de aumentar o acesso das mulheres ao método.

Intervenções comunitárias e aconselhamento contraceptivo pré-natal foram as estratégias que melhoraram a adesão ao DIU de cobre, em uma revisão sistemática de estudos randomizados (ARROWSMITH, 2012a e 2012b).

O DIU pode ser inserido no ambulatório na APS. Em um estudo prospectivo em clínicas de planejamento familiar na Austrália, Harvey *et al* (2012) obtiveram 95% de sucesso na inserção de DIU (80% em nulíparas) em cenário de atenção primária (em 996 inserções). Até dezembro de 2019 o procedimento poderia ser realizado por profissional de medicina e

também por profissional de enfermagem, desde que este estivesse capacitado e dentro dos Programas de Atenção Primária à Saúde que desenvolvem saúde da mulher dentro do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018). Dessa forma, após treinamento e cumprindo disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, o enfermeiro estaria apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta. Entretanto, publicada a Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAPS/MS, se reconhece a exclusividade aos profissionais de medicina para a prática de procedimentos invasivos, conforme disposto no art. 4º, inciso III, e § 4º, inciso III, da Lei nº 12.842/2013.

2.5 O USO DO DIU NO BRASIL E NO MUNDO

No Brasil o DIU é pouco utilizado, 1,9% de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, realizada em 2006 (Brasil, 2018). Carvalho, Pirotta e Schor (2001), em pesquisa entre mulheres na região sul do município de São Paulo, acharam uma taxa de utilização de DIU de 3,2%, naquela população. Há pouca informação na literatura a respeito da prevalência do uso do DIU no Brasil. Um grande estudo sobre a contribuição da falha contraceptiva para nascimentos indesejados e perda fetal em países em desenvolvimento, com 12.512 mulheres brasileiras entrevistadas, não traz dados sobre uso do DIU (CLELAND; ALI, 2004).

Bahamondes *et al* (2017) publicaram uma pesquisa em que avaliaram mudanças na venda de contraceptivos entre setembro de 2016 e junho de 2017, durante e após o pico do surto de Zika vírus no Brasil, esperando que o uso de métodos modernos de contracepção fossem aumentar, devido aos esforços do governo para informar, aconselhar e garantir acesso a serviços de planejamento familiar de qualidade. Obtiveram dados de todas as companhias farmacêuticas localizadas no Brasil e dos fabricantes sobre vendas de contraceptivos para os setores público e privado, abrangendo mais de 95% das vendas, sendo que preservativos masculinos não foram avaliados. Perceberam que 78% das vendas foi de COC, pílula de progesterona (POP), adesivo e anel vaginal, representando 11,1 a 13,8 milhões de ciclos/unidade por mês, seguido da pílula de contracepção de emergência (1,8 a 2,6 milhões pílulas), injetáveis (1,2 a 1,4 milhões) e LARC (DIU de cobre e hormonal e Implante subdérmico) (6.500 a 17.000 dispositivos - em torno de 0,5% das vendas). Em comparação entre o período durante o surto e após, houve um ligeiro aumento das pílulas de contracepção de emergência e uma redução na venda de LARC e injetáveis, enquanto os outros métodos não tiveram mudança significativa. Os autores interpretaram esses dados como indicadores da dificuldade de acesso a métodos mais efetivos. Argumentam que a venda de LARC, que possui eficácia maior que os métodos de curta ação, continua baixa no país, podendo impactar nas altas taxas de gravidezes não planejadas no Brasil. Colocam a indisponibilidade dos métodos reversíveis de longa ação como principal barreira e

defendem que as autoridades brasileiras deveriam melhorar o acesso a serviços de planejamento familiar de alta qualidade, a fim de garantir à mulher o direito de adiar ou evitar gravidez.

A utilização do DIU em nível mundial é em torno de 15% (BRASIL, 2018), sendo na Inglaterra de 10% e na China ao redor de 40%. Muitos países da América Latina também apresentam prevalência mais elevada, se comparados ao Brasil, ao redor de 10% (FIOCRUZ, 2019). Em 2011, apenas 3% das mulheres australianas em uso de contraceptivos estava usando DIU (RICHTERS *et al*, 2016). Nos Estados Unidos da América, em 2002, apenas 1,3% das mulheres usando contraceptivos referiu uso de um dispositivo intrauterino (de cobre ou hormonal) (LYUS; LOHR, PRAGER, 2010). O relatório de Mosher e Jones (2010) apresenta dados de uso de contraceptivos de Pesquisas Nacionais sobre Crescimento Familiar nos EUA. Foram entrevistadas 7.056 mulheres entre 15 e 44 anos, entre julho de 2006 e dezembro de 2008 e seus dados foram comparados a dados de pesquisas realizadas em períodos anteriores (em 1982, 7.969 mulheres foram entrevistadas; em 1995 foram 10.847; em 2002 foram realizadas 7.643 entrevistas). Em 1982, 7% das mulheres estavam usando algum tipo de DIU, em 1995, 1%, e 2% em 2002, com aumento da proporção de usuárias no período de 2006 a 2008, quando 5,5% das entrevistadas estavam usando DIU. Dados semelhantes foram encontrados por Finer, Jerman e Kavanaugh (2012), com aumento progressivo do uso de DIU pelas mulheres nos EUA, com 2% de uso em 2002, 3,5% em 2007 e 7,7% em 2009. Na França e na Noruega, a proporção de usuárias de DIU estava acima de 20%. Projetos de ampliação do uso de DIU têm sido implementados nos EUA nas duas últimas décadas (WINNER *et al*, 2012). Comparações com dados internacionais feita por Mosher e Jones (2010) indicam que em países com menores taxas de partos e abortos há maior confiança em pílula e DIU, e menor uso de esterilização.

Um grande estudo usando uma base de dados de pesquisa médica britânica na APS - The Health Improvement Network (THIN) – com 3,7 milhões de pacientes ativos, incluindo um total de 574.185 mulheres elegíveis, avaliou padrões de uso e troca de contraceptivos entre mulheres em idade fértil (doze a quarenta e nove anos) no Reino Unido em 2008 (CEASORIANO *et al*, 2014). Partiram do pressuposto de que o Reino Unido tem taxas baixas de utilização do DIU em comparação com outras regiões do mundo, e os resultados apontaram que LARC foram usados apenas por um terço das mulheres avaliadas, apesar de serem os métodos reversíveis mais efetivos. Demonstraram uma prevalência de uso de DIU de cobre de 4,5%. O método mais usado foi COC (16,2%) e o menos usado foi adesivo (0,1%). A maioria das usuárias de cada método contraceptivo havia usado o método previamente (variando de 52,7% para adesivos e 92,1% para DIU de cobre). Novas usuárias de COC eram as mais jovens (~ 19,2 anos), enquanto as novas usuárias de DIUs eram as de maior idade (~ 35,2 anos). Os autores

consideraram que equívocos a respeito de riscos e benefícios dos DIUs, como relação deste método com doença inflamatória pélvica e gravidez ectópica, contribuíram para sua baixa prevalência de uso.

3 JUSTIFICATIVA

Conforme salientado no referencial teórico o DIU de cobre é um método contraceptivo entre os mais eficazes e com menos complicações e contra-indicações, com a vantagem de ser reversível. Porém, durante a vivência profissional, tenho percebido baixo uso do método. Como médica efetiva atuante na APS no município de Vitória como médica da Estratégia de Saúde da Família desde 2008, GO e MFC, constatei que são poucos os profissionais que se dispõem a realizar a inserção de DIU no município.

A inserção do dispositivo tem estado restrita ao universo dos ginecologistas no município, com inserção a nível hospitalar na grande maioria dos casos e acesso limitado às mulheres na APS, devido à baixa disponibilidade de profissionais que realizam o procedimento. Contudo, não há obrigatoriedade legal ou ética de se restringir a essa especialidade nem mesmo há indicação formal de se encaminhar toda mulher ao centro cirúrgico. Mesmo sendo um método invasivo, pode ser realizado por outros profissionais médicos, em nível ambulatorial, desde que sejam treinados. Inserção e retirada de DIU fazem parte da matriz de competências do Médico de Família e Comunidade.

Necessita-se conhecer a realidade do conhecimento e do interesse profissional em inserção de DIU e confirmar as alegações de barreiras à indicação e à inserção do DIU no contexto local, que se supõe serem originadas da desinformação, ao invés de se constituírem de barreiras reais, a fim de conhecê-las e enfrentá-las. Faz-se necessário quantificar e qualificar essas dificuldades, com o intuito de favorecer o planejamento de uma proposta de educação continuada e gestão que seja capaz de solucionar esses conflitos e provocar transformação na prática.

A proposta deste trabalho é servir de parâmetro para elaboração de ações de educação continuada que, se espera, sensibilizem os profissionais e a administração pública, para que o método seja mais oferecido e o acesso seja melhorado. Trazer elementos para o desenvolvimento de um treinamento que tenha um maior alcance e que seja mais eficiente.

Defendo não caber ao profissional decidir o método a ser usado pela pessoa, mas é seu dever ofertar e prover informações atualizadas sobre os métodos. Cabe à mulher avaliar e optar pelo método de sua escolha, que se adapte às suas necessidades, desejos e estilo de vida, para colocar em prática seu planejamento em relação à maternidade.

Mediante ao exposto, surge o seguinte questionamento: Porque os profissionais que atuam na APS e que estão envolvidos com questões relacionadas ao planejamento familiar, não valorizam esse método contraceptivo, uma vez que realizam pouca oferta dele para as mulheres do município de Vitória? Posto que a literatura atual demonstra que há inúmeras vantagens desse método, em relação a outros, há um contrassenso, que precisa ser respondido.

4 HIPÓTESES

Estima-se que o percentual de profissionais com treinamento em inserção de DIU na rede pública do município de Vitória seja menor que 20% e que haja um interesse maior que 50% em treinamento profissional para inserção do DIU.

5 OBJETIVO

5.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o conhecimento e o interesse profissional em inserção de DIU entre os profissionais da atenção básica do Município de Vitória/ES.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sociodemográficas e profissionais associadas ao conhecimento técnico e interesse dos profissionais no treinamento para inserção de DIU e suas razões.

Descrever a frequência de profissionais capacitados em inserção de DIU por categoria profissional.

Descrever os fatores de interesse/motivos ou a falta de interesse dos profissionais no treinamento para inserção de DIU.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal descritivo, a partir de amostragem aleatória de profissionais da atenção básica teoricamente habilitados ou que podem ser habilitados para realizar a inserção de DIU (médicos da Estratégia Saúde da Família, MFC, pediatras, GO, clínicos gerais e enfermeiros) que atuam nas Unidades de saúde do município de Vitória. Atualmente os profissionais da enfermagem estão impedidos de inserir DIU, mas até dezembro de 2019 existia regulamentação permitindo que esses profissionais realizassem o procedimento.

Para responder aos objetivos foi desenvolvido um questionário (Apêndice B), que foi aplicado, presencialmente ou por telefone, devido à pandemia de COVID-19, entre dezembro de 2020 e março de 2021, no qual o respondente não foi identificado na avaliação dos resultados e/ou agregação dos dados.

Foi realizado um estudo piloto, sendo enviados os questionários para 10 médicos que não faziam parte do grupo de profissionais a serem avaliados, para aprimorar e validar o instrumento. O tempo necessário para o preenchimento do questionário variou entre 8 e 15 minutos. Algumas mudanças foram realizadas no questionário: inserção de outras perguntas (se o profissional indica inserção, se encaminha para inserção, como foi o treinamento, em qual situação, com que profissional e número de procedimentos realizados no último ano), separação das tabelas com os fatores dificultadores/barreiras para cada item (indicação/oferta, treinamento, inserção), acréscimo, distribuição por afinidade e melhor caracterização de outros fatores nas tabelas (motivação pessoal/profissional, realização do procedimento em consultório/ambulatório, autonomia), além de explicação de que as respostas são baseadas em sua vivência na prática clínica diária.

Foi realizado levantamento do quantitativo de profissionais de nível superior de todas as 29 unidades de saúde municipais de Vitória/ES (23 unidades com ESF e 6 unidades sem ESF), somando 236 profissionais (80 médicos ESF, 29 clínicos, 16 pediatras, 14 GO e 94 enfermeiros), em novembro de 2020. Foi realizado o cálculo da amostra considerando 95% de confiança e 5% de erro, chegando ao quantitativo de 148 profissionais a serem entrevistados (50 médicos ESF, 20 clínicos, 10 pediatras, 9 GOs e 59 enfermeiros). Os profissionais foram listados e receberam um número. Foi realizado um sorteio dos números para estabelecer quais profissionais seriam entrevistados. Foi feito contato telefônico com a gerência de cada UBS, explicando sobre a pesquisa e a necessidade de reservar horário do profissional para a entrevista. A pesquisadora realizou contato telefônico com cada um dos profissionais a serem entrevistados, explicando sobre a pesquisa, pedindo autorização e confirmando o horário para o questionário, a ser aplicado através de ligação telefônica ou presencialmente, pela

entrevistadora principal ou pela entrevistadora contratada e treinada. Quando o profissional sorteado não estava disponível (por recusa do profissional ou da direção, impossibilidade de contato, período de férias ou licença, término de contrato, aposentadoria), o próximo da lista era abordado.

O questionário final continha 82 perguntas fechadas e 4 abertas, sendo 1 pergunta relacionada ao número da entrevista; 7 sobre características sociodemográficas, formação profissional e tipo de vínculo na Prefeitura Municipal de Vitória (PMV); 9 sobre conhecimento e prática dos profissionais; 5 sobre treinamento em inserção de DIU; 1 sobre interesse em treinamento; 1 sobre interesse em realizar o procedimento caso fosse treinado; 18 sobre barreiras/dificuldades para indicação/oferta do método na prática diária; 12 sobre barreiras/dificuldades para o treinamento; 23 sobre barreiras/dificuldades para a inserção; 5 sobre facilitadores para indicação, treinamento e inserção.

Foi construído banco de dados através do software Excel, onde foram registradas as informações do questionário aplicado. Os resultados estão apresentados por meio de tabelas na forma de frequências absolutas e relativas, e as categorias analisadas foram testadas estatisticamente através de qui-quadrado ou exato de Fischer, com p-valor considerado significativo abaixo de 0,05, utilizando Excel versão 2017 e SPSS versão 26.0. Os testes estatísticos em que houvesse casela de frequência com zero não foram considerados válidos e não foi considerada a significância estatística nas análises dos resultados.

7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo envolveu questionário que foi respondido pelos profissionais atuantes na atenção básica na rede pública do município de Vitória, médicos da ESF, pediatras, ginecologistas e enfermeiros, através de sua participação voluntária.

Não foi incluída qualquer informação com identificação individual para a realização deste estudo.

Os aspectos previstos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisa em seres humanos, foram respeitados. A pesquisa recebeu autorização para ser desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo uma cópia com o participante.

O material coletado foi de uso exclusivo dos pesquisadores, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização desta pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem. No projeto da pesquisa e mesmo na escrita da tese, foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitassem a identificação dos participantes.

A pesquisa ofereceu risco mínimo, decorrente da possibilidade de constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário, do tempo utilizado para responder o questionário e do risco de divulgação de dados confidenciais. Os riscos foram minimizados utilizando as seguintes estratégias: minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; garantir que pesquisadora e entrevistadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados; estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; assegurar a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima ou de prestígio econômico; garantir que os sujeitos da pesquisa que viessem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, tivessem direito à indenização; garantir a divulgação pública dos resultados; assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto; assumir o compromisso de comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, preservando o sigilo e a privacidade e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a autoestima; garantir o acesso aos resultados coletivos; garantir a não comercialização ou divulgação de material coletado que possa prejudicar os entrevistados; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

A pesquisa não foi objeto de nenhum benefício material, ressarcimento ou pagamentos aos participantes. Benefício direto para os participantes da pesquisa advém do levantamento de dados que propiciem planejamento de treinamento dos profissionais a respeito do DIU. Os benefícios indiretos da pesquisa são o retorno de seus resultados para as autoridades de saúde pública, para as comunidades e para os indivíduos, em linguagem adequada, e o potencial de conhecer a realidade e proporcionar mudança na prática dos profissionais, culminando com a possível melhoria do acesso ao procedimento.

8 RESULTADOS

Participaram desse estudo, conforme definido pelo cálculo amostral, 148 profissionais da atenção básica (de um total de 236 profissionais na época do levantamento do quantitativo de profissionais na APS do município de Vitória), sendo 57 profissionais de enfermagem e 89 de medicina. O participante mais novo possuía 25 anos e o de maior idade possuía 73 anos. Em relação ao sexo, fizeram parte da amostra 112 mulheres e 36 homens. Entre os profissionais de medicina entrevistados, 30 (33,0%) relataram possuir residência médica ou título de especialista (5 em Clínica Médica, 10 em GO, 4 MFC, 11 pediatras – havia GO e pediatra atuando como médico da ESF). Foram 25 bolsistas (Programa Mais Médicos e Programa de Qualificação da APS do ES), 40 de contrato temporário, 82 efetivos e 1 profissional cedido de outro órgão (que foi retirado dos cálculos por se apresentar em unidade). Oitenta e cinco por cento dos profissionais possuíam alguma pós-graduação e 14 profissionais entrevistados (9,5%) possuíam mestrado e nenhum possuía doutorado.

Em relação à indicação de DIU (Tabela 1), 92,6% dos participantes o realizam, sendo 93,7% entre os profissionais do sexo feminino e 88,9% entre o sexo masculino. Houve diferença estatística significativa em relação aos grupos de graduação profissional, ano de graduação e de tempo de atuação na APS. Houve maior proporção de profissionais que indicam DIU entre os profissionais da enfermagem (98,2%) em relação aos de medicina (89,0%). Considerando o tempo decorrido da graduação e o tempo de atuação na APS, os profissionais que menos indicam são os com maior tempo de formados (mais de 30 anos – 75%) e que atuam há maior tempo na APS (mais de 20 anos - 57,1%). Cerca de 95% dos profissionais com até 20 anos de trabalho na APS indicam o procedimento. Apesar da não significância estatística encontrada, em relação à especialidade, a que menos realiza indicação de DIU em suas práticas profissionais dentro da APS é a pediatria (72,7%).

Sobre o conhecimento dos profissionais a respeito do método para adolescentes, nulíparas e contracepção de emergência (tabela 1), mais da metade dos profissionais entende que não deve **indicar DIU para adolescentes** (53,4%), e 62,2% responderam **indicar DIU para nulíparas**, sem diferença estatística significativa entre os grupos analisados. Enquanto somente 6% dos profissionais entrevistados conhecem a indicação do DIU como **contracepção de emergência**. Para esta indicação, a única característica profissional que demonstrou diferença estatística entre os grupos foi o tipo de vínculo na PMV, sendo que os efetivos informaram menor frequência do que os outros profissionais a respeito do conhecimento da indicação.

Tabela 1 – Características e prática dos profissionais sobre indicação de DIU na atenção básica de Vitória/ES, 2021

Características dos profissionais		Números absolutos de “sim” /total	Frequência de “sim”
Indica DIU?		137/148	92,6%
Sexo	Feminino	105/112	93,8%
	Masculino	32/36	88,9%
Idade	25-40 anos	58/61	95,1%
	41-55 anos	64/68	94,1%
	56-75 anos	15/19	78,9%
Categoria profissional *	Enfermagem	56/57	98,2%
	Medicina	81/91	89,0%
Possui Pós-Graduação	Não	17/17	100,0%
	Sim	120/131	91,6%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	4/5	80,0%
	GO	9/10	90,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	8/11	72,7%
Possui Mestrado	Sem RM ou TE	108/118	91,5%
	Não	124/134	92,5%
Ano de Graduação *	Sim	13/14	92,9%
	1974-1990	18/24	75,0%
Tempo de Atuação *	1991-2005	50/53	94,3%
	2006-2021	69/71	97,2%
	Até 10 anos	57/59	96,6%
Tipo de Vínculo	De 11 a 20 anos	54/57	94,7%
	A partir de 21 anos	26/32	81,3%
	Bolsista	22/25	88,0%
Indica DIU para adolescentes?	Contrato temporário	38/40	95,0%
	Efetivo	76/82	92,7%
	69/148	46,6%	
Sexo	Feminino	52/112	46,4%
	Masculino	17/36	47,2%
Idade	25-40 anos	31/61	50,8%
	41-55 anos	27/68	39,7%
	56-75 anos	11/19	57,9%
Categoria profissional	Enfermagem	23/57	40,4%
	Medicina	46/91	50,5%
Possui Pós-Graduação	Não	8/17	47,1%
	Sim	61/131	46,6%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	6/10	60,0%
	MFC	¾	75,0%
	Ped	6/11	54,5%
Possui Mestrado	Sem RM ou TE	57/118	45,3%
	Não	64/134	47,8%
Ano de Graduação	Sim	5/14	35,7%
	1974-1990	13/24	54,2%
Tempo de Atuação	1991-2005	22/53	41,5%
	2006-2021	34/71	47,9%
	Até 10 anos	29/59	49,2%
Tipo de Vínculo	De 11 a 20 anos	25/57	43,9%
	A partir de 21 anos	15/32	46,9%
	Bolsista	13/25	52,0%
Indica DIU para nulíparas?	Contrato temporário	21/40	52,5%
	Efetivo	35/82	42,7%
	92/148	62,2%	
Sexo	Feminino	68/112	60,7%
	Masculino	24/36	66,7%
Idade	25-40 anos	40/61	65,6%
	41-55 anos	40/68	58,8%
	56-75 anos	12/19	63,2%

Categoria profissional	Enfermagem	31/57	54,4%
	Medicina	61/91	67,0%
Possui Pós-Graduação	Não	11/17	64,7%
	Sim	81/131	61,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	3/5	60,0%
	GO	7/10	70,0%
	MFC	¾	75,0%
	Ped	6/11	54,5%
	Sem RM ou TE	73/118	62,1%
Possui Mestrado	Não	85/134	63,4%
	Sim	7/14	50,0%
Ano de Graduação	1974-1990	14/24	58,3%
	1991-2005	32/53	60,4%
	2006-2021	46/71	64,8%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	41/59	69,5%
	De 11 a 20 anos	34/57	59,6%
	A partir de 21 anos	17/32	53,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	17/25	68,0%
	Contrato temporário	29/40	72,5%
	Efetivo	46/82	56,1%
Indica DIU como contracepção de emergência?		9/148	6,1%
Sexo	Feminino	7/112	6,3%
	Masculino	2/36	5,6%
Idade	25-40 anos	4/61	6,6%
	41-55 anos	5/68	7,4%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	5/57	8,8%
	Medicina	4/91	4,4%
Possui Pós-Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	9/131	6,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	0/10	0,0%
	MFC	¼	25,0%
	Ped	2/11	18,2%
	Sem RM ou TE	7/118	5,9%
Possui Mestrado	Não	9/134	6,7%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	0/24	0,0%
	1991-2005	3/53	5,7%
	2006-2021	6/71	8,5%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	5/59	8,5%
	De 11 a 20 anos	3/57	5,3%
	A partir de 21 anos	1/32	3,1%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	1/25	4%
	Contrato temporário	6/40	15%
	Efetivo	2/82	2,4%

Legenda: CM= Clínica Médica; GO= Ginecologista/Obstetra; MFC= Médico de Família e Comunidade; Ped= Pediatria; RM= Residência Médica; TE= Título de Especialista.

* = p-valor < 0,05 associado ao teste qui-quadrado ou exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Dos 148 respondentes, apenas 4,0% (6 profissionais) afirmaram realizar **inserção de DIU** em suas atividades profissionais atuais na UBS (tabela 2). Cerca de 80% dos profissionais de medicina que inserem DIU possuem residência médica ou título de especialista em GO. Entre os 10 GOs entrevistados, apenas 40,0% (4) realiza inserção de DIU em suas atividades profissionais atuais. Nenhum clínico, MFC ou pediatra entrevistado realiza o procedimento.

Tabela 2 – Características e prática dos profissionais em inserção de DIU na atenção básica de Vitória/ES, 2021.

Características dos profissionais	Números absolutos de “sim” /total	Frequência de “sim”
Você realiza inserção de DIU nas suas atividades profissionais atuais?	6/148	4,1%
Sexo	Feminino	6/112
	Masculino	0/36
Idade	25-40 anos	3/61
	41-55 anos	2/68
	56-75 anos	1/19
Categoria profissional	Enfermagem	1/57
	Medicina	5/91
Possui Pós-Graduação	Não	0/17
	Sim	6/131
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5
	GO	4/10
	MFC	0/4
	Ped	0/11
	Sem RM ou TE	2/118
Possui Mestrado	Não	6/134
	Sim	0/14
Ano de Graduação	1974-1990	2/24
	1991-2005	0/53
	2006-2021	4/71
Tempo de Atuação	Até 10 anos	3/59
	De 11 a 20 anos	1/57
	A partir de 21 anos	2/32
Tipo de Vínculo	Bolsista	1/25
	Contrato temporário	2/40
	Efetivo	3/82

Legenda: CM= Clínica Médica; GO= Ginecologista/Obstetra; MFC= Médico de Família e Comunidade; Ped= Pediatria; RM= Residência Médica; TE= Título de Especialista.

* = p-valor < 0,05 associado ao teste qui-quadrado ou exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Dos 148 profissionais entrevistados, 30 (20,3%) **possuem treinamento** em inserção de DIU (tabela 3). Destes, 3 são profissionais de enfermagem (5,3% dos profissionais de enfermagem entrevistados) e 27 são profissionais de medicina (29,7% do total de profissionais desta categoria). Do total de profissionais capacitados, 10,0% são da enfermagem e 90,0% são da medicina. Entre os Ginecologistas/obstetras, 90,0% possuem treinamento e entre os MFC, 50,0% possuem. Já entre os Clínicos, são 20,0% e nenhum pediatra possui o treinamento em inserção de DIU.

Sobre o **interesse em treinamento** de inserção de DIU (tabela 3), o percentual entre os entrevistados é de 59,5%. Os profissionais mais jovens, com menos tempo de APS e menos tempo de formados se mostraram mais interessados no treinamento, reduzindo o interesse com o aumento da idade, bem como com o aumento do tempo de atuação na APS e o tempo decorrido da graduação, com diferença estatística significativa. O vínculo também foi relevante, com maior interesse entre os bolsistas e contrato temporário. Os profissionais com mestrado e os que não informaram RM ou TE também se mostraram mais interessados em realizar o treinamento. Os pediatras possuem menos interesse no treinamento (9,0%), seguidos dos

ginecologistas (20,0% - lembrando que 90% dos GOs já possuem treinamento), dos MFC (50,0%, com a outra metade já treinada), dos clínicos (60,0%) e dos sem RM ou TE relatados (67,8%).

Em relação à pergunta “**Se fosse treinado(a), faria inserção de DIU na Unidade de Saúde?**” (tabela 3), 63% dos profissionais informaram que sim. Categorias de comparação que tiveram diferenças estatisticamente significantes foram: faixa etária, com redução da frequência com o aumento da idade; categoria profissional, com profissionais de enfermagem informando maior interesse em realizar o procedimento, caso treinados; relato de RM ou TE, com maior frequência entre profissionais não especialistas; ano de graduação e tempo de vínculo, com aumento do interesse com menor tempo de APS e de graduação; tipo de vínculo, com maior interesse em acrescentar o procedimento à prática profissional entre os bolsistas e de contrato temporário. Novamente, os pediatras demonstraram menor interesse em incorporar inserção de DIU às suas práticas (9,0%), enquanto 75,0% dos MFC entrevistados referiram o interesse.

Tabela 3 - Características e treinamento dos profissionais sobre inserção de DIU na atenção básica de Vitória/ES, 2021.

Características dos profissionais		Números absolutos de “sim” /total	Frequência de “sim”
Possui treinamento?		30/148	20,3%
Sexo	Feminino	22/112	19,6%
	Masculino	8/36	22,2%
Idade	25-40 anos	10/61	16,4%
	41-55 anos	17/68	25,0%
	56-75 anos	3/19	15,8%
Categoria profissional *	Enfermagem	3/57	5,3%
	Medicina	27/91	29,7%
Possui Pós-Graduação	Não	1/17	5,9%
	Sim	29/131	22,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	9/10	70,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	18/118	15,3%
Possui Mestrado	Não	27/134	20,1%
	Sim	3/14	21,4%
Ano de Graduação	1974-1990	7/24	29,2%
	1991-2005	11/53	20,8%
	2006-2021	12/71	16,9%
Tempo de Atuação *	Até 10 anos	9/59	15,3%
	De 11 a 20 anos	9/57	15,8%
	A partir de 21 anos	12/32	37,5%
Tipo de Vínculo	Bolsista	6/25	24,0%
	Contrato temporário	12/40	30,0%
	Efetivo	12/82	14,6%
Tem interesse em realizar treinamento?		88/148	59,5%
Sexo	Feminino	63/112	56,3%
	Masculino	25/36	69,4%
Idade *	25-40 anos	46/61	75,4%
	41-55 anos	37/68	54,4%
	56-75 anos	5/19	26,3%
Categoria profissional	Enfermagem	39/57	68,4%
	Medicina	49/91	53,8%
Possui Pós-Graduação	Não	13/17	76,5%

Residência Médica ou Título de Especialista*	Sim	75/131	57,3%
	CM	3/5	60,0%
	GO	2/10	20,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	1/11	9,1%
Possui Mestrado *	Sem RM ou TE	80/118	67,8%
	Não	76/134	56,7%
Ano de Graduação*	Sim	12/14	85,7%
	1974-1990	4/24	16,7%
	1991-2005	31/53	58,5%
Tempo de Atuação *	2006-2021	53/71	74,6%
	Até 10 anos	47/59	79,7%
	De 11 a 20 anos	34/57	59,6%
	A partir de 21 anos	7/32	21,9%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	22/25	88,0%
	Contrato temporário	26/40	65,0%
	Efetivo	39/82	47,6%
Se fosse treinado(a), faria inserção de DIU na Unidade de Saúde?		94/148	63,5%
Sexo	Feminino	69/112	61,6%
	Masculino	25/36	69,4%
Idade *	25-40 anos	44/61	72,1%
	41-55 anos	43/68	63,2%
	56-75 anos	7/19	36,8%
	Enfermagem	43/57	75,4%
Categoria profissional *	Medicina	51/91	56,0%
	Não	12/17	70,6%
Possui Pós-Graduação	Sim	82/131	62,6%
	CM	2/5	40,0%
Residência Médica ou Título de Especialista*	GO	5/10	50,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	1/11	9,1%
	Sem RM ou TE	83/118	70,3%
	Não	82/134	61,2%
Possui Mestrado	Sim	12/14	85,7%
	1974-1990	7/24	29,2%
Ano de Graduação*	1991-2005	35/53	66,0%
	2006-2021	52/71	73,2%
	Até 10 anos	46/59	78,0%
Tempo de Atuação *	De 11 a 20 anos	35/57	61,4%
	A partir de 21 anos	13/32	40,6%
	Bolsista	20/25	80,0%
	Contrato temporário	31/40	77,5%
Tipo de Vínculo*	Efetivo	42/82	51,2%

Legenda: CM= Clínica Médica; GO= Ginecologista/Obstetra; MFC= Médico de Família e Comunidade; Ped= Pediatria; RM= Residência Médica; TE= Título de Especialista.

* = p-valor < 0,05 associado ao teste qui-quadrado ou exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Noventa e um vírgula dois por cento dos profissionais entrevistados **encaminham** para outro profissional avaliar e inserir o DIU (tabela 4). Houve diferença estatística entre os grupos com e sem RM ou TE e de tempo de atuação na APS. Os profissionais sem RM ou TE relatada encaminham com mais frequência (94,1%) em relação aos com RM ou TE (80%). Todos os profissionais que atuam na APS entre 11 e 20 anos de atuação encaminham, enquanto os profissionais com menor e maior tempo de atuação encaminham menos (84,7% e 87,5% respectivamente). Embora não tenha havido significância estatística, é expressiva a frequência

de ginecologistas que encaminham para outro profissional avaliar e inserir o dispositivo (60,0%).

Desses encaminhamentos, 85,9% são para os ginecologistas da rede, 8,9% são para os médicos da UBS e 5,2% são para os médicos da UBS ou GO (tabela 4). Se agruparmos aqueles encaminhamentos para GO, estes somariam 91,1% de encaminhamentos para ginecologistas avaliarem e inserirem DIU.

Em relação ao destino dos encaminhamentos, 60,0% são para profissional da mesma UBS, enquanto 35,6% referenciam para profissional de outro serviço (outra UBS ou centro de referência). Quatro vírgula quatro por cento referenciam para mesma UBS ou para outro serviço (tabela 4).

Tabela 4 - Características e prática dos profissionais sobre encaminhamento para inserção de DIU na atenção básica de Vitória/ES, 2021.

Características dos profissionais	Números absolutos de "sim" /total	Frequência de "sim"
Encaminha para outro profissional avaliar e inserir DIU?	135/148	91,2%
Sexo		
Feminino	102/112	91,1%
Masculino	33/36	91,7%
Idade		
25-40 anos	52/61	85,2%
41-55 anos	66/68	97,1%
56-75 anos	17/19	89,5%
Categoria profissional		
Enfermagem	55/57	96,5%
Medicina	80/91	87,9%
Possui Pós-Graduação		
Não	15/17	88,2%
Sim	120/131	91,6%
Residência Médica ou Título de Especialista*		
CM	5/5	100,0%
GO	6/10	60,0%
MFC	3/4	75,0%
Ped	10/11	90,9%
Sem RM ou TE	111/118	94,1%
Possui Mestrado		
Não	121/134	90,3%
Sim	14/14	100,0%
Ano de Graduação		
1974-1990	21/24	87,5%
1991-2005	52/53	98,1%
2006-2021	62/71	87,3%
Tempo de Atuação *		
Até 10 anos	50/59	84,7%
De 11 a 20 anos	57/57	100,0%
A partir de 21 anos	28/32	87,5%
Tipo de Vínculo		
Bolsista	22/25	88,0%
Contrato temporário	35/40	87,5%
Efetivo	77/82	93,9%
Encaminha para qual profissional?	135/148	91,2%
Ginecologista/Obstetra	116/135	85,9%
Médico da UBS	12/135	8,9%
Médico da UBS ou GO	7/135	5,2%
Encaminha para profissional da mesma UBS ou outro serviço?	135/148	91,2%
Mesma UBS	81/135	60,0%
Outro serviço	6/135	4,4%
Mesma UBS ou outro serviço	48/135	35,6%

Legenda: CM= Clínica Médica; GO= Ginecologista/Obstetra; MFC= Médico de Família e Comunidade; Ped= Pediatria; RM= Residência Médica; TE= Título de Especialista; UBS= Unidade Básica de Saúde.

* = p-valor < 0,05 associado ao teste qui-quadrado ou exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Entre possíveis **dificultadores para a indicação** ou a oferta do método (tabela 5), o fator considerado em maior frequência foi a **limitação do tempo** (65,0%). Não houve diferença estatística na comparação em relação ao sexo, categoria profissional, possuir ou não pós-graduação ou mestrado, residência médica ou TE e tipo de vínculo. Porém houve diferença significativa entre os demais grupos. As pessoas mais jovens (até 40 anos), com menos tempo de atuação na APS (até 10 anos) e menor tempo de formados (últimos 15 anos) escolheram mais esse dificultador.

A **falta de estrutura física, DIU ou material necessário na unidade/consultório** foi considerada como o segundo maior dificultador para a indicação/oferta do método para a população, com frequência de 48,7%. Houve significância estatística na comparação entre os grupos de categoria profissional, tempo de atuação na APS e tipo de vínculo, com maior concordância entre os graduados em medicina, com menor tempo de atuação na APS e entre os bolsistas.

O terceiro maior dificultador para a indicação/oferta de inserção de DIU foi **a falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos realizados** pelos profissionais. Para essa barreira, seguiu-se o padrão do dificultador anterior, havendo maior percepção (com significância estatística) de falta de autonomia entre os profissionais mais jovens, sem pós-graduação, com menos tempo de formados, menos tempo de atuação na APS e bolsistas.

O quarto fator considerado como dificultador foi a **desvalorização do profissional**, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A preocupação em relação a **risco de complicações (perfuração uterina, expulsão)** foi o quinto fator mais considerado entre os entrevistados como uma barreira para a oferta do método. Houve significância estatística na comparação entre os profissionais com RM ou TE, em especial os ginecologistas, com maior frequência nesta barreira para a oferta do método em relação aos demais profissionais. O mesmo ocorreu para aqueles sem pós-graduação e os profissionais de medicina.

Sem diferença estatística significativa entre os grupos analisados, 38,51% dos entrevistados responderam que **salário baixo** é uma barreira para a oferta do método.

O sétimo fator mais considerado como barreira à oferta do DIU foi a **falta de estímulo financeiro**, considerado por 33% dos entrevistados, sem diferença estatística entre quaisquer dos grupos avaliados.

O **vínculo empregatício precário** foi considerado um dificultador para a indicação do método para 26,3% dos entrevistados, com diferença estatística significativa entre os bolsistas

e os profissionais de contrato temporário (ambas situações de vínculo precário) e entre os profissionais mais novos na APS (até 10 anos).

Empatados no 9º lugar como dificultadores para a indicação estão a consideração de não ser a função do profissional e a falta de motivação pessoal/profissional para a oferta do método, ambos relatados por 22,3% dos entrevistados.

Para os profissionais que consideraram a oferta do DIU como **não sendo sua função**, a única característica que apresentou diferença estatística na comparação entre as especialidades médicas foi o título de pediatria, com 82% de concordância nesse motivo entre esses profissionais.

Em relação à afirmação da **falta de motivação pessoal ou profissional** para a oferta, os que mais concordaram com este motivo foram profissionais graduados entre 1991 e 2005. Houve diferença estatística significativa também entre o grupo de especialistas e não especialistas, com menor motivação entre os primeiros, especialmente pediatras e ginecologistas.

Desconhecimento sobre o assunto foi um dificultador considerado por 20,3% dos entrevistados. Apenas houve diferença estatística na comparação entre os grupos com ou sem alguma pós-graduação, sendo que os profissionais sem nenhuma pós-graduação referiram maior desconhecimento sobre o assunto.

10,1% dos profissionais entrevistados concordaram com a afirmação de **a inserção do DIU não ser realizada no ambulatório/consultório**. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos. No entanto, ginecologistas apresentam concordância com essa afirmação em proporção maior do que todos os outros grupos.

Tabela 5 - Características profissionais segundo barreiras/dificuldades para a indicação/oferta de DIU na atenção básica de Vitória/ES, 2021.

Razões para não indicação do DIU segundo características dos profissionais	Números absolutos de "sim" /total	Frequência de "sim"	
1. Limitação de tempo	97/148	65,5%	
Sexo			
	Feminino	73/112	65,2%
	Masculino	24/36	66,7%
Idade*			
	25-40 anos	50/61	82,0%
	41-55 anos	40/68	58,8%
	56-75 anos	7/19	36,8%
Categoria profissional	Enfermagem	36/57	63,2%
	Medicina	61/91	67,0%
Possui Pós-Graduação	Não	13/17	76,5%
	Sim	84/131	64,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	6/10	60,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	6/11	54,5%
	Sem RM ou TE	79/118	66,9%
Possui Mestrado	Não	91/134	67,9%
	Sim	6/14	42,9%

Ano de Graduação*	1974-1990	11/24	45,8%
	1991-2005	31/53	58,5%
	2006-2021	55/71	77,5%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	46/59	78,0%
	De 11 a 20 anos	34/57	59,6%
	A partir de 21 anos	17/32	53,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	19/25	76,0%
	Contrato temporário	25/40	62,5%
	Efetivo	53/82	64,0%
2. Falta de estrutura física, DIU ou material necessário na unidade/consultório		72/148	48,7%
Sexo	Feminino	57/112	50,9%
	Masculino	15/36	41,7%
Idade	25-40 anos	34/61	55,7%
	41-55 anos	31/68	45,6%
	56-75 anos	7/19	36,8%
Categoria profissional*	Enfermagem	19/57	33,3%
	Medicina	53/91	58,2%
Possui Pós- Graduação	Não	9/17	52,9%
	Sim	63/131	48,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	3/5	60,0%
	GO	4/10	40,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	5/11	45,5%
	Sem RM ou TE	56/118	47,5%
Possui Mestrado	Não	66/134	49,3%
	Sim	6/14	42,9%
Ano de Graduação	1974-1990	9/24	37,5%
	1991-2005	26/53	49,1%
	2006-2021	37/71	52,1%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	36/59	61,0%
	De 11 a 20 anos	22/57	38,6%
	A partir de 21 anos	14/32	43,8%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	18/25	72,0%
	Contrato temporário	19/40	47,5%
	Efetivo	35/82	42,7%
3. Falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos realizados		70/148	47,3%
Sexo	Feminino	53/112	47,3%
	Masculino	17/36	47,2%
Idade*	25-40 anos	38/61	62,3%
	41-55 anos	28/68	41,2%
	56-75 anos	4/19	21,1%
Categoria profissional*	Enfermagem	16/57	28,1%
	Medicina	54/91	59,3%
Possui Pós- Graduação*	Não	13/17	76,5%
	Sim	57/131	43,5%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	3/5	60,0%
	GO	5/10	50,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	6/11	54,5%
	Sem RM ou TE	52/118	44,1%
Possui Mestrado	Não	64/134	47,8%
	Sim	6/14	42,9%
Ano de Graduação*	1974-1990	6/24	25,0%
	1991-2005	22/53	41,5%
	2006-2021	42/71	59,2%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	40/59	67,8%
	De 11 a 20 anos	22/57	38,6%
	A partir de 21 anos	8/32	25,0%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	17/25	69,0%
	Contrato temporário	22/40	55,0%

	Efetivo	31/82	37,8%
4. Desvalorização profissional		64/148	43,2%
Sexo	Feminino	44/112	39,3%
	Masculino	20/36	55,6%
Idade	25-40 anos	30/61	49,2%
	41-55 anos	28/68	41,2%
	56-75 anos	6/19	31,6%
Categoria profissional	Enfermagem	24/57	42,1%
	Medicina	40/91	44,0%
Possui Pós- Graduação	Não	11/17	64,7%
	Sim	53/131	40,5%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	5/10	50,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	3/11	27,3%
	Sem RM ou TE	53/118	44,9%
Possui Mestrado	Não	60/134	44,8%
	Sim	4/14	28,6%
Ano de Graduação	1974-1990	8/24	33,3%
	1991-2005	22/53	41,5%
	2006-2021	34/71	47,9%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	31/59	52,5%
	De 11 a 20 anos	21/57	36,8%
	A partir de 21 anos	12/32	37,5%
Tipo de Vínculo	Bolsista	11/25	44,0%
	Contrato temporário	19/40	47,5%
	Efetivo	34/82	41,5%
5. Preocupação em relação a risco de complicações (perfuração uterina, expulsão)		60/148	40,5%
Sexo	Feminino	44/112	39,3%
	Masculino	16/36	44,4%
Idade	25-40 anos	25/61	41,0%
	41-55 anos	31/68	45,6%
	56-75 anos	4/19	21,1%
Categoria profissional*	Enfermagem	15/57	26,3%
	Medicina	45/91	49,5%
Possui Pós- Graduação*	Não	11/17	64,7%
	Sim	49/131	37,4%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	2/5	40,0%
	GO	8/10	80,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	6/11	54,5%
	Sem RM ou TE	42/118	35,6%
Possui Mestrado	Não	57/134	42,5%
	Sim	3/14	21,4%
Ano de Graduação	1974-1990	8/24	33,3%
	1991-2005	22/53	41,5%
	2006-2021	30/71	42,3%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	28/59	47,5%
	De 11 a 20 anos	17/57	29,8%
	A partir de 21 anos	15/32	46,9%
Tipo de Vínculo	Bolsista	12/25	48,0%
	Contrato temporário	14/40	35,0%
	Efetivo	34/82	41,5%
6. Salário baixo		57/148	38,5%
Sexo	Feminino	42/112	37,5%
	Masculino	15/36	41,7%
Idade	25-40 anos	26/61	42,6%
	41-55 anos	26/68	38,2%
	56-75 anos	5/19	26,3%
Categoria profissional	Enfermagem	21/57	36,8%
	Medicina	36/91	39,6%

Possui Pós- Graduação	Não	8/17	47,1%
	Sim	49/131	37,4%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	6/10	60,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	44/118	37,3%
Possui Mestrado	Não	54/134	40,3%
	Sim	3/14	21,4%
Ano de Graduação	1974-1990	8/24	33,3%
	1991-2005	22/53	41,5%
	2006-2021	27/71	38,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	22/59	37,3%
	De 11 a 20 anos	22/57	38,6%
	A partir de 21 anos	13/32	40,6%
Tipo de Vínculo	Bolsista	7/25	28,0%
	Contrato temporário	13/40	32,5%
	Efetivo	37/82	45,1%
7. Falta de estímulo financeiro		49/148	33,1%
Sexo	Feminino	37/112	33,0%
	Masculino	12/36	33,3%
Idade	25-40 anos	21/61	34,4%
	41-55 anos	23/68	33,8%
	56-75 anos	5/37	26,3%
Categoria profissional	Enfermagem	18/57	31,6%
	Medicina	31/91	34,1%
Possui Pós- Graduação	Não	7/17	41,2%
	Sim	42/131	32,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	2/10	20,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	38/118	32,2%
Possui Mestrado	Não	47/134	35,1%
	Sim	2/14	14,3%
Ano de Graduação	1974-1990	7/24	29,2%
	1991-2005	19/53	35,8%
	2006-2021	23/71	32,4%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	20/59	33,9%
	De 11 a 20 anos	19/57	33,3%
	A partir de 21 anos	10/32	31,3%
Tipo de Vínculo	Bolsista	6/25	24,0%
	Contrato temporário	12/40	30,0%
	Efetivo	31/82	20,9%
8. Vínculo precário		39/148	26,4%
Sexo	Feminino	26/112	23,2%
	Masculino	13/36	36,1%
Idade	25-40 anos	21/61	34,4%
	41-55 anos	16/68	23,5%
	56-75 anos	2/19	10,5%
Categoria profissional	Enfermagem	10/57	17,6%
	Medicina	29/91	31,9%
Possui Pós- Graduação	Não	6/17	35,3%
	Sim	33/131	25,2%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	4/10	40,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	2/11	18,2%
	Sem RM ou TE	30/118	25,4%
Possui Mestrado	Não	38/134	28,4%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	4/24	16,7%

	1991-2005	10/53	18,9%
	2006-2021	25/71	35,2%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	25/59	42,4%
	De 11 a 20 anos	9/57	15,8%
	A partir de 21 anos	5/32	15,6%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	9/25	36,0%
	Contrato temporário	16/40	40,0%
	Efetivo	14/82	17,1%
9. Não é sua função		33/148	22,3%
Sexo	Feminino	28/112	25,0%
	Masculino	5/36	13,9%
Idade	25-40 anos	13/61	21,3%
	41-55 anos	15/68	22,1%
	56-75 anos	5/19	26,3%
Categoria profissional	Enfermagem	12/57	21,1%
	Medicina	21/91	23,1%
Possui Pós- Graduação	Não	3/17	17,7%
	Sim	30/131	22,9%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	1/5	20,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	9/11	81,8%
	Sem RM ou TE	21/118	17,8%
Possui Mestrado	Não	32/134	23,9%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	6/24	25,0%
	1991-2005	12/53	22,6%
	2006-2021	15/71	21,1%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	13/59	22,0%
	De 11 a 20 anos	12/57	21,1%
	A partir de 21 anos	8/32	25,0%
Tipo de Vínculo	Bolsista	5/25	20,0%
	Contrato temporário	6/40	15,0%
	Efetivo	22/82	26,8%
10. Falta de motivação pessoal/ profissional		33/148	22,3%
Sexo	Feminino	25/112	22,3%
	Masculino	8/36	22,2%
Idade	25-40 anos	11/61	18,0%
	41-55 anos	18/68	26,5%
	56-75 anos	4/19	21,1%
Categoria profissional	Enfermagem	11/57	19,3%
	Medicina	22/91	24,2%
Possui Pós- Graduação	Não	4/17	23,5%
	Sim	29/131	22,1%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	1/5	20,0%
	GO	4/10	40,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	5/11	45,5%
	Sem RM ou TE	22/118	18,6%
Possui Mestrado	Não	32/134	23,9%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação*	1974-1990	4/24	16,7%
	1991-2005	18/53	34,0%
	2006-2021	11/71	15,5%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	8/59	13,6%
	De 11 a 20 anos	16/57	28,1%
	A partir de 21 anos	9/32	28,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	4/25	16,0%
	Contrato temporário	5/40	12,5%
	Efetivo	24/82	29,3%
11. Desconhecimento sobre o assunto		30/148	20,3%
Sexo	Feminino	24/112	21,4%

	Masculino	6/36	16,7%
Idade	25-35 anos	16/61	26,2%
	36-45 anos	13/68	19,1%
	46-55 anos	1/19	5,3%
Categoria profissional	Enfermagem	11/57	19,3%
	Medicina	19/91	20,9%
Possui Pós- Graduação*	Não	7/17	41,2%
	Sim	23/131	17,6%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	25/118	21,2%
Possui Mestrado	Não	29/134	21,6%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	2/24	8,3%
	1991-2005	10/53	18,9%
	2006-2021	18/71	25,4%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	17/59	28,8%
	De 11 a 20 anos	8/57	14,0%
	A partir de 21 anos	5/32	15,6%
Tipo de Vínculo	Bolsista	6/25	24,0%
	Contrato temporário	9/40	22,5%
	Efetivo	15/82	18,3%
		15/148	10,1%
12. A inserção não deve ser feita no ambulatório/consultório			
Sexo	Feminino	11/112	9,8%
	Masculino	4/36	11,1%
Idade	25-40 anos	6/61	9,8%
	41-55 anos	9/68	13,2%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	4/57	7,0%
	Medicina	11/91	12,1%
Possui Pós- Graduação	Não	2/17	11,8%
	Sim	13/131	9,9%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	3/10	30,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	2/11	18,2%
	Sem RM ou TE	10/118	8,5%
Possui Mestrado	Não	13/134	9,7%
	Sim	2/14	14,3%
Ano de Graduação	1974-1990	2/24	8,3%
	1991-2005	7/53	13,2%
	2006-2021	6/71	8,5%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	6/59	10,2%
	De 11 a 20 anos	3/57	5,3%
	A partir de 21 anos	6/32	18,8%
Tipo de Vínculo	Bolsista	3/25	12,0%
	Contrato temporário	3/40	7,5%
	Efetivo	9/82	11,0%
		14/148	9,5%
13. Falta de pacientes adequadas (muitas contraindicações)			
Sexo	Feminino	10/112	8,9%
	Masculino	4/36	11,1%
Idade	25-40 anos	6/61	9,8%
	41-55 anos	8/68	11,8%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	5/57	8,8%
	Medicina	9/91	9,9%
Possui Pós- Graduação	Não	3/17	17,7%
	Sim	11/131	8,4%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	1/10	10,0%

	MFC	0/4	0,0%
	Ped	2/11	18,2%
	Sem RM ou TE	9/118	7,6%
Possui Mestrado	Não	12/134	9,0%
	Sim	2/14	14,3%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	6/53	11,3%
	2006-2021	7/71	9,9%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	5/59	8,5%
	De 11 a 20 anos	5/57	8,8%
	A partir de 21 anos	4/32	12,5%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	5/40	12,5%
	Efetivo	9/82	11,0%
14. O DIU não é seguro (trazer risco à mulher, como Doença Inflamatória Pélvica, gravidez ectópica, dor durante a inserção)		4/148	2,7%
Sexo	Feminino	4/112	3,6%
	Masculino	0/36	0,0%
Idade	25-40 anos	0/61	0,0%
	41-55 anos	4/68	5,9%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	3/57	5,3%
	Medicina	1/91	1,1%
Possui Pós- Graduação	Não	1/17	5,9%
	Sim	3/131	2,3%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	0/10	0,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	4/118	3,4%
Possui Mestrado	Não	4/134	3,0%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	0/24	0,0%
	1991-2005	2/53	3,8%
	2006-2021	2/71	2,8%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	2/59	3,4%
	De 11 a 20 anos	2/57	3,5%
	A partir de 21 anos	0/32	0,0%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	2/40	5,0%
	Efetivo	2/82	2,4%
15. Não se sente confortável para discutir este assunto com as usuárias		4/148	2,7%
Sexo	Feminino	3/112	2,7%
	Masculino	1/36	2,8%
Idade	25-40 anos	0/61	0,0%
	41-55 anos	3/68	4,4%
	56-75 anos	1/19	5,3%
Categoria profissional	Enfermagem	1/57	1,8%
	Medicina	3/91	3,3%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	4/131	3,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	2/11	18,2%
	Sem RM ou TE	1/118	0,8%
Possui Mestrado	Não	4/134	3,0%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	2/24	8,3%
	1991-2005	2/53	3,8%

	2006-2021	0/71	0,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	0/59	0,0%
	De 11 a 20 anos	1/57	1,8%
	A partir de 21 anos	3/32	9,4%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	4/82	4,9%
16. Questão religiosa/moral		4/148	2,7%
Sexo	Feminino	3/112	2,7%
	Masculino	1/36	2,8%
Idade	25-40 anos	1/61	1,6%
	41-55 anos	2/68	2,9%
	56-75 anos	1/19	5,3%
Categoria profissional	Enfermagem	2/57	3,5%
	Medicina	2/91	2,2%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	4/131	3,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	1/11	9,1%
	Sem RM ou TE	2/118	1,7%
Possui Mestrado	Não	4/134	3,0%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	2/24	8,3%
	1991-2005	2/53	3,8%
	2006-2021	0/71	0,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	0/59	0,0%
	De 11 a 20 anos	2/57	3,5%
	A partir de 21 anos	2/32	6,3%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	4/82	4,9%
17. O DIU não é eficaz como contraceptivo		3/148	2,0%
Sexo	Feminino	1/112	0,9%
	Masculino	2/36	5,6%
Idade	25-40 anos	1/61	1,6%
	41-55 anos	2/68	2,9%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	1/57	1,8%
	Medicina	2/91	2,2%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	3/131	2,3%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	1/118	0,7%
Possui Mestrado	Não	3/134	2,2%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	0/53	0,0%
	2006-2021	2/71	2,8%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	1/59	1,7%
	De 11 a 20 anos	1/57	1,8%
	A partir de 21 anos	1/32	3,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	1/40	2,5%
	Efetivo	2/82	2,4%
18. Questão cultural		2/148	1,4%
Sexo	Feminino	1/112	0,9%
	Masculino	1/36	2,8%

Idade	25-40 anos	1/61	1,6%
	41-55 anos	0/68	0,0%
	56-75 anos	1/19	5,3%
Categoria profissional	Enfermagem	0/57	0,0%
	Medicina	2/91	2,2%
Possui Pós- Graduação	Não	1/17	5,9%
	Sim	1/131	0,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	0/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	1/11	9,1%
	Sem RM ou TE	1/118	0,8%
Possui Mestrado	Não	2/134	1,5%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	0/53	0,0%
	2006-2021	1/71	1,4%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	1/59	1,7%
	De 11 a 20 anos	0/57	0,0%
	A partir de 21 anos	1/32	3,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	1/25	4,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	1/82	1,2%

Legenda: CM= Clínica Médica; GO= Ginecologista/Obstetra; MFC= Médico de Família e Comunidade; Ped= Pediatria; RM= Residência Médica; TE= Título de Especialista.

* = p-valor < 0,05 associado ao teste qui-quadrado ou exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A razão mais referida como **barreira ao treinamento em inserção de DIU** (tabela 6) foi a **centralização da inserção pelo especialista ginecologista** (55,4%). Os profissionais que mais consideraram essa razão foram os mais jovens, menos tempo de graduados, com menos tempo de atuação na APS e os MFC, com diferença estatística, em comparação com os de maior idade, mais tempo de graduados, mais tempo na APS e com outra especialidade ou sem especialidade referida.

A segunda maior dificuldade para o treinamento referida por 42,6% dos profissionais foi a **desvalorização dos profissionais**. Os efetivos da prefeitura fizeram esse relato com mais frequência do que os profissionais bolsistas e de contrato temporário, com diferença estatística significativa.

Salário baixo é um dificultador para o treinamento para 41,9% dos profissionais, em especial os efetivos, com diferença estatística, em relação aos de contrato temporário e bolsistas.

A disputa entre as categorias profissionais foi a 4ª maior barreira para o treinamento, relatada por 35,8% dos entrevistados. As pessoas mais jovens e com menos tempo de formadas concordaram mais com a afirmação de que a disputa entre as categorias profissionais desestimula o treinamento, em comparação com as pessoas acima de 40 anos e com maior tempo de graduação (reduziu a concordância com o aumento da idade e com o tempo de graduação), com significância estatística.

Cerca de 32% dos profissionais referiram a **falta de motivação pessoal/profissional** para realizar o treinamento como motivo, com maior frequência entre os especialistas (em especial clínicos e pediatras) e os profissionais com maior tempo de atuação na APS, com diferença estatística dignificante, na comparação com os sem especialidade referida e os mais novos na APS.

O 6º dificultador para o treinamento de inserção de DIU foi o **vínculo precário** dos profissionais, com frequência de 29,7%, com maior frequência entre os profissionais de medicina, de menores idades, tempo de graduação e de atuação na APS e os de vínculo precário, em comparação aos profissionais de enfermagem, de maiores idade, tempo de graduação e de atuação na APS e de vínculo fixo.

Cerca de 29% dos profissionais consideram que inserção de **DIU não é sua função**, configurando-se numa dificuldade para o treinamento. Os profissionais que mais concordaram com essa afirmação foram aqueles com RM ou TE, em especial os clínicos (80,0%), os pediatras (72,7% destes) e os MFC (50,0%), comparado aos ginecologistas (10,0%), aos médicos sem especialização relatada (20,3%), os profissionais mais antigos na profissão e os efetivos, com diferença estatística significativa, na comparação com aqueles sem RM ou TE, os mais novos na profissão e os de vínculo temporário.

Em 8º lugar em dificuldade para o treinamento para a inserção de DIU ficou a consideração da **inserção não dever ser feita no ambulatório/consultório**, referida por 9,5% dos profissionais. Houve maior frequência de escolha desta dificuldade entre os especialistas em relação aos sem especialidade referida (20,0% e 6,8% respectivamente), em especial os ginecologistas (30,0%), porém sem diferença estatística.

Outras possíveis dificuldades foram muito pouco consideradas pelos profissionais, com menos de 3% de concordância. Vale ressaltar a **questão religiosa**, que teve concordância de 4 pessoas (2,7%), sendo 1 pediatra e 1 ginecologista. A consideração **do DIU não ser seguro para a mulher** recebeu apenas 2 concordâncias, sendo uma a de um GO. E a única pessoa que concordou com a afirmação do **DIU não ser eficaz** foi um ginecologista.

Tabela 6 - Características profissionais segundo barreiras/dificuldades para o treinamento em inserção de DIU na atenção básica de Vitória/ES, 2021.

Dificuldades para o treinamento de DIU, segundo características profissionais		Números absolutos de "sim" /total	Frequência de "sim"
1. Centralização da inserção pelo especialista ginecologista		82/148	55,4%
Sexo	Feminino	57/112	50,9%
	Masculino	25/36	69,4%
Idade*	25-40 anos	41/61	67,2%
	41-55 anos	37/68	54,4%
	56-75 anos	4/19	21,1%
Categoria profissional	Enfermagem	35/57	61,4%
	Medicina	47/91	51,6%

Possui Pós-Graduação	Não	12/17	70,6%
	Sim	70/131	53,4%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	2/5	40,0%
	GO	2/10	20,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	5/11	45,5%
	Sem RM ou TE	70/118	59,3%
Possui Mestrado	Não	76/134	56,7%
	Sim	6/14	42,9%
Ano de Graduação*	1974-1990	6/24	25,0%
	1991-2005	32/53	60,4%
	2006-2021	44/71	62,0%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	37/59	62,7%
	De 11 a 20 anos	34/57	59,6%
	A partir de 21 anos	11/32	34,4%
Tipo de Vínculo	Bolsista	16/25	64,0%
	Contrato temporário	23/40	57,5%
	Efetivo	42/82	51,2%
2. Desvalorização profissional		63/148	42,6%
Sexo	Feminino	47/112	42,0%
	Masculino	16/36	44,4%
Idade	25-40 anos	30/61	49,2%
	41-55 anos	25/68	36,8%
	56-75 anos	8/19	42,1%
Categoria profissional	Enfermagem	27/57	47,4%
	Medicina	36/91	39,6%
Possui Pós-Graduação	Não	9/17	52,9%
	Sim	54/131	41,2%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	5/10	50,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	50/118	42,4%
Possui Mestrado	Não	58/134	43,3%
	Sim	5/14	35,7%
Ano de Graduação	1974-1990	11/24	45,8%
	1991-2005	22/53	41,5%
	2006-2021	30/71	42,3%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	25/59	42,4%
	De 11 a 20 anos	21/57	36,8%
	A partir de 21 anos	17/32	53,1%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	8/25	32,0%
	Contrato temporário	12/40	30,0%
	Efetivo	43/82	52,4%
3. Salário baixo		62/148	41,9%
Sexo	Feminino	44/112	39,3%
	Masculino	18/36	50,0%
Idade	25-40 anos	29/61	47,5%
	41-55 anos	27/68	39,7%
	56-75 anos	6/19	31,6%
Categoria profissional	Enfermagem	25/57	43,9%
	Medicina	37/91	40,7%
Possui Pós-Graduação	Não	8/17	47,1%
	Sim	54/131	41,2%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	5/10	50,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	48/118	40,7%
Possui Mestrado	Não	56/134	41,8%
	Sim	6/14	42,9%
Ano de Graduação	1974-1990	9/24	37,5%

	1991-2005	26/53	49,1%
	2006-2021	27/71	38,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	23/59	39,0%
	De 11 a 20 anos	24/57	42,1%
	A partir de 21 anos	15/32	46,9%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	5/25	20,0%
	Contrato temporário	14/40	35,0%
	Efetivo	43/82	52,4%
4. Disputa entre as categorias profissionais		53/148	35,8%
Sexo	Feminino	41/112	36,6%
	Masculino	12/36	33,3%
Idade*	25-40 anos	28/61	45,9%
	41-55 anos	23/68	33,8%
	56-75 anos	2/19	10,5%
Categoria profissional	Enfermagem	24/57	42,1%
	Medicina	29/91	31,9%
Possui Pós-Graduação	Não	9/17	52,9%
	Sim	44/131	33,6%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	44/118	37,3%
Possui Mestrado	Não	49/134	36,6%
	Sim	4/14	28,6%
Ano de Graduação*	1974-1990	3/24	12,5%
	1991-2005	17/53	32,1%
	2006-2021	33/71	46,5%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	27/59	45,8%
	De 11 a 20 anos	18/57	31,6%
	A partir de 21 anos	8/32	25,0%
Tipo de Vínculo	Bolsista	12/25	48,0%
	Contrato temporário	11/40	27,5%
	Efetivo	29/82	35,4%
5. Falta de motivação pessoal/profissional		47/148	31,8%
Sexo	Feminino	36/112	32,1%
	Masculino	11/36	30,6%
Idade	25-40 anos	14/61	23,0%
	41-55 anos	24/68	35,3%
	56-75 anos	9/19	47,4%
Categoria profissional	Enfermagem	14/57	24,6%
	Medicina	33/91	36,3%
Possui Pós-Graduação	Não	6/17	35,3%
	Sim	41/131	31,3%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	4/5	80,0%
	GO	4/10	40,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	7/11	63,6%
	Sem RM ou TE	31/118	26,3%
Possui Mestrado	Não	44/134	32,8%
	Sim	3/14	21,4%
Ano de Graduação*	1974-1990	12/24	50,0%
	1991-2005	18/53	34,0%
	2006-2021	17/71	23,9%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	15/59	25,4%
	De 11 a 20 anos	16/57	28,1%
	A partir de 21 anos	16/32	50,0%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	5/25	20,0%
	Contrato temporário	9/40	22,5%
	Efetivo	33/82	40,2%
6. Vínculo precário		44/148	29,7%

Sexo	Feminino	31/112	27,7%
	Masculino	13/36	36,1%
Idade*	25-40 anos	26/61	42,6%
	41-55 anos	15/68	22,1%
	56-75 anos	3/19	15,8%
Categoria profissional*	Enfermagem	8/57	14,0%
	Medicina	36/91	39,6%
Possui Pós-Graduação	Não	8/17	47,1%
	Sim	36/131	27,5%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	4/10	40,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	3/11	27,5%
	Sem RM ou TE	32/118	27,1%
Possui Mestrado	Não	43/134	32,1%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação*	1974-1990	5/24	20,8%
	1991-2005	10/53	18,9%
	2006-2021	29/71	40,8%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	29/59	49,2%
	De 11 a 20 anos	10/57	17,5%
	A partir de 21 anos	5/32	15,6%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	11/25	44,0%
	Contrato temporário	18/40	45,0%
	Efetivo	15/82	18,3%
7. Não é sua função		39/148	26,4%
Sexo	Feminino	32/112	28,6%
	Masculino	7/36	19,4%
Idade	25-40 anos	13/61	21,3%
	41-55 anos	17/68	25,0%
	56-75 anos	9/19	47,4%
Categoria profissional	Enfermagem	15/57	26,3%
	Medicina	24/91	26,4%
Possui Pós-Graduação	Não	4/17	23,5%
	Sim	35/131	26,7%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	4/5	80,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	8/11	72,7%
	Sem RM ou TE	24/118	20,3%
Possui Mestrado	Não	36/134	26,9%
	Sim	3/14	21,4%
Ano de Graduação*	1974-1990	11/24	45,8%
	1991-2005	14/53	26,4%
	2006-2021	14/71	19,7%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	13/59	22,0%
	De 11 a 20 anos	13/57	22,8%
	A partir de 21 anos	13/32	40,6%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	4/25	16,0%
	Contrato temporário	6/40	15,0%
	Efetivo	29/82	35,4%
8- A inserção não deve ser feita no ambulatório/consultório		14/148	9,5%
Sexo	Feminino	10/112	8,9%
	Masculino	4/36	11,1%
Idade	25-40 anos	5/61	8,2%
	41-55 anos	9/68	13,2%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	3/57	5,3%
	Medicina	11/91	12,1%
Possui Pós- Graduação	Não	2/17	11,8%
	Sim	12/131	9,2%
	CM	0/5	0,0%

Residência Médica ou Título de Especialista	GO	3/10	30,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	2/11	18,2%
	Sem RM ou TE	8/118	6,8%
Possui Mestrado	Não	13/134	9,7%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	2/24	8,3%
	1991-2005	6/53	11,3%
	2006-2021	6/71	8,5%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	8/59	8,5%
	De 11 a 20 anos	4/57	7,0%
	A partir de 21 anos	5/32	15,6%
Tipo de Vínculo	Bolsista	2/25	8,0%
	Contrato temporário	3/40	7,5%
	Efetivo	9/82	11,0%
9- Questão religiosa/moral		4/148	2,7%
Sexo	Feminino	3/112	2,7%
	Masculino	1/36	2,8%
Idade	25-40 anos	1/61	1,6%
	41-55 anos	2/68	2,9%
	56-75 anos	1/19	5,3%
Categoria profissional	Enfermagem	2/57	3,5%
	Medicina	2/91	2,2%
Possui Pós-Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	4/131	3,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	1/11	9,1%
	Sem RM ou TE	2/118	1,7%
Possui Mestrado	Não	4/134	3,0%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	2/24	8,3%
	1991-2005	2/53	3,8%
	2006-2021	0/71	0,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	0/59	0,0%
	De 11 a 20 anos	2/57	3,5%
	A partir de 21 anos	2/32	6,3%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	4/82	4,9%
10- O DIU não é seguro (traz risco à mulher, como Doença Inflamatória Pélvica, gravidez ectópica, dor durante a inserção)		2/148	1,4%
Sexo	Feminino	1/112	0,9%
	Masculino	1/36	2,8%
Idade	25-40 anos	0/61	0,0%
	41-55 anos	2/68	2,9%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	1/57	1,8%
	Medicina	1/91	1,1%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	2/131	1,5%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	1/118	0,8%
Possui Mestrado*	Não	1/134	0,7%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	1/53	1,9%

	2006-2021	0/71	0,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	0/59	0,0%
	De 11 a 20 anos	1/57	1,8%
	A partir de 21 anos	1/32	0,7%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	2/82	2,4%
11- O DIU não é eficaz como contraceptivo		1/148	0,7%
Sexo	Feminino	0/112	0,0%
	Masculino	1/36	2,8%
Idade	25-40 anos	0/61	0,0%
	41-55 anos	1/68	1,5%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	0/57	0,0%
	Medicina	1/91	1,1%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	1/131	0,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	0/118	0,0%
Possui Mestrado	Não	1/134	0,7%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	0/53	0,0%
	2006-2021	0/71	0,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	0/59	0,0%
	De 11 a 20 anos	0/57	0,0%
	A partir de 21 anos	1/32	3,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	1/82	1,2%
12- Questão cultural		1/148	0,7%
Sexo	Feminino	1/112	0,9%
	Masculino	0/36	0,0%
Idade*	25-40 anos	0/61	0,0%
	41-55 anos	0/68	0,0%
	56-75 anos	1/19	5,3%
Categoria profissional	Enfermagem	0/57	0,0%
	Medicina	1/91	1,1%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	1/131	0,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	0/10	0,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	1/11	9,1%
	Sem RM ou TE	0/118	0,0%
Possui Mestrado	Não	1/134	0,7%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	0/53	0,0%
	2006-2021	0/71	0,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	0/59	0,0%
	De 11 a 20 anos	0/57	0,0%
	A partir de 21 anos	1/32	3,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	1/82	1,2%

Legenda: CM= Clínica Médica; GO= Ginecologista/Obstetra; MFC= Médico de Família e Comunidade; Ped= Pediatria; RM= Residência Médica; TE= Título de Especialista.

* = p-valor < 0,05 associado ao teste qui-quadrado ou exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Os profissionais foram questionados a respeito de sua percepção em relação a 23 possíveis **barreiras ou dificultadores para a inserção de DIU** (tabela 7) em suas práticas diárias.

A principal barreira para a inserção do DIU na APS foi a **falta de treinamento**, referida por 121 dos 148 entrevistados (81,8%), com maior frequência entre os profissionais mais jovens, sem pós-graduação, não ginecologistas, com menor tempo de graduados e menor tempo de atuação na APS, com diferença estatística significativa, em comparação com os de maior idade, com pós-graduação, ginecologistas, com maior tempo de graduados e de atuação na APS.

A **falta de retaguarda no caso de complicação** foi considerada a 2ª maior barreira à inserção de DIU na APS, por 73,0% dos profissionais, sem diferença estatística significativa entre as características dos profissionais. Chama a atenção que 90% dos ginecologistas possuem essa preocupação.

A 3º maior dificuldade para inserção do DIU, relatada por 68,2% dos entrevistados, foi **limitação de tempo**. A característica profissional que apresentou diferença estatística significativa foi o tempo de atuação, com maior concordância entre os que atuam na APS nos últimos 10 anos.

A **necessidade de auxiliar para inserção** foi considerada uma dificuldade para 60,1% dos profissionais, não havendo diferença estatística entre as características analisadas dos profissionais.

56,8% dos profissionais referiram que uma dificuldade para realizar inserção do DIU na APS é a **falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos que podem ser realizados por eles**. Maior frequência de concordância desse motivo foi observada entre os profissionais de medicina, sem pós-graduação e menor tempo de atuação na APS, com diferença estatística significativa, em comparação com os profissionais de enfermagem, com pós-graduação e maior tempo de APS.

A **centralização da inserção pelo especialista ginecologista** foi considerada uma barreira para a inserção de DIU para 53,4% dos entrevistados. Essa percepção ficou mais aparente entre os profissionais mais jovens (até 55 anos), menor tempo de formados (últimos 30 anos) e de enfermagem, com diferença estatística significativa, em comparação com os de maior idade, maior tempo de formados e que se graduaram em medicina.

A 7ª dificuldade para a inserção do DIU mais apontada foi a **preocupação em relação a risco de complicações (perfuração uterina, expulsão, infecção)**, com 52,0% de concordância com esta opção. Houve diferença estatística apenas em relação à idade, com maior

frequência entre os mais jovens, reduzindo a preocupação com o aumento da idade. Entre os especialistas, notou-se a maior frequência de ginecologistas (80,0%) com essa preocupação, embora sem diferença estatística.

Metade dos entrevistados referiu a **necessidade de exames prévios à inserção** como um dificultador, sem diferença estatística entre profissionais de características diferentes. Foi encontrado, embora sem diferença estatística, que 80,0% dos ginecologistas concordam com essa afirmação.

Quarenta e oito por cento dos entrevistados consideraram que **salário baixo** é uma razão para a não inserção de DIU na APS, principalmente os profissionais concursados municipais, com diferença estatística significativa em relação aos de vínculo precário.

A **desvalorização do profissional** foi a razão mais considerada entre os profissionais efetivos e de enfermagem, com diferença estatística significativa na comparação com os profissionais de vínculo temporário e os de medicina.

A **falta de estrutura física na unidade/consultório** foi considerada como barreira para a inserção para 46,6% dos participantes, sem diferença estatística entre as categorias.

Na 11ª entre as dificuldades está a **ausência de estímulo financeiro**, que foi considerada uma barreira para a inserção do método por 42,6% dos profissionais. Os efetivos relataram mais essa dificuldade, em relação aos outros profissionais, de vínculo temporário.

Em 12º lugar ficou a **falta de material necessário para a inserção na unidade**, considerada por 39,9% dos entrevistados, com maior frequência entre os profissionais de medicina, sem pós-graduação, MFC e menor tempo de APS.

Em 13º lugar, com concordância de 55 dos 148 entrevistados (37,2%), ficou a **falta do DIU na unidade** de saúde, seguindo o mesmo padrão da barreira anterior. Houve diferença estatística significativa, com mais concordância entre os profissionais de medicina, mais novos na APS (até 10 anos) e de formação (últimos 15 anos), sem pós-graduação e de vínculo precário, em comparação com os profissionais de enfermagem, mais antigos na APS e de formação, com alguma pós-graduação e os efetivos. Nenhum ginecologista referiu falta do dispositivo como barreira.

A **disputa entre as categorias profissionais** (enfermagem e medicina) foi considerada por 34,5% dos entrevistados, em especial os de menor idade (até 55 anos) e menor tempo decorrido da graduação (até 30 anos). Chama atenção a menor concordância dos ginecologistas com a afirmação (10%).

Desconhecimento sobre o assunto foi considerado como dificultador para a inserção por 32,4% dos profissionais, com diferença estatística entre os profissionais com até 10 anos de APS, em comparação com profissionais com maior tempo de atuação na APS.

Foi considerado como dificultador para inserção de DIU, para 29,7% dos entrevistados, o fato de **não haver motivação pessoal ou profissional**, principalmente os de maior idade, maior tempo de graduados, maior tempo de atuação na APS, efetivos e com RM ou TE, com diferença estatística, em relação aos de menor idade, menor tempo de graduados, menor tempo na APS, de vínculo temporário e sem RM ou TE.

O **vínculo precário** foi considerado um dificultador para inserção do dispositivo para 42 profissionais (28,4%), com predominância para os profissionais com vínculo precário, com menor tempo de atuação da APS (até 10 anos) e os médicos e médicas, com diferença estatística significativa, em comparação com os profissionais efetivos, com maior tempo de atuação na APS e de enfermagem.

Vinte e sete por cento dos profissionais entrevistados afirmou que não realiza procedimento de inserção do dispositivo intrauterino por acreditar que **não é sua função**. Os bolsistas e os profissionais com menor tempo de formados foram os profissionais que menos concordaram com essa barreira para o procedimento, com diferença significativa, em comparação com os de contrato temporário, efetivos e com maior tempo de graduados. Houve também diferença estatística significativa na comparação entre os profissionais com e sem residência, com maior frequência entre os profissionais com residência. Entre os profissionais especialistas, as frequências dos pediatras (81,8%) e clínicos (80,0%) apontou diferença estatística significante. Fica evidenciada a frequência de ginecologistas que considera que inserção de DIU não é sua função (20,0%), em contradição com o entendimento generalizado, haja vista a maior frequência de encaminhamentos a esses especialistas focais para avaliação e inserção do DIU. Chama atenção o achado de não ter havido diferença estatística entre as categorias profissionais em relação ao entendimento de fazer ou não parte de suas atribuições a inserção de DIU. Apesar de atualmente estar legalmente impedidos de realizar o procedimento, 71,9% dos enfermeiros e enfermeiras entendem que faz parte de suas atribuições contribuir com o planejamento familiar, realizando o procedimento. Enquanto 53,3% dos profissionais médicos com RM ou TE entendem que não é sua função.

Apenas 10,8% dos profissionais concordaram que **a inserção não deve ser feita no ambulatório/consultório**. Não houve diferença estatística entre os grupos, porém a frequência de ginecologistas (40,0%) que concordaram com isso foi maior do que todos os outros grupos de características profissionais.

Noventa e oito por cento dos profissionais consideraram que o DIU é seguro, com apenas 3 concordâncias com a afirmação de que um dificultador para a inserção do DIU é que o DIU não é seguro para a mulher, sendo ginecologista um deles.

Apenas 1 profissional (0,7%) concordou com a afirmação que o DIU não é eficaz como contraceptivo e este profissional foi também um ginecologista.

Tabela 7 - Características profissionais segundo barreiras/dificuldades para a inserção de DIU na atenção básica de Vitória/ES, 2021.

Dificuldades para a inserção de DIU segundo características dos profissionais		Números absolutos de “sim”/total	Frequência de “sim”
1. Falta de treinamento		121/148	81,8%
Sexo	Feminino	92/112	82,1%
	Masculino	29/36	80,6%
Idade*	25-40 anos	58/61	95,1%
	41-55 anos	50/68	73,5%
	56-75 anos	13/19	68,4%
Categoria profissional*	Enfermagem	51/57	89,5%
	Medicina	70/91	76,9%
Possui Pós-Graduação*	Não	17/17	100,0%
	Sim	104/131	79,4%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	4/5	80,0%
	GO	2/10	20,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	9/11	81,8%
	Sem RM ou TE	102/118	86,4%
Possui Mestrado	Não	109/134	81,3%
	Sim	12/14	85,7%
Ano de Graduação*	1974-1990	14/24	58,3%
	1991-2005	42/53	79,2%
	2006-2021	65/71	91,5%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	55/59	93,2%
	De 11 a 20 anos	50/57	87,7%
	A partir de 21 anos	16/32	50,0%
Tipo de Vínculo	Bolsista	22/25	88,0%
	Contrato temporário	33/40	82,5%
	Efetivo	65/82	79,3%
2. Falta de retaguarda no caso de complicação		108/148	73,0%
Sexo	Feminino	81/112	72,3%
	Masculino	27/36	75,0%
Idade	25-40 anos	48/61	78,7%
	41-55 anos	50/68	73,5%
	56-75 anos	10/19	52,6%
Categoria profissional	Enfermagem	42/57	73,7%
	Medicina	66/91	72,5%
Possui Pós-Graduação	Não	14/17	82,4%
	Sim	94/131	71,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	4/5	80,0%
	GO	9/10	90,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	8/11	72,7%
	Sem RM ou TE	84/118	71,2%
Possui Mestrado	Não	99/134	73,9%
	Sim	9/14	64,3%
Ano de Graduação	1974-1990	15/24	62,5%
	1991-2005	38/53	71,7%
	2006-2021	55/71	77,5%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	46/59	78,0%
	De 11 a 20 anos	41/57	71,9%
	A partir de 21 anos	21/32	65,6%
Tipo de Vínculo	Bolsista	18/25	72,0%
	Contrato temporário	24/40	60,0%
	Efetivo	65/82	79,3%
3. Limitações de tempo		101/148	68,2%

Sexo	Feminino	79/112	70,5%
	Masculino	22/36	61,1%
Idade	25-40 anos	48/61	78,7%
	41-55 anos	42/68	61,8%
	56-75 anos	11/19	57,9%
Categoria profissional	Enfermagem	37/57	64,9%
	Medicina	64/91	70,3%
Possui Pós-Graduação	Não	14/17	82,4%
	Sim	87/131	66,4%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	4/5	80,0%
	GO	6/10	60,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	8/11	72,7%
	Sem RM ou TE	79/118	66,9%
Possui Mestrado	Não	94/134	70,1%
	Sim	7/14	50,0%
Ano de Graduação	1974-1990	15/24	62,5%
	1991-2005	32/53	60,4%
	2006-2021	54/71	76,1%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	48/59	81,4%
	De 11 a 20 anos	35/57	61,4%
	A partir de 21 anos	18/32	56,3%
Tipo de Vínculo	Bolsista	18/25	72,0%
	Contrato temporário	26/40	65,0%
	Efetivo	57/82	69,5%
4. Necessidade de auxiliar para inserção		89/148	60,1%
Sexo	Feminino	66/112	58,9%
	Masculino	23/36	63,9%
Idade*	25-40 anos	40/61	65,6%
	41-55 anos	40/68	58,8%
	56-75 anos	9/19	47,4%
Categoria profissional	Enfermagem	34/57	59,6%
	Medicina	55/91	60,4%
Possui Pós-Graduação	Não	13/17	76,5%
	Sim	76/131	58,0%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	3/5	60,0%
	GO	7/10	70,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	5/11	45,5%
	Sem RM ou TE	70/118	59,3%
Possui Mestrado	Não	80/134	59,7%
	Sim	9/14	64,3%
Ano de Graduação*	1974-1990	14/24	58,3%
	1991-2005	31/53	58,5%
	2006-2021	44/71	62,0%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	40/59	67,8%
	De 11 a 20 anos	30/57	52,6%
	A partir de 21 anos	19/32	59,4%
Tipo de Vínculo	Bolsista	14/25	56,0%
	Contrato temporário	24/40	60,0%
	Efetivo	51/82	62,2%
5. Falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos realizados por mim		84/148	56,8%
Sexo	Feminino	62/112	55,4%
	Masculino	22/36	61,1%
Idade	25-40 anos	41/61	67,2%
	41-55 anos	35/68	51,5%
	56-75 anos	8/19	42,1%
Categoria profissional*	Enfermagem	21/57	36,8%
	Medicina	63/91	69,2%
Possui Pós-Graduação*	Não	14/17	82,4%
	Sim	70/131	53,4%

Residência Médica ou Título de Especialista	CM	3/5	60,0%
	GO	6/10	60,0%
	MFC	4/4	100%
	Ped	8/11	72,7%
	Sem RM ou TE	63/118	53,4%
Possui Mestrado	Não	76/134	56,7%
	Sim	8/14	57,1%
Ano de Graduação	1974-1990	10/24	41,7%
	1991-2005	27/53	50,9%
	2006-2021	47/71	66,2%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	41/59	69,5%
	De 11 a 20 anos	30/57	52,6%
	A partir de 21 anos	13/32	40,6%
Tipo de Vínculo	Bolsista	17/25	68,0%
	Contrato temporário	25/40	62,5%
	Efetivo	42/82	51,2%
6- Centralização da inserção pelo especialista ginecologista		79/148	53,4%
Sexo	Feminino	56/112	50,0%
	Masculino	23/36	63,9%
Idade*	25-40 anos	37/61	60,7%
	41-55 anos	38/68	55,9%
	56-75 anos	4/19	21,1%
Categoria profissional*	Enfermagem	38/57	66,7%
	Medicina	41/91	45,1%
Possui Pós-Graduação	Não	9/17	52,9%
	Sim	70/131	53,4%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	3/10	30,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	6/11	54,5%
	Sem RM ou TE	66/118	55,9%
Possui Mestrado	Não	71/134	53,0%
	Sim	8/14	57,1%
Ano de Graduação*	1974-1990	7/24	29,2%
	1991-2005	32/53	60,4%
	2006-2021	40/71	56,3%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	32/59	54,2%
	De 11 a 20 anos	35/57	61,4%
	A partir de 21 anos	12/32	37,5%
Tipo de Vínculo	Bolsista	15/25	60,0%
	Contrato temporário	17/40	42,5%
	Efetivo	46/82	56,1%
7. Preocupação em relação a risco de complicações (perfuração uterina, expulsão, infecção)		77/148	52,0%
Sexo	Feminino	57/112	50,9%
	Masculino	20/36	55,6%
Idade*	25-40 anos	37/61	60,7%
	41-55 anos	37/68	54,4%
	56-75 anos	3/19	15,8%
Categoria profissional	Enfermagem	30/57	52,6%
	Medicina	47/91	51,6%
Possui Pós-Graduação	Não	11/17	64,7%
	Sim	66/131	50,4%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	8/10	80,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	5/11	45,5%
	Sem RM ou TE	61/118	51,7%
Possui Mestrado	Não	69/134	51,5%
	Sim	8/14	57,1%
Ano de Graduação	1974-1990	8/24	33,3%

	1991-2005	30/53	56,6%
	2006-2021	39/71	54,9%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	31/59	52,5%
	De 11 a 20 anos	32/57	56,1%
	A partir de 21 anos	14/32	43,8%
Tipo de Vínculo	Bolsista	13/25	52,0%
	Contrato temporário	15/40	37,5%
	Efetivo	48/82	58,5%
8- Necessidade de exames prévios à inserção		74/148	50,0%
Sexo	Feminino	58/112	51,8%
	Masculino	16/36	44,4%
Idade	25-40 anos	31/61	50,8%
	41-55 anos	35/68	51,5%
	56-75 anos	8/19	42,1%
Categoria profissional	Enfermagem	24/57	42,1%
	Medicina	50/91	54,9%
Possui Pós- Graduação	Não	9/17	52,9%
	Sim	65/131	49,6%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	3/5	60,0%
	GO	8/10	80,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	7/11	63,6%
	Sem RM ou TE	55/118	46,6%
Possui Mestrado	Não	68/134	50,7%
	Sim	6/14	42,9%
Ano de Graduação	1974-1990	12/24	50,0%
	1991-2005	31/53	58,5%
	2006-2021	31/71	43,7%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	31/59	52,5%
	De 11 a 20 anos	23/57	40,4%
	A partir de 21 anos	20/32	62,5%
Tipo de Vínculo	Bolsista	13/25	52,0%
	Contrato temporário	19/40	47,5%
	Efetivo	42/82	51,2%
9- Salário baixo		71/148	48,0%
Sexo	Feminino	52/112	46,4%
	Masculino	19/36	52,8%
Idade	25-40 anos	31/61	50,8%
	41-55 anos	34/68	50,0%
	56-75 anos	6/19	31,6%
Categoria profissional	Enfermagem	30/57	52,6%
	Medicina	41/91	45,1%
Possui Pós-Graduação	Não	7/17	41,2%
	Sim	64/131	48,9%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	6/10	60,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	55/118	46,6%
Possui Mestrado	Não	65/134	48,5%
	Sim	6/14	42,9%
Ano de Graduação	1974-1990	10/24	41,7%
	1991-2005	31/53	58,5%
	2006-2021	30/71	42,3%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	25/59	42,4%
	De 11 a 20 anos	30/57	52,6%
	A partir de 21 anos	16/32	50,0%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	7/25	28,0%
	Contrato temporário	16/40	40,0%
	Efetivo	48/82	58,5%
10- Desvalorização do profissional		69/148	46,6%
Sexo	Feminino	54/112	48,2%

Idade	Masculino	15/36	41,7%
	25-40 anos	35/61	57,4%
	41-55 anos	28/68	41,2%
	56-75 anos	6/19	31,6%
Categoria profissional*	Enfermagem	33/57	57,9%
	Medicina	36/91	39,6%
Possui Pós- Graduação	Não	8/17	47,1%
	Sim	61/131	46,6%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	6/10	60,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	57/118	48,3%
Possui Mestrado	Não	62/134	46,3%
	Sim	7/14	50,0%
Ano de Graduação	1974-1990	10/24	41,7%
	1991-2005	26/53	49,1%
	2006-2021	33/71	46,5%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	28/59	47,5%
	De 11 a 20 anos	26/57	45,6%
	A partir de 21 anos	15/32	46,9%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	9/25	36,0%
	Contrato temporário	13/40	32,5%
	Efetivo	47/82	57,3%
11- Falta de estrutura física na unidade/consultório		69/148	46,6%
Sexo	Feminino	54/112	48,2%
	Masculino	15/36	41,7%
Idade	25-40 anos	32/61	52,5%
	41-55 anos	31/68	45,6%
	56-75 anos	6/19	31,6%
Categoria profissional	Enfermagem	21/57	36,8%
	Medicina	48/91	52,7%
Possui Pós- Graduação	Não	9/17	52,9%
	Sim	60/131	45,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	5/10	50,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	4/11	36,4%
	Sem RM ou TE	56/118	47,5%
Possui Mestrado	Não	61/134	45,5%
	Sim	8/14	57,1%
Ano de Graduação	1974-1990	8/24	33,3%
	1991-2005	26/53	49,1%
	2006-2021	35/71	49,3%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	30/59	50,8%
	De 11 a 20 anos	27/57	47,4%
	A partir de 21 anos	12/32	37,5%
Tipo de Vínculo	Bolsista	12/25	48,0%
	Contrato temporário	16/40	48,8%
	Efetivo	40/82	41,5%
12- Não há estímulo financeiro		63/148	42,6%
Sexo	Feminino	48/112	42,9%
	Masculino	15/36	41,7%
Idade	25-40 anos	26/61	42,6%
	41-55 anos	29/68	42,6%
	56-75 anos	8/19	42,1%
Categoria profissional	Enfermagem	25/57	43,9%
	Medicina	38/91	41,8%
Possui Pós- Graduação	Não	5/17	29,4%
	Sim	58/131	44,3%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	4/10	40,0%

	MFC	3/4	75,0%
	Ped	7/11	63,6%
Possui Mestrado	Sem RM ou TE	47/118	39,8%
	Não	58/134	43,3%
	Sim	5/14	35,7%
Ano de Graduação	1974-1990	12/24	50,0%
	1991-2005	25/53	47,2%
	2006-2021	26/71	36,6%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	22/59	37,3%
	De 11 a 20 anos	24/57	42,1%
	A partir de 21 anos	17/32	53,1%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	6/25	24,0%
	Contrato temporário	13/40	32,5%
	Efetivo	44/82	53,7%
13- Falta de material necessário para a inserção na unidade		59/148	39,9%
Sexo	Feminino	47/112	42,0%
	Masculino	12/36	33,3%
Idade	25-40 anos	28/61	45,9%
	41-55 anos	24/68	35,3%
	56-75 anos	7/19	36,8%
Categoria profissional*	Enfermagem	15/57	26,3%
	Medicina	44/91	48,4%
Possui Pós- Graduação*	Não	12/17	70,6%
	Sim	47/131	35,9%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	3/5	60,0%
	GO	2/10	20,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	5/11	45,5%
Possui Mestrado	Sem RM ou TE	45/118	38,1%
	Não	55/134	41,0%
	Sim	4/14	28,6%
Ano de Graduação	1974-1990	8/24	33,3%
	1991-2005	20/53	37,7%
	2006-2021	31/71	43,7%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	32/59	54,2%
	De 11 a 20 anos	16/57	28,1%
	A partir de 21 anos	11/32	34,4%
Tipo de Vínculo	Bolsista	13/25	52,0%
	Contrato temporário	16/40	40,0%
	Efetivo	30/82	36,6%
14- Falta do DIU na unidade		55/148	37,2%
Sexo	Feminino	45/112	40,2%
	Masculino	10/36	27,8%
Idade	25-40 anos	29/61	47,5%
	41-55 anos	21/68	30,9%
	56-75 anos	5/19	26,3%
Categoria profissional*	Enfermagem	15/57	26,3%
	Medicina	40/91	44,0%
Possui Pós- Graduação*	Não	13/17	76,5%
	Sim	42/131	32,1%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	3/5	60,0%
	GO	0/10	0,0%
	MFC	4/4	100,0%
	Ped	4/11	36,4%
Possui Mestrado	Sem RM ou TE	44/118	37,3%
	Não	51/134	38,1%
	Sim	4/14	28,6%
Ano de Graduação*	1974-1990	6/24	25,0%
	1991-2005	15/53	28,3%
	2006-2021	34/71	47,9%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	35/59	59,3%
	De 11 a 20 anos	13/57	22,8%

	A partir de 21 anos	7/32	21,9%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	13/25	52,0%
	Contrato temporário	19/40	47,5%
	Efetivo	23/82	28,0%
15- Disputa entre as categorias profissionais		51/148	34,5%
Sexo	Feminino	39/112	34,8%
	Masculino	12/36	33,3%
Idade*	25-40 anos	26/61	42,6%
	41-55 anos	23/68	33,8%
	56-75 anos	2/19	10,5%
Categoria profissional	Enfermagem	25/57	43,9%
	Medicina	26/91	28,6%
Possui Pós- Graduação	Não	6/17	35,3%
	Sim	45/131	34,4%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	2/4	50,0%
	Ped	4/11	18,2%
	Sem RM ou TE	43/118	36,4%
Possui Mestrado	Não	47/134	35,1%
	Sim	4/14	28,6%
Ano de Graduação*	1974-1990	3/24	12,5%
	1991-2005	21/53	39,6%
	2006-2021	27/71	38,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	23/59	39,0%
	De 11 a 20 anos	21/57	36,8%
	A partir de 21 anos	7/32	21,9%
Tipo de Vínculo	Bolsista	10/25	40,0%
	Contrato temporário	11/40	27,5%
	Efetivo	30/82	36,6%
16- Desconhecimento sobre o assunto		48/148	32,4%
Sexo	Feminino	35/112	31,3%
	Masculino	13/36	36,1%
Idade	25-40 anos	23/61	37,7%
	41-55 anos	21/68	30,9%
	56-75 anos	4/19	21,1%
Categoria profissional	Enfermagem	18/57	31,6%
	Medicina	30/91	33,0%
Possui Pós- Graduação (p=0,055)	Não	9/17	52,9%
	Sim	39/131	29,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	2/5	40,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	6/11	54,5%
	Sem RM ou TE	39/118	33,1%
Possui Mestrado	Não	44/134	32,8%
	Sim	4/14	28,6%
Ano de Graduação	1974-1990	5/24	20,8%
	1991-2005	14/53	26,4%
	2006-2021	29/71	40,8%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	26/59	44,1%
	De 11 a 20 anos	17/57	29,8%
	A partir de 21 anos	5/32	15,6%
Tipo de Vínculo	Bolsista	8/25	32,0%
	Contrato temporário	13/40	32,5%
	Efetivo	27/82	32,9%
17- Não há motivação pessoal/profissional		44/148	29,7%
Sexo	Feminino	33/112	29,5%
	Masculino	11/36	30,6%
Idade*	25-40 anos	12/61	19,7%
	41-55 anos	23/68	33,8%
	56-75 anos	9/19	47,4%

Categoria profissional	Enfermagem	12/57	21,1%
	Medicina	32/91	35,2%
Possui Pós- Graduação	Não	5/17	29,4%
	Sim	39/131	29,8%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	4/5	80,0%
	GO	5/10	50,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	8/11	72,7%
	Sem RM ou TE	47/118	22,0%
Possui Mestrado	Não	40/134	29,9%
	Sim	4/14	28,6%
Ano de Graduação*	1974-1990	13/24	54,2%
	1991-2005	18/53	34,0%
	2006-2021	13/71	18,3%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	11/59	18,6%
	De 11 a 20 anos	16/57	28,1%
	A partir de 21 anos	17/32	53,1%
	Bolsista	3/25	12,0%
Tipo de Vínculo*	Contrato temporário	7/40	17,5%
	Efetivo	34/82	41,5%
		42/148	28,4%
18- Vínculo precário			
Sexo	Feminino	30/112	26,8%
	Masculino	12/36	33,3%
Idade*	25-35 anos	23/61	37,7%
	36-45 anos	17/68	25,0%
	46-55 anos	2/19	10,5%
Categoria profissional*	Enfermagem	10/57	17,5%
	Medicina	32/91	35,2%
Possui Pós- Graduação	Não	7/17	41,2%
	Sim	35/131	26,7%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	4/10	40,0%
	MFC	3/4	75,0%
	Ped	2/11	18,2%
	Sem RM ou TE	32/118	27,1%
Possui Mestrado	Não	41/134	30,6%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	4/24	16,7%
	1991-2005	12/53	22,6%
	2006-2021	26/71	36,6%
Tempo de Atuação*	Até 10 anos	27/59	45,8%
	De 11 a 20 anos	11/57	19,3%
	A partir de 21 anos	4/32	12,5%
	Bolsista	10/25	40,0%
Tipo de Vínculo*	Contrato temporário	16/40	40,0%
	Efetivo	16/82	19,5%
		40/148	27,0%
19- Não é sua função			
Sexo	Feminino	32/112	28,6%
	Masculino	8/36	22,2%
Idade	25-40 anos	11/61	18,0%
	41-55 anos	21/68	30,9%
	56-75 anos	8/19	42,1%
Categoria profissional	Enfermagem	16/57	28,1%
	Medicina	24/91	26,4%
Possui Pós- Graduação	Não	4/17	23,5%
	Sim	36/131	27,5%
Residência Médica ou Título de Especialista*	CM	4/5	80,0%
	GO	2/10	20,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	9/11	81,8%
	Sem RM ou TE	24/118	20,3%
Possui Mestrado	Não	37/134	27,6%

	Sim	3/14	21,4%
Ano de Graduação*	1974-1990	10/24	41,7%
	1991-2005	17/53	32,1%
	2006-2021	13/71	18,3%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	12/59	20,3%
	De 11 a 20 anos	15/57	26,3%
	A partir de 21 anos	13/32	40,6%
Tipo de Vínculo*	Bolsista	2/25	8,0%
	Contrato temporário	9/40	22,5%
	Efetivo	29/82	35,4%
20- Não se sente seguro(a) com o treinamento obtido		17/148	11,5%
Sexo	Feminino	11/112	9,8%
	Masculino	6/36	16,7%
Idade	25-40 anos	8/61	13,0%
	41-55 anos	9/68	13,2%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	6/57	10,5%
	Medicina	11/91	12,1%
Possui Pós- Graduação	Não	3/17	17,7%
	Sim	14/131	10,7%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	1/5	20,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	14/118	11,9%
Possui Mestrado	Não	16/134	11,9%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	0/24	0,0%
	1991-2005	7/53	13,2%
	2006-2021	10/71	4,7%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	8/59	13,6%
	De 11 a 20 anos	7/57	12,3%
	A partir de 21 anos	2/32	6,3%
Tipo de Vínculo	Bolsista	4/25	16,0%
	Contrato temporário	5/40	12,5%
	Efetivo	8/82	9,8%
21- A inserção não deve ser feita no ambulatório/consultório		16/148	10,8%
Sexo	Feminino	12/112	10,7%
	Masculino	4/36	11,1%
Idade	25-40 anos	6/61	9,8%
	41-55 anos	9/68	13,2%
	56-75 anos	1/19	5,3%
Categoria profissional	Enfermagem	4/57	7,0%
	Medicina	12/91	13,2%
Possui Pós- Graduação	Não	1/17	5,9%
	Sim	15/131	11,5%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	4/10	40,0%
	MFC	1/4	25,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	11/118	9,3%
Possui Mestrado	Não	15/134	11,2%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	8/53	15,1%
	2006-2021	7/71	9,9%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	6/59	10,2%
	De 11 a 20 anos	5/57	8,8%
	A partir de 21 anos	5/32	15,6%
Tipo de Vínculo	Bolsista	2/25	8,0%
	Contrato temporário	4/40	10,0%

	Efetivo	10/82	12,2%
22- O DIU não é seguro (traz risco à mulher, como Doença Inflamatória Pélvica, gravidez ectópica, dor durante a inserção)		3/148	2,0%
Sexo	Feminino	1/112	0,9%
	Masculino	2/36	5,6%
Idade	25-35 anos	1/61	1,6%
	36-45 anos	2/68	2,9%
	46-55 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	2/57	3,5%
	Medicina	1/91	1,1%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	3/131	2,3%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	2/118	1,7%
Possui Mestrado	Não	2/134	1,5%
	Sim	1/14	7,1%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	1/53	1,9%
	2006-2021	1/71	1,4%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	1/59	1,7%
	De 11 a 20 anos	1/57	1,8%
	A partir de 21 anos	1/32	3,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	1/40	2,5%
	Efetivo	2/82	2,4%
23- O DIU não é eficaz como contraceptivo		1/148	0,7%
Sexo	Feminino	0/112	0,0%
	Masculino	1/36	2,8%
Idade	25-40 anos	0/61	0,0%
	41-55 anos	1/68	1,5%
	56-75 anos	0/19	0,0%
Categoria profissional	Enfermagem	0/57	0,0%
	Medicina	1/91	1,1%
Possui Pós- Graduação	Não	0/17	0,0%
	Sim	1/131	0,8%
Residência Médica ou Título de Especialista	CM	0/5	0,0%
	GO	1/10	10,0%
	MFC	0/4	0,0%
	Ped	0/11	0,0%
	Sem RM ou TE	0/118	0,0%
Possui Mestrado	Não	1/134	0,7%
	Sim	0/14	0,0%
Ano de Graduação	1974-1990	1/24	4,2%
	1991-2005	0/53	0,0%
	2006-2021	0/71	0,0%
Tempo de Atuação	Até 10 anos	0/59	0,0%
	De 11 a 20 anos	0/57	0,0%
	A partir de 21 anos	1/32	3,1%
Tipo de Vínculo	Bolsista	0/25	0,0%
	Contrato temporário	0/40	0,0%
	Efetivo	1/82	1,2%

Legenda: CM= Clínica Médica; GO= Ginecologista/Obstetra; MFC= Médico de Família e Comunidade; Ped= Pediatria; RM= Residência Médica; TE= Título de Especialista; UBS= Unidade Básica de Saúde.

* = p-valor < 0,05 associado ao teste qui-quadrado ou exato de Fischer.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

9 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram 20,3% de profissionais da APS do município de Vitória com treinamento em inserção de DIU. Frequência esta superior à encontrada por Carty *et al* (2019), de 10,0%, para DIU de cobre, em questionário destinado a médicos atuando em cenário de APS. Em nosso estudo, 90,0% dos GO, 50,0% dos MFC e 20,0% dos clínicos possuem treinamento. Madden *et al* (2010) encontraram que 36% dos GOs não receberam treinamento em inserção de DIU durante a residência ou treinamento clínico. Os profissionais com maior tempo de atuação na APS apresentaram maior frequência de treinamento, o que pode refletir menos treinamento nas formações mais recentes. Pelo contrário, na pesquisa de Harper *et al* (2008), em pesquisa realizada entre profissionais atuantes em programas de planejamento familiar, menor idade foi associado estatisticamente com uma maior frequência de treinamento.

A realização do procedimento em atividades rotineiras teve a frequência inferior àquelas encontradas por Carty *et al* (2019), de 10,0%, e por Rubin *et al* (2010), de 23,3%. No presente estudo a adoção desta prática foi de 4,0%. Entre os 6 profissionais que afirmaram realizar inserção de DIU nas suas atividades profissionais atuais, dois relataram não ter realizado nenhuma inserção no ano anterior (2020, ano em que iniciou a pandemia de COVID-19), então apenas 2,7% dos profissionais realizaram o procedimento no período. A baixa frequência encontrada, além de não possibilitar melhores análises dos dados, devido à possível incapacidade de detectar diferenças entre os grupos comparados, aponta a dificuldade de acesso ao método pelas mulheres que procuram o planejamento familiar nas unidades de saúde; o que demandará a adoção de estratégias de motivação, sensibilização e treinamento dos profissionais em relação a essa prática.

Cerca de 2 terços dos profissionais que inserem DIU terminou a graduação entre 2006 e 2021 (entre 5 e 15 anos de formados). Metade deles possui até 10 anos de atuação na APS. Esses resultados são semelhantes aos da pesquisa de Madden *et al* (2010), onde menor tempo decorrido do término do treinamento (a partir de 2000) esteve associado a maior relato de inserção de DIU. Na pesquisa de Harper *et al* (2008), aqueles que consideraram DIU um método seguro, com mais mulheres candidatas apropriadas ao DIU, e aqueles com mais conhecimento sobre as características e as contraindicações do método tiveram maior probabilidade de aconselhar e fornecer o método, comparado aos profissionais que não o consideraram seguro, consideraram menos mulheres candidatas e apresentaram menor conhecimento sobre o método.

Entre os profissionais médicos que realizam o procedimento, 80,0% são ginecologistas. Contudo, chama atenção a baixa frequência entre os ginecologistas (40,0%), embora haja um entendimento cultural (entre a população e entre os profissionais de saúde) que este é o profissional mais capacitado para tal. De fato, segundo Hoover *et al* (2010) grande parte

das consultas em saúde reprodutiva são realizadas por GO. Também chama a atenção que, apesar de 90,0% dos GOs terem relatado treinamento para inserção de DIU, há um contraste com os achados, 40% realizavam o procedimento em suas atividades profissionais atuais. Resultado da literatura mundial sobre o tema, estudo transversal de Madden *et al* (2010), com questionário autoadministrado para avaliar conhecimentos e atitudes a respeito do DIU, a partir de uma amostra aleatória de 250 praticantes de GO. A taxa de resposta foi de 54,8% (137 respondentes), e eles encontraram uma taxa menor de GOs treinados (64%), com 12,4% afirmando não inserirem DIU. Outra amostra aleatória de 1.221 ginecologistas/obstetras, entre 30.500 GOs atuantes nos EUA, membros do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), onde Luchowski *et al* (2014a) encontraram 92% dos profissionais com treinamento teórico ou prático durante a residência, e 87,8% inserindo DIU. Na pesquisa de Harper *et al* (2012), a partir de um banco de dados nacional dos Estados Unidos da América, 94% dos 347 GOs entrevistados possuíam treinamento prático em inserção de DIU e 99% realizavam o procedimento com segurança. Em outra pesquisa, Harper *et al* (2008), desta vez dentro de um programa de planejamento familiar para população de baixa renda no estado da Carolina (EUA), com base em 816 questionários respondidos, sendo 35% de GOs, encontraram 96% destes treinados para inserção de DIU. Destes, 74% dos GOs estavam realizando o procedimento na prática diária (frequência considerada baixa pelos autores). Stanwood, Garret e Konrad (2002) apontaram 87% de treinamento e 80% de realização do procedimento na prática cotidiana, entre 400 GOs respondentes. Em outra amostra aleatória de GOs ao redor dos EUA, através de questionários autoadministrados, com 1149 profissionais, Castleberry *et al* (2019) encontraram 90,7% dos GOs afirmando inserir DIU em suas práticas.

Outro fato que merece atenção nos nossos achados é que 29% de todos os médicos possuíam treinamento, mas apenas 5% realizam o procedimento atualmente. Essas frequências também são muito baixas, contrastando com a literatura. Na pesquisa que Harper *et al* (2008) conduziram dentro de um programa de planejamento familiar para população de baixa renda no estado da Carolina (EUA), enviando questionários autoadministrados para profissionais não médicos e médicos, incluindo especialistas em saúde da família, saúde da mulher, clínicos gerais, pediatras e hebiatras, encontraram uma frequência de 69% de treinamento em inserção de DIU e 43% de profissionais realizando o procedimento. Davis *et al* (2018) enviaram questionários autoadministrados anonimamente em 2015 para residentes dos últimos anos de GO, MFC e pediatria, entre 156 programas de residência nos EUA. Encontraram frequências de treinamento em inserção de DIU de cerca de 90% entre os residentes em GO, mais de 80% entre os residentes em MFC e pouco mais de 10% entre os residentes em pediatria. Revelando

que em algumas especialidades a frequência de treinamento em inserção de DIU é bem alta, enquanto em outras é muito baixa.

Segundo nossos achados, mais de 50% dos profissionais têm interesse em realizar treinamento em inserção de DIU. Menor idade, menor tempo de atuação na APS e menos tempo de graduação foram características relevantes para o interesse no treinamento, apontando uma maior motivação entre os profissionais mais jovens. Os bolsistas foram os profissionais com mais interesse, seguidos dos profissionais de contrato temporário, ou seja, mesmo com vínculo precário com a instituição. Possivelmente o maior interesse dos primeiros deva-se ao fato de fazerem parte de programas de provimento de vagas com caráter educativo (Programa Mais Médicos e Programa de Qualificação da APS do estado do ES), com vistas a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes, e aumento da resolutividade. Os mestres e os profissionais sem registro de especialidade também se mostraram significativamente mais interessados no treinamento. Na pesquisa de Lohr *et al* (2009) 76% dos residentes de clínica médica respondentes expressaram desejo de mais treinamento em contracepção. No trabalho de Davis *et al* (2018), as frequências de interesse em treinamento em inserção de DIU de cobre entre os residentes em pediatria, MFC e GO foram, respectivamente, 35%, 54% e 7%. Harper *et al* (2012), em uma pesquisa nacional, encontraram taxas menores de interesse (30% entre MFC e 1,5% entre os GOs).

Mesmo com a proibição atual do governo federal de realização do procedimento pela enfermagem, estes profissionais demonstraram proporcionalmente mais interesse do que os profissionais de medicina no treinamento. Apesar da não significância estatística nesta comparação, há relevância prática, pois nos permite visualizar um público interessado, com vistas a aumentar o acesso ao método. Quanto ao interesse em adicionar a oferta da inserção de DIU pelo próprio profissional na UBS à cartela de serviços da instituição foi apontada diferença estatística significativa por parte dos profissionais de enfermagem. Esses profissionais se mostraram mais interessados em absorver e praticar essa habilidade em relação aos profissionais de medicina, desburocratizando e facilitando o acesso. De fato, documento da OMS (WHO, 2012a) visando expandir acesso a planejamento familiar, com foco específico em áreas e populações carentes, afirma que há uma severa e desigual escassez de profissionais da saúde com habilidades em planejamento familiar e fornecimento de contraceptivos no mundo, sendo responsável pela restrição à melhoria do acesso das mulheres a esses serviços. A organização recomendou a redistribuição racional de tarefas entre os profissionais existentes, onde estas sejam direcionadas, quando apropriado, para profissionais menos especializados, como agentes comunitários de saúde fornecendo preservativos, contraceptivo oral e injetável,

e profissionais de enfermagem de níveis superior e médio quando da realização de inserção de DIU e Implante.

Também é digno de nota que 91% dos profissionais encaminhem para outro profissional a avaliação e inserção de DIU, embora a orientação mais atual seja realizar o procedimento no momento da procura (BRASIL, 2018), a fim de facilitar o acesso da paciente ao método. O encaminhamento para outro profissional dificulta, atrasa e, por vezes, impossibilita a prestação desse tipo de assistência. Ogburn, Espey e Stonehocker (2005), em estudo retrospectivo com 1627 mulheres que tiveram parto na maternidade da Universidade de Novo Mexico, apontaram 11,9% de opção pelo DIU como contraceptivo pós-parto. Houve perda da oportunidade para 40,0% dessas mulheres durante o período entre a escolha e a introdução do método, quando 16,0% dessas mulheres ficaram grávidas nesse período e 35,0% não retornaram à consulta posterior.

De todos os encaminhamentos para avaliação e inserção do DIU, mais de 90% são para ginecologistas da rede pública de Vitória e cerca de 40,0% são para outro serviço. Soma-se a isso o fato de apenas 40% dos ginecologistas realizarem o procedimento, e 60% que não realizam encaminham para ginecologista de outro serviço. O percentual de encaminhamentos apontados é muito maior do que os achados na literatura da área. Lohr *et al* (2009), numa pesquisa entre residentes de medicina interna, encontraram taxas de referenciamento ao ginecologista entre 34 e 66%. Já na pesquisa de Madden *et al* (2010) 17,6% dos GOs responderam ter referenciado alguma paciente para inserção de DIU no ano anterior. Assim, é possível que haja um aumento indesejável do percurso da mulher para conseguir o método de sua escolha, constituindo uma falha no serviço de planejamento familiar do município, levando a gravidezes não planejadas e suas consequências, conforme defendido por diversos autores (BROWN; EISENBERG, 1995; CLELAND; ALI, 2004; BERQUÓ; LIMA, 2009; SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014).

Há uma indicação de mais de 90% do método entre os profissionais, sendo que aqueles com maior tempo decorrido da graduação (mais de 30 anos) e de atuação na APS (mais de 20 anos) o realizam em menor frequência. Houve grande variação nos achados de outros estudos. Na pesquisa conduzida por Harper *et al* (2012), quase metade dos MFC (47,0%) discute rotineiramente DIU com suas pacientes (frequência menor do que os GOs). Embora o treinamento em inserção de DIU na residência tenha aumentado significativamente a prática, e 96% dos médicos acreditam que suas pacientes estariam receptivas para aprender sobre o método. Neste estudo acima, os médicos que apresentaram maior frequência de aconselhamento sobre o método foram os mais jovens, aqueles com visão mais atualizada sobre as candidatas apropriadas e as indicações, demonstrando que melhor conhecimento a respeito do método

esteve relacionado a maior aconselhamento deste. Em outro trabalho de Harper *et al* (2008), 36% dos profissionais referiram que aconselhavam raramente sobre o método, apesar de 92% considerarem que as pacientes são receptivas a aprender sobre a contracepção intrauterina. Nessa pesquisa (HARPER *et al*, 2008), os autores verificaram que profissionais especialistas em ginecologia e obstetrícia e aqueles com conhecimento mais atualizado (sobre segurança, candidatas apropriadas, características e contra-indicações) referiram com maior frequência aconselhamento a respeito do DIU em comparação com os profissionais de outras especialidades, com menor conhecimento. Além disso, os profissionais mais jovens, médicos e os que receberam treinamento em inserção de DIU apresentaram mais probabilidade de aconselhar as pacientes a respeito do método, em relação aos de maior idade, não médicos e que não receberam treinamento. Na pesquisa de Madden *et al* (2010) entre GOs, apenas 18% afirmaram que sempre discutiam sobre DIU com suas pacientes, e 76% afirmaram que discutiam algumas ou na maior parte das vezes.

Apesar de já não constar como contra-indicação há mais de 15 anos, ainda há equívocos entre os profissionais em relação à indicação do método para adolescentes, bem como para nulíparas (em 2005 foi aprovado para nulíparas pela Federal Drug Administration – FDA e pela ACOG e foi liberado para adolescentes pela ACOG em 2007, seguido em 2014 pela Academia Americana de Pediatria – ACOG, 2005; ACOG, 2007; DAVIS *et al*, 2018). Nossos resultados mostram que mais da metade de todos os profissionais entrevistados informou não indicar DIU para adolescentes, sem diferença entre os grupos analisados, evidenciando uma barreira para o método nessa faixa etária.

Como a adolescente é público-alvo da pediatria, e não da clínica médica, nota-se a alta frequência de pediatras e profissionais efetivos que entendem que não devem ofertar este método para essas mulheres. São achados semelhantes aos de outros trabalhos na literatura mundial. Harper *et al* (2008) conduziram uma pesquisa sobre a prática dos profissionais em contracepção intrauterina, dentro de um programa de planejamento familiar para população de baixa renda no estado da Carolina (EUA) (2.834 prestadores de serviços médicos atenderam a mais de 1,5 milhão de clientes entre 2003 e 2004. Eles forneceram DIU sem custo, com 1,3% das pacientes recebendo DIU por ano. Obtiveram 816 questionários respondidos (399 médicos e 402 não médicos, especialistas em saúde da família, ginecologia/obstetrícia, especialistas em saúde da mulher, clínicos gerais, pediatras e hebiatras), e encontraram uma frequência de concordância com a indicação de DIU para adolescentes de 39,1%. Madden *et al* (2010) numa amostra de 137 profissionais médicos (98,5%) e de enfermagem (1,5%) atuantes em Ginecologia e Obstetrícia, encontraram que apenas 30,7% dos entrevistados concordaram que o DIU é apropriado para adolescentes. Em uma amostra maior, de 1.551 participantes entre

30.500 GOs atuantes nos EUA membros do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), Luchowski *et al* (2014b) encontraram que 52,2% discordaram que os DIUs são métodos de primeira linha para adolescentes, e 43% concordaram com a indicação de DIU para mulheres dessa faixa etária. Harper *et al* (2012), utilizando um banco de dados nacional de associados médicos dos EUA, entrevistando 263 MFC e 347 GOs, encontraram uma média de frequência de concordância com a indicação para adolescentes de 38% (30% dos MFC e 52% dos GOs). Em estudo mais recente, Castleberry *et al* (2019) encontraram 92,2% de indicação de DIU para adolescentes, sendo que os profissionais que apresentaram as melhores práticas em inserção de DIU foram os de menor idade e que trabalhavam em universidades e no leste do país. Possivelmente, esses profissionais estariam mais familiarizados com as recomendações e os protocolos mais recentes, o que pode indicar que a aquisição do conhecimento teórico e prático sobre contracepção, particularmente sobre DIU, pode melhorar o acesso das mulheres ao método. Philliber *et al* (2017) entrevistaram um grupo de profissionais de saúde de 47 serviços de saúde provedores de planejamento familiar em expansão do seu escopo de serviços, e aumento do uso de LARC para redução de gravidezes indesejadas. Isso ocorreu antes e depois da publicação do boletim da ACOG de 2011, o qual endossava as recomendações da OMS de que os LARC são métodos com poucas contra-indicações e elegíveis para a maioria das mulheres, com poucos efeitos adversos, aplicando-se a grupos específicos de mulheres (nulíparas, adolescentes, com histórico de gravidez ectópica e com alto risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), desde que realizado testagem com resultado negativo). Eles visavam avaliar o processo de adoção das novas diretrizes, o desalinhamento com essas diretrizes e as implicações para o treinamento. As entrevistas foram online e anônimas a profissionais de saúde (de medicina e de enfermagem), treinados e aptos para realizar a inserção, demandando, além de informações demográficas, respostas sim ou não sobre segurança e adequação dos métodos. Foram 134 entrevistados em 2010 e 97 em 2012. A maior parte dos profissionais consideravam o DIU de cobre seguro e adequado para adolescentes (81% em 2010 e 97% em 2012), provavelmente devido ao aumento do conhecimento a respeito da segurança e da adequação do DIU entre os anos pesquisados, porém ainda havendo espaço para melhorias sobre a prática.

Já sobre o DIU para nulíparas, os resultados encontrados de pouco menos de 2/3 dos profissionais entrevistados (62,2%) conhecendo e concordando com a indicação, são similares aos de Madden *et al* (2010) em que 62% dos GOs concordaram que DIU é apropriado para nulíparas e, ainda aos de Luchowski *et al* (2014b), em que 66,8% dos GOs concordavam com a indicação. Também nos achados de Black *et al* (2013), onde houve o reconhecimento dessa indicação para metade dos respondentes, e esta maior entre os ginecologistas e profissionais da

enfermagem, comparados aos clínicos gerais, e aqueles do estudo de Tyler *et al* (2012). Esses últimos encontraram 70% de profissionais que consideravam o DIU seguro nessa população, também com melhor conhecimento entre os ginecologistas. Diferente desses autores, no presente trabalho não houve diferença estatística entre as características profissionais analisadas, entretanto chama atenção a menor frequência de indicação para nulíparas entre os pediatras, os efetivos e à medida que aumenta o tempo de atuação na APS e o tempo decorrido da graduação. Tyler *et al* (2012) também encontraram relação entre maior tempo de graduação (a partir de 25 anos) e uma menor indicação de DIU para essas mulheres. Luchowski *et al* (2014b) trazem a relação de menor idade do profissional com maior indicação de DIU para as nulíparas. Nossos resultados foram contrários aos do estudo de Tyler *et al* (2012), Black *et al* (2013) e Luchowski *et al* (2014b), cujos achados mostraram profissionais com treinamento em inserção de DIU mais atualizados na indicação para nulíparas, em comparação com profissionais sem treinamento. No presente estudo profissionais treinados não apresentaram maiores taxas de conhecimento do método, evidenciando que esses profissionais não estão atualizados. A amostra de Philliber *et al* (2017) encontrou uma frequência maior de profissionais considerando DIU de cobre seguro e adequado para nulíparas (90% em 2010 e 97% em 2012), mas os serviços desses profissionais vinham recebendo fundos para expandir seu escopo de serviços em planejamento familiar, mostrando que o aumento do conhecimento melhora o acesso ao método. Quase 2 terços dos profissionais não o recomendavam para nulíparas na pesquisa de Stanwood, Garret e Konrad (2002), enquanto na pesquisa de Harper *et al* (2008), menos da metade dos profissionais concordaram com indicação para as nulíparas (45,9%).

Apenas 6% profissionais entrevistados conheciam a indicação do método como contracepção de emergência. Este é mais um fato indicativo da desatualização dos profissionais, visto que essa recomendação é recente, porém importante, já que há evidências sugerindo o DIU como o método mais eficaz na contracepção de emergência, especialmente para mulheres que já possuíam interesse (CLELAND *et al*, 2014; BLACK; HUSSAINY, 2017; HAEGER; LAMME; CLELAND, 2018; GOLDSTUCK; CHEUNG, 2019; SHEN *et al*, 2019). Os funcionários efetivos da prefeitura mostraram menor conhecimento na indicação do método (2,4%), sendo esta diferença significativa na comparação com as demais categorias de inserção nas unidades. Também foi verificado menor frequência de opção por essa medida quando aumentava o tempo de atuação no serviço e o tempo decorrido da graduação, embora sem diferença estatisticamente significativa. Schubert, Bishop e Gold (2016) encontraram que apenas 11% das clínicas de APS ofereciam inserção de DIU na contracepção de emergência. Na amostra de Harper *et al* (2008) entre profissionais diversos que atuam em serviços de

planejamento familiar para população de baixa renda nos EUA, 85% nunca mencionou DIU de cobre como contraceptivo de emergência para as pacientes. Entre GOs, outros autores (LUCHOWSKI *et al*, 2014b) encontraram que 73,9% concordaram que o DIU de cobre pode ser usado na contracepção de emergência, mas apenas 16,1% afirmaram ter feito essa indicação, e apenas 3,8% responderam que haviam inserido DIU nesta condição no ano anterior. Como Luchowski *et al* (2014b) discutem, essas informações podem significar uma lacuna entre a teoria e a prática, mas também pode refletir limitação de tempo durante a consulta e dificuldade para integrar a inserção de DIU de emergência no fluxo de atendimentos.

Uma análise de estudo multicêntrico da OMS (GANCHIMEG *et al*, 2014), com um total de 314.623 partos em 359 serviços de saúde de 29 países, encontrou 10,3% deles ocorrendo em adolescentes (10-19 anos), numa média de 17,7 anos de idade, com piores taxas em países em desenvolvimento (entre eles, o Brasil). Getachew *et al* (2018), em revisão sistemática e meta-análise de estudos com representação de 24 países africanos, encontraram cerca de 20% de todas as gravidezes ocorrendo na adolescência. Dados da Prefeitura de Vitória, no Portal do Observatório de Indicadores da Cidade de Vitória (2021), mostram taxas de gravidezes na adolescência chegando a 15,2% em 2013, com redução progressiva, estando em 9,2% em 2020. Na adolescência há altas taxas de gravidezes indesejadas, as quais chegam a 66% (THOMÉ, 2016), e maiores taxas de mortalidade neonatal (GANCHIMEG *et al*, 2014; LANSKY *et al*, 2014), além de maiores riscos de eclampsia, endometrite puerperal, infecção sistêmica, baixo peso ao nascer, parto prematuro e piores condições neonatais (GANCHIMEG *et al*, 2014). Segundo Hoover *et al* (2010) metade das mulheres de 17 anos relataram relação sexual vaginal, e de 38 a 48% das mulheres de 15-16 anos se consultam com pediatra, e entre 17-18 anos 23% continuam com pediatra. Assusta a informação encontrada que 82% dos pediatras consideram que não é sua função ofertar o método. Nenhum desses profissionais, nos nossos achados, insere DIU ou tem treinamento para tal, quase metade (45,0%) não indica DIU para adolescentes ou nulíparas, 9% (1 em 11) possui interesse em realizar treinamento e faria o procedimento se fosse treinado. Os pediatras também são a especialidade que menos indica o DIU de uma forma geral, conforme também apresentado por Rubin *et al* (2015). Na presente pesquisa, são os que relataram mais desmotivação pessoal ou profissional para indicar o método (com diferença estatística significativa), e mais desconhecimento sobre o assunto (sem diferença estatística). Em estudo realizado entre residentes dos últimos anos de GO, MFC e pediatria, nos EUA em 2015 (DAVIS *et al*, 2018), apenas pouco mais de 10% entre os de pediatria referiram ter recebido treinamento em inserção de DIU, e nenhum deles se sentiu confortável para realizar a inserção de um LARC. Nesse mesmo estudo acima, embora a maior parte dos residentes em pediatria tenham referido treinamento teórico sobre LARC, cerca de metade afirmou baixo

nível de conforto em aconselhamento sobre os LARC (entre eles o DIU de cobre). Ainda segundo Davis *et al* (2018), 35% dos residentes referiram desejo de treinamento adicional em inserção de DIU de cobre e, enquanto 85,3% dos residentes afirmaram acreditar que residentes em pediatria deveriam ser treinados para ofertar, apenas 36,8% apoiaram seu treinamento. Nos últimos anos, tem surgido defesa de treinamento prático em inserção de DIU na residência de pediatria e na especialização em hebiatria (POTTER; KOYAMA; COLES, 2015). Swanson, Gosset e Fournier (2013) entrevistaram, com questionário autoadministrado, apenas pediatras e residentes em pediatria na cidade de Chicago e proximidades, com respostas de 120 profissionais (taxa de resposta final de 29%), a respeito de contracepção em adolescentes com 14 anos especificamente. Entre esses profissionais, 95,8% tinham ouvido falar sobre o DIU, mas apenas 21,7% consideravam-no apropriado para essa idade e 4,2% já haviam prescrito para as mulheres dessa idade.

Nos nossos resultados, as cinco principais barreiras para a oferta do DIU de cobre foram: limitação de tempo (65,5%), falta de estrutura física, DIU ou material necessário na unidade/consultório (48,7%), falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos realizados (47,3%), desvalorização do profissional (43,2%) e preocupação em relação a risco de complicações (perfuração uterina, expulsão) (40,5%). Para realização de treinamento em inserção de DIU as principais barreiras apontadas foram: a centralização da inserção pelo especialista ginecologista (55,4%), a desvalorização dos profissionais (42,6%), o salário baixo (41,9%) e a disputa entre as categorias profissionais (38,5%). Para a inserção do DIU foram apresentadas vinte e três opções, e as cinco principais barreiras foram: falta de treinamento (81,8%), falta de retaguarda no caso de complicação (73,0%), limitação de tempo (68,2%), necessidade de auxiliar para o procedimento (60,1%) e falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos realizados (56,8%). Na pesquisa de Black *et al* (2013) as barreiras mais referidas foram dificuldade na inserção, preocupações em relação a DIP, dor à inserção e infertilidade. Os autores concluíram ser necessário melhorar o conhecimento dos profissionais. Na pesquisa de Stewart *et al* (2016), as barreiras relatadas pelos médicos treinados para incorporar a inserção de DIU na sua prática foram remuneração insatisfatória, limitação de tempo e baixo número de pacientes. Em uma amostra apenas de pediatras e residentes em pediatria, as principais barreiras foram preocupações a respeito de IST, riscos médicos e infertilidade (SWANSON; GOSSET; FOURNIER, 2013).

Em revisão sistemática que teve por objetivo resumir e interpretar as perspectivas dos profissionais de saúde e da população sobre o DIU, Daniele *et al* (2017) também apontaram a possibilidade do fator tempo ser um limitante para o fornecimento do método, já que inserção do DIU é mais complexa e demanda mais tempo do que outros métodos reversíveis. Esses

achados contrastam com as pesquisas de Luchowski *et al* (2014), em que 96,1% reportaram possuir tempo adequado para o aconselhamento em LARC, e de Harper *et al* (2012), com a maior parte dos médicos (MFC e GO) referindo tempo suficiente para aconselhamento sobre as opções contraceptivas, embora menos MFC o fizessem. Segundo Stanwood, Garret e Konrad (2002), 79% concordaram que possuíam tempo suficiente para aconselhar suas pacientes sobre opções contraceptivas. Na pesquisa de Lohr *et al* (2009) entre residentes de clínica médica, apesar de 95,0% dos residentes terem afirmado realizar atendimento de mulheres em idade reprodutiva, apenas 17,0% afirmaram fornecer aconselhamento contraceptivo de rotina, sendo a falta de tempo referida como uma das causas, por 42,0% dos residentes.

Perfuração uterina e expulsão do dispositivo foram preocupações mais referidas pelos profissionais de medicina, com RM ou TE, em especial os ginecologistas (80,0% destes). Essas preocupações foram referidas por 12% e 8% dos MFC e por 3% e 2% dos GOs da pesquisa de Harper *et al* (2012), e por 10,3% e 10,9% dos profissionais em serviços de planejamento familiar por Harper *et al* (2008). Jatlaoui, Riley e Curtis (2017), em revisão sistemática avaliando complicações dos dispositivos intrauterinos de cobre e hormonal entre as mulheres adolescentes, jovens e adultas, encontraram 11 estudos que reportaram expulsão do dispositivo e 4 que reportaram perfuração uterina. O risco de expulsão variou de 0,2% a 18,8%, com taxas maiores entre mulheres mais jovens, reduzindo com o aumento da idade; enquanto o risco de perfuração uterina variou entre 0 e 1% nos estudos avaliados, sem diferença estatística entre adolescentes e mulheres de maior idade. Hofmeyr *et al* (2016) encontraram uma taxa de expulsão de 3%. Expulsão do DIU não é propriamente uma questão de segurança do método, porém o evento pode expor a mulher a risco aumentado de gravidezes indesejadas se não for retomada a contracepção. A perfuração é um evento mais raro, porém majoritariamente de evolução benigna (WHO, 2018). Na revisão sistemática de Foran *et al* (2018), os autores encontraram taxas de expulsão variando de 2,2 a 19% em nulíparas, ligeiramente maiores que nas mulheres que já tiveram filhos (2,4 a 17,4%), sendo maior no primeiro ano de uso do método. Ambos os riscos não justificam a não oferta do método. As informações atualizadas precisam ser fornecidas às mulheres, para que possam realizar a escolha do método que mais se adeque às suas necessidades. A falta de retaguarda no caso de complicação também foi uma grande preocupação da maior parte profissionais da APS. A insegurança é maior entre os profissionais menos experientes. Disponibilização de bom treinamento, de forma continuada, preferencialmente com uso de modelos pélvicos, e o estabelecimento de um fluxo consistente, definido, regular, para a atenção secundária e terciária, para trazer segurança no caso de complicação na inserção do DIU na APS, podem reduzir essas barreiras.

Questão financeira foi a primeira razão para não fornecimento do DIU proferida pelos profissionais na pesquisa de Harper *et al* (2008) e a segunda maior referida por ginecologistas na pesquisa de Luchowski *et al* (2014a), citada como despesa e/ou reembolso inadequado. E a resposta mais frequente sobre o que tornaria possível a oferta e a realização do procedimento foram melhor reembolso/cobertura do seguro (LUCHOWSKI *et al*, 2014b). Podemos traduzir essa dificuldade no nosso meio, já que não trabalhamos com reembolso ou com produção, como percepção de pagamento (recebimento) indevido, ou abaixo do valor esperado, sendo sentida como desvalorização do profissional. A desvalorização do profissional e o salário baixo são relatados como dificultadores por boa parte dos trabalhadores da prefeitura, em especial os efetivos. Pode ser que estes se ressintam da perda econômica no decorrer dos anos, por falta de aumento salarial e da reposição das perdas, atual congelamento de salários, além de insuficiências no plano de cargos e salários, perda de incentivos financeiros, acrescido ao aumento de cobrança sobre atividades a serem realizadas. A gestão municipal deve traçar estratégias para motivar seus profissionais, reduzindo sua percepção de desvalorização. Algumas sugestões para esse fim seriam: melhorias no plano de cargos e salários, estímulo financeiro (através de produtividade, melhoria da qualidade/indicador/resolutividade), e oferta de cursos com horário reservado para estudo.

A falta de treinamento foi considerada a principal barreira para a inserção do DIU. Os profissionais que menos referiram a falta de treinamento como um dificultador para o procedimento foram os de maiores tempos em idade, graduação e atuação na APS, o que aponta para a falta de motivação referida em maior parte por este grupo. A revisão sistemática de Daniele *et al* (2017) mostrou que treinamento insuficiente também foi a principal razão para a relutância dos profissionais em fornecer o DIU em algumas localidades. Na pesquisa de Harper *et al* (2008), esta foi a segunda razão mais considerada como barreira ao oferecimento do DIU, citada por 40% dos profissionais. Entre os residentes de clínica médica, Lohr *et al* (2009) encontraram treinamento inadequado em contracepção como uma das principais razões para não realizar o aconselhamento reprodutivo (31,0%). Os resultados de Rubin *et al* (2010) mostraram que ter recebido treinamento prático durante a residência foi o único fator preditor de inserção do mesmo na prática clínica. Segundo estes últimos autores, cerca de 31,5% dos que treinaram durante a residência continuava inserindo o dispositivo, enquanto 10,2% dos que não tiveram treinamento realizavam o procedimento. Os MFC que inseriam DIU na prática diária possuíam maior probabilidade de recomendar DIU para as mulheres, e maior conhecimento sobre o método. Consideravam-no seguro e eficaz, sentiam-se seguros em discutir o método e acreditavam que as pacientes eram receptivas à discussão sobre o método com maior frequência, com diferença estatística significativa, comparado aos que não inseriam

DIU (RUBIN *et al*, 2010). Tilahun *et al* (2016) apontaram aumento no uso do DIU em 14 vezes após treinamento dos profissionais, com seguimento e mentoria na prática e um encontro de revisão teórica. Na Austrália, 86,0% dos profissionais treinados estavam realizando inserção de DIU 1 ano após o treinamento, com 32% tendo realizado o procedimento 12 vezes ou mais (STEWART *et al*, 2016).

A falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos que podem ser realizados foi um dos fatores mais considerados como barreira à inserção de DIU, em especial por profissionais de medicina, com menos tempo de APS e sem pós-graduação. Indicativo de que esses profissionais possuem a agenda mais controlada pela gestão. Não proponho um menor controle das agendas dos profissionais, mas uma gestão local e municipal mais compartilhada, com discussão sobre as necessidades locais e com vistas à ampliação da diversidade de serviços prestados pelos profissionais na APS.

Mais da metade dos profissionais considera a centralização da inserção pelo especialista ginecologista como uma barreira para o treinamento, enquanto a disputa entre as categorias profissionais é uma barreira para mais de um terço deles. Chama atenção o fato de mais percepção sobre isso entre os profissionais mais jovens de idade e com menos tempo de atuação e de graduação. Também no estudo de Lohr *et al* (2009), a razão mais referida para ausência de aconselhamento reprodutivo para as mulheres foi a centralização do planejamento familiar pelo ginecologista (44,0% dos residentes). Faz-se necessário reduzir a fragmentação do cuidado, buscando a integralidade, um dos atributos essenciais da APS. Necessário ofertar treinamento para os profissionais de medicina e de enfermagem da rede pública de Vitória, para que amplie a oferta e a inserção do procedimento, uma vez que todo profissional médico treinado pode inserir o DIU a nível ambulatorial. Na contramão das evidências científicas (WHO, 2012a; MILLOGO *et al*, 2019), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Homem, e da Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem no Brasil, em dezembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAS/MS suspendendo a realização do procedimento de inserção do Dispositivo Intrauterino em mulheres em idade reprodutiva por profissionais de enfermagem e obstetras, o que se constitui um retrocesso com restrição do acesso. Mesmo assim, o profissional de enfermagem treinado e atualizado pode ofertar e indicar o método com mais segurança e assertividade.

A percepção da falta do DIU, de material necessário para a inserção e de estrutura física na unidade de saúde ou no consultório, pelos profissionais mais jovens (em idade, atuação na APS e de formação) e da medicina, pode não ser condizente com a realidade, uma vez que pode tratar-se de um problema local, ou falta de familiaridade com o processo, ou

desconhecimento do fluxo de requisição dos materiais para esse fim. Os ginecologistas e os profissionais de enfermagem, os mais envolvidos com os fluxos de materiais para DIU na UBS, não referiram, ou referiram menos essa questão como dificultadora. A indisponibilidade do dispositivo no local de atendimento foi a segunda principal razão para o não fornecimento do DIU, segundo Tyler *et al* (2012). Foi citada com maior frequência pelos hebiatras privados (42,7%), seguidos pelos clínicos das *Title X clinic* (33,6%) e pelos profissionais de enfermagem das *Title X clinic* (29,7%) mas praticamente não percebida pelos GOs (3,8%). No estudo de Carty *et al* (2019) também houve relato de indisponibilidade de material necessário para o procedimento como sendo um dificultador. Na experiência de Tilahun *et al* (2016), a disponibilidade do material necessário após o treinamento foi considerada fator importante para o aumento da inserção. Sanders *et al* (2018) realizaram estudo prospectivo nos EUA (HER Salt Lake) disponibilizando métodos contraceptivos sem custo para as usuárias, e equipando as clínicas com profissionais treinados e materiais, e observaram aumento significativo (60 a 250% de aumento) de uso de LARC (DIUs e Implantes subdérmicos). O treinamento pode solucionar também essa barreira, se essa for apenas de percepção incorreta. Vale a averiguação, ou viabilização, por parte da gestão municipal, da disponibilidade contínua em toda UBS do DIU e dos materiais necessários, além de avaliar e equipar todos os consultórios.

A necessidade de outro profissional para auxiliar o procedimento de inserção do dispositivo é um dificultador reconhecido por boa parte dos profissionais. De fato, enfrenta-se déficit de recursos humanos nas UBS, que foi piorado durante a pandemia do novo coronavírus, em decorrência de afastamentos de profissionais por motivo de doença e luto; contato domiciliar, suspeita e confirmação de COVID-19. Além de presença de comorbidades, levando a alternativas de trabalho não presencial; campanhas de vacinação (contra COVID-19); novos encargos para os trabalhadores na ativa, como tele monitoramento de doentes crônicos e pessoas com sintomas respiratórios ou com sofrimento mental; aposentadorias e término de contratos sem reposição de pessoal.

Não houve diferença estatisticamente significativa, mas chama atenção que 30-40% dos ginecologistas concordaram com a assertiva de que a inserção do DIU não deva ser feita em ambulatório, contrastando com a frequência geral de 10%, visto que há evidência científica suportando a inserção do dispositivo no ambulatório (HARVEY *et al*, 2012; BRASIL, 2018; WHO, 2018; MILLOGO *et al*, 2019). A discrepância se dá por desconhecimento das atuais evidências ou por proteção de nicho de mercado. A experiência conduzida na África Subssariana de estímulo à mudança de tarefas no planejamento familiar (MILLOGO *et al*, 2019), na qual profissionais de enfermagem de nível médio inseriram DIU em nível ambulatorial, considerou que a estratégia é viável e segura, sem nenhuma complicação relatada.

O estudo prospectivo de Harvey *et al* (2012) na Austrália também apontou segurança na inserção de DIU em ambulatório na APS.

De acordo com a literatura atual (WHO, 2018) não há necessidade de exames prévios à inserção do DIU, mas metade dos profissionais ainda acredita nisso, dificultando acesso ao procedimento. De fato, no protocolo de planejamento familiar da PMV, atualizado em 2019, ainda consta necessidade de exames anteriores (hemograma, sorologias para HIV, sífilis, hepatites B e C, BhCG e colpocitológico).

A segurança do método é bem conhecida dos profissionais. Na nossa amostra, cerca de 98,0% dos profissionais consideraram o método seguro. Harper *et al* (2012) encontraram a mesma frequência de profissionais que consideram o DIU seguro; enquanto em outra pesquisa do mesmo autor (HARPER *et al*, 2008), este índice foi de 94%. Ainda outros autores apontaram 98% de concordância na efetividade do DIU, e 95% de segurança (STANWOOD; GARRET; KONRAD, 2002).

Os mais de 50% de trabalhadores médicos com vínculo precário e sem especialidade relataram com maior frequência que a precariedade de vínculo é uma barreira ao método, sugerindo que a instabilidade no local de trabalho desestimule a aquisição de novas habilidades. Constata-se a necessidade de estabelecer um quadro de servidores efetivos, devidamente atualizados e treinados, para inserção de DIU, entre outras habilidades e atitudes, aumentando a resolutividade dos profissionais da APS.

Falta de pacientes adequadas (muitas contra-indicações) foi considerada como dificultadora para a indicação do DIU de cobre por quase 10,0% dos profissionais da nossa amostra. Frequência igual à encontrada por Harper *et al* (2008) e semelhante à de Luchowski *et al* (2014a), em que 92,7% discordaram que poucas mulheres são boas candidatas ao método. Para os GOs entrevistados sobre candidatas ao DIU, metade dos respondentes indicaram 15% ou menos (STANWOOD; GARRET; KONRAD, 2002).

Na pesquisa de Luchowski *et al* (2014b), apenas 20,5% dos GOs entrevistados, todos praticantes de inserção de DIU, realizaram a correta consideração sobre as indicações e contra-indicações dos DIUs. Evidenciando conhecimento mais atualizado, entre os de menor idade, que tinham entre suas pacientes uma maior proporção de mulheres de baixa renda, adolescentes, adultas jovens e recebendo serviços de contracepção. Estes também haviam participado de atividades educativas ou haviam lido publicação sobre o DIU, e consideravam a gravidez indesejada como um sério problema na sua prática.

Ficou evidenciada a desatualização dos profissionais na nossa amostra, com apenas 4,1% tendo concordado com todas as indicações do DIU (adolescentes, nulíparas e como contracepção de emergência), apesar de apenas 20,3% terem considerado desconhecimento

sobre o assunto como uma barreira para a oferta do método e 32,4% terem considerado essa barreira para a inserção. Entre pediatras e residentes em pediatria, desconhecimento foi a principal razão para a não prescrição de LARC, considerada por 52,0% dos profissionais (SWANSON; GOSSET; FOURNIER, 2013). Diversos autores concluem que desatualização/desconhecimento/equívocos a respeito do DIU estão relacionados à sua baixa oferta (STANWOOD; GARRET; KONRAD, 2002; HARPER *et al*, 2008; RUBIN *et al*, 2010; HARPER *et al*, 2012; TYLER *et al*, 2012; BLACK *et al*, 2013; SWANSON; GOSSET; FOURNIER, 2013; LUCHOWSKI *et al*, 2014a; LUCHOWSKI *et al*, 2014b ; RUBIN *et al*, 2015; SCHUBERT; BISHOP; GOLD, 2016; SANDERS *et al*, 2018; CARTY *et al*, 2019; CASTLEBERRY *et al*, 2019), sugerindo treinamento dos profissionais com vistas a aumentar o uso do método.

10 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A pesquisa apresentou resultados capazes de sustentar a indicação do dispositivo intrauterino de cobre ainda muito permeada por mitos e barreiras desnecessárias, fruto do desconhecimento e da desatualização da maioria dos profissionais.

No nosso contexto, há um grande hiato entre ter recebido treinamento e estar realizando o procedimento. Inclusive, possuir treinamento não teve relação com estar mais atualizado e ofertar o método.

Merece destaque a constatação de que a maioria dos profissionais pediatras não se vê na função de ofertar o método, com baixo interesse no treinamento. Destaca-se a alta frequência de ginecologistas treinados, contrastando com a baixa frequência de realização do procedimento entre este grupo profissional. Considerando que a maior parte dos encaminhamentos para inserção de DIU é para ginecologistas, essa situação cria um enorme gargalo, dificultando o acesso ao método, praticamente nulo para as adolescentes, principais beneficiadas já que se trata de um grupo com altíssima taxa de gravidezes indesejadas.

Os profissionais mais jovens e com menor tempo de graduação e de atuação na APS possuem conhecimento mais atualizado e estão mais inclinados a receber treinamento e incluir o procedimento em sua prática. Porém, esses profissionais são os de vínculo mais precário. Deve-se pensar em estratégias para treinar este público e absorver sua força de trabalho de forma estabilizada, para que não haja cessação da oferta do método ao final dos contratos. Também se faz necessário realizar treinamento e melhorar condições de trabalho dos profissionais efetivos.

Boa parte dos profissionais referiram possuir interesse em realizar o treinamento. O que, integrado à necessidade da população, favorece programas de educação continuada.

Importante trabalhar o conceito de descentralização, sensibilizar profissionais e gestores da APS, via atividades de educação continuada com treinamento teórico e prático para os profissionais de medicina e enfermagem da rede pública de Vitória, munindo-os de evidências científicas atualizadas, para tomada de decisão fundamentada no planejamento de ações educacionais e assistenciais, a fim de que as equipes da APS ofertem, avaliem e insiram DIU em nível ambulatorial.

A pesquisa reforça a importância da residência médica ou multiprofissional (enfermagem), mas também a avaliação da qualidade das matrizes curriculares das residências, que devem estar adequadas e equilibradas às necessidades da população. Deve-se avaliar a ampliação da abordagem da saúde da mulher em outras residências, principalmente clínica médica e pediatria, além da residência de Ginecologia/Obstetrícia, considerando-se que sua ampla maioria realiza atenção à saúde da mulher em sua fase reprodutiva.

Em que pese a proibição ao profissional de enfermagem de realizar o procedimento, por decreto da atual gestão federal, seu treinamento e atualização garantem o incremento da oferta e indicação do método com mais segurança e assertividade. Urge se posicionar pela revogação da Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAS/MS, a exemplo de outras instituições, para que sejam treinados e autorizados a realizar o procedimento de inserção de DIU na APS.

REFERÊNCIAS

- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. **ACOG practice bulletin No. 59**: Intrauterine device. *Obstet Gynecol*, v. 105, p. 223–232, jan. 2005. DOI 10.1097/00006250-200501000-00060. Acesso em: 28 jun. 2021.
- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. **ACOG Committee Opinion No. 392**: Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol*, v. 110, n. 6, p. 1493–1495, dec. 2007. DOI 10.1097/01.AOG.0000291575.93944.1a. Acesso em: 28 jun. 2021.
- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Increasing access to contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. **ACOG Committee Opinion No. 642**, p. 1-4, oct. 2015. DOI 10.1097/AOG.0000000000001106. Disponível em: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/10/increasing-access-to-contraceptive-implants-and-intrauterine-devices-to-reduce-unintended-pregnancy?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn . Acesso em: 19 jun. 2021.
- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group. **Practice Bulletin No. 186**: Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*, v. 130, n. 5, p. 251–269, 2017. DOI [10.1097/AOG.0000000000002400](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002400). Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices>. Acesso em: 19 jun. 2021.
- ALI, M. M.; CLELAND, J.; SHAH IH. **Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation**: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys. World Health Organization, Geneva, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75429/9789241504058_eng.pdf;jsessionid=D7530A782F207A2ABB83699876481D80?sequence=1. Acesso em: 20 jan. 2020.
- ALI, M. M.; PARK, M. H.; NGO, T. D. Levels and determinants of switching following intrauterine device discontinuation in 14 developing countries. **Contraception**, New York, v. 90, n. 1, p. 47-53, july. 2014. DOI 10.1016/j.contraception.2014.03.008. Disponível em: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(14\)00139-5/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(14)00139-5/fulltext). Acesso em: 19 jun. 2021.
- ARROWSMITH, M. E. *et al.* Interventions for increasing uptake of copper intrauterine devices: systematic review and meta-analysis. **Contraception**, New York, v. 86, n. 6, p. 600-605, july. 2012. DOI 10.1016/j.contraception.2012.05.015. Acesso em: 16 jun. 2021.
- ARROWSMITH, M. E. *et al.* Strategies for improving the acceptability and acceptance of the copper intrauterine device. **Cochrane Database Syst Ver**, v. 3, CD008896, Mar. 2012. Disponível em: https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/15486/2/Arrowsmith_Cochrane_2012.pdf. Acesso em: 19 jan. 2020.
- BAHAMONDES, L. *et al.* Stagnant contraceptive sales after the Zika epidemic in Brazil. **Eur J Contracept Reprod Health Care**, Carnforth, v. 22, n. 5, p. 381-383, Oct. 2017. DOI

[10.1080/13625187.2017.1397623](https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1397623). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1397623>. Acesso em 19 jan. 2020.

BERQUÓ, E.; LIMA, L.P. Planejamento da fecundidade: Gravidezes não desejadas – PNDS 1996 e 2006. *In: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. P. 135-149. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

BLACK, K. I.; HUSSAINY, S.Y. Emergency contraception: Oral and intrauterine options. *Contraception*, New York, v. 46, n. 10, p. 722-726, oct, 2017. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/october/emergency-contraception-oral-and-intrauterine-options/>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BLACK, K. I. *et al.* Global survey of healthcare practitioners' beliefs and practices around intrauterine contraceptive method use in nulliparous women. *Contraception*, New York, v. 88, n. 5, p. 650–656, 2013. DOI 10.1016/j.contraception.2013.06.005. Disponível em: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(13\)00308-9/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(13)00308-9/fulltext). Acesso em: 26 jan. 2020.

BONGAARTS, J.; JOHANSSON, E. **Future Trends in Contraceptive - Prevalence and Method Mix in the Developing World**. *STUDIES IN FAMILY PLANNING*, v. 33, n. 1, p. 24–36, 2002. [DOI 10.1111/j.1728-4465.2002.00024.x](https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2002.00024.x). Acesso em: 18 jan. 2020.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. *Cad. Saúde Pública (Online)*, v. 33, n. 2, e00211216, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211216>. Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.842**, de 10 de julho de 2013. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/L12842.htm. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 32 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica nº 38**, de 18 de dezembro de 2019. Brasília, DF. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2019_nota_tecnica_diu.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020.

BROCKMEYER, A.; KISHEN, M.; WEBB, A. Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women – a pilot study. **Eur J Contracept Reprod Health**, Carnforth, v. 13, n. 3, p. 248-254, sept. 2008. DOI [10.1080/02699200802253706](https://doi.org/10.1080/02699200802253706). Acesso em: 30 jan. 2020.

BROWN, S.; EISENBERG, L. **The best intentions: unintended pregnancy and the wellbeing of children and families**. Washington, DC: National Academy Press, 1995. 380 p. DOI [10.1093/sw/42.1.119](https://doi.org/10.1093/sw/42.1.119). Acesso em: 26 jan. 2020.

CARVALHO, M. L.; PIROTTA, K. C.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 3-31, feb. 2001. DOI [10.1590/S0034-89102001000100004](https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100004). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jqyMVzJFsTxgjkBNJLqNPkJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2020.

CASTLEBERRY, N. M. *et al.* Implementing best practices for the provision of long-acting reversible contraception: a survey of obstetrician-gynecologists. **Contraception**, New York, v. 100, n. 2, p. 123-127, aug. 2019. DOI [10.1016/j.contraception.2019.03.053](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.03.053). Disponível em: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(19\)30132-5/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(19)30132-5/fulltext). Acesso em: 06 jun. 2021.

CEA-SORIANO, L. A. *et al.* Use of prescription contraceptive methods in the UK general population: a primary care study. **BJOG**, Oxford, v. 121, n. 1, p. 53-60, jan. 2014. DOI [10.1111/1471-0528.12465](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12465). Acesso em: 03 fev. 2021.

CARTY, J. R. *et al.* Women's Health and Contraceptive Practices of Army Physician Assistants. **Mil Med**, Washington, DC, v. 184, n. 3-4, p. e169–e174, mar./apr. 2019. DOI [10.1093/milmed/usy191](https://doi.org/10.1093/milmed/usy191). Disponível em: <https://academic.oup.com/milmed/article/184/3-4/e169/5076397>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CHIOU, C. F. *et al.* Economic analysis of contraceptives for women. **Contraception**, New York, v. 68, n. 1, p. 3-10, july. 2003. DOI [10.1016/s0010-7824\(03\)00078-7](https://doi.org/10.1016/s0010-7824(03)00078-7). Acesso em: 05 fev. 2020.

CLELAND, J.; ALI, M. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. **Obstet Gynecol**, New York, v. 104, n. 2, p. 314- 320, aug. 2004. DOI [10.1097/01.AOG.0000134789.73663.fd](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000134789.73663.fd). Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2004/08000/Reproductive_Consequences_of_Contraceptive_Failure.18.aspx. Acesso em: mai. 2019.

CLELAND, K. *et al.* Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. **Clin Obstet Gynecol**, v. 57, n. 4, p. 741, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216625/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Brasília, DF. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 26 jan. 2020.

DANIELE, M. A. S. *et al.* Provider and lay perspectives on intra-uterine contraception: a global review. **Reprod Health**, London, v. 14, n. 119, sept. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615438/#CR106>. Acesso em: 03 jul. 2021.

DAVIS, S. A. *et al.* Familiarity with long-acting reversible contraceptives among obstetrics and gynecology, family medicine, and pediatrics residents: results of a 2015 national survey and implications for contraceptive provision for adolescents. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, Philadelphia, v. 31, n. 1, p. 40-44, 2018. DOI 10.1016/j.jpag.2017.09.007. Acesso em: 15 jul. 2021.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. DOI [10.1590/1413-81232017222.23812016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2020.

ESPEY, E.; YODER, K.; HOFER, L. Barriers and solutions to improve adolescent intrauterine device access. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, Philadelphia, v. 32, n. 5, p. S7-S13, 2019. DOI [10.1016/j.jpag.2019.03.010](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.03.010). Acesso em: 06 jul. 2021.

ESPEY, E.; HOFER, L. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group, Long. **Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices**. Obstet and gynecol, New York, v. 130, n. 5, p. e251-e269, 2017. DOI 10.1097/AOG.0000000000002400. Acesso em: 06 jul. 2021.

EWERLING, F. *et al.* Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? **Reprod Health**, London, v. 15, n. 42, 2018. DOI 10.1186/s12978-018-0483-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840731/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

FERREIRA, J. M. *et al.* Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long-acting reversible contraceptives. **Contraception**, New York, v. 89, n. 1, p. 17 - 21, sept. 2013. DOI [10.1016/j.contraception.2013.09.012](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.09.012). Acesso em: 18 jun. 2019.

FINER, L. B.; JERMAN, J.; KAVANAUGH, M. L. Changes in use of long-acting contraceptive methods in the United States, 2007–2009. **Fertil and Steril**, New York, v. 98, n. 4, p. 893-897, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462302/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FIOCRUZ. Principais questões sobre Inserção do DIU de cobre. Atenção às Mulheres – **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro, 04 abr. 2019. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-insercao-do-diu-de-cobre/>. Acesso em: 22 jan. 2020.

FORAN, T. *et al.* Safety of insertion of the copper IUD and LNG-IUS in nulliparous women: a systematic review. **Eur J Contracept Reprod Health Care**, Carnforth, v. 23, n. 5, p. 379-386, 2018. DOI 10.1080/13625187.2018.1526898. Acesso em: 16 jun. 2021.

GANCHIMEG, T. *et al.* Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. **BJOG**, Oxford, v. 121, p. 40-48, 2014. DOI [10.1111/1471-0528.12630](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630). Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12630>. Acesso em: 19 jul. 2021.

GETACHEW, M. K. *et al.* Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and Meta-analysis. **Reprod Health**, London, v. 15, n. 195, nov. 2018.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6267053/> . Acesso em: 19 jul. 2021.

GOLDSTUCK, N. D.; CHEUNG, T. S. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: a systematic review update. **Int J Womens Health**, New Zealand, v. 11, p. 471-479, 2019. DOI 10.2147/IJWH.S213815. Disponível em: <https://www.dovepress.com/the-efficacy-of-intrauterine-devices-for-emergency-contraception-and-b-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH> . Acesso em: 27 jan. 2020.

GONZAGA, V. A. S. *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 51, 2017. DOI 10.1590/S1980-220X2016046803270. Acesso em: 28 jan. 2020.

HAEGER, K. O.; LAMME, J.; CLELAND, K.. State of emergency contraception in the US, 2018. **Contracept Reprod Med**, London, v. 3, n. 1, sept. 2018. DOI 10.1186/s40834-018-0067-8. Disponível em: <https://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-018-0067-8> . Acesso em: 27 jan. 2020.

HARPER, C. C. *et al.* Challenges in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. **Obstet Gynecol**, New York, v. 111, n. 6, p. 1359-1369, 2008. DOI 10.1097/AOG.0b013e318173fd83. Disponível em: [https://societyfp.org/documents/publications/harper ObstetGynecol 2008a.pdf](https://societyfp.org/documents/publications/harper%20ObstetGynecol%202008a.pdf) . Acesso em: 13 jun. 2021.

HARPER, C. C. *et al.* Evidence-based IUD practice: family physicians and obstetrician-gynecologists. **Fam med**, Kansas City, v. 44, n. 9, p. 637-645, oct. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3745306/> . Acesso em: 07 jun. 2021.

HARVEY, C. *et al.* Ease of intrauterine contraceptive device insertion in family planning settings. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, Melbourne, v. 52, n. 6, p. 534-539, 2012. DOI 10.1111/ajo.12007. Acesso em: 15 jan. 2020.

HOFMEYR, G. J.; SINGATA, M.; LAWRIE, T. A. Copper containing intra- uterine devices versus depot progestogens for contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, june. 2010. DOI [10.1002/14651858.CD007043.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007043.pub2). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007043.pub2/full> . Acesso em: 19 jun. 2021.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Effects of the copper intrauterine device versus injectable progestin contraception on pregnancy rates and method discontinuation among women attending termination of pregnancy services in South Africa: a pragmatic randomized controlled trial. **Reprod Health**, London, v. 18, n. 13, p. 42, apr. 2016. DOI 10.1186/s12978-016-0153-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4835872/> . Acesso em: 19 jun. 2021.

HOOVER, K. W. *et al.* Utilization of health services in physician offices and outpatient clinics by adolescents and young women in the United States: implications for improving access to reproductive health services. **J Adolesc Health**, New York, v. 46, n. 4, p. 324-330, 2010. DOI [10.1016/j.jadohealth.2009.09.002](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.002). Acesso em 05 jul. 2021.

- HOV, G. G.; SKJELDESTAD, F. E.; HILSTAD, T. Use of IUD and subsequent fertility—follow-up after participation in a randomized clinical trial. **Contraception**, New York, v. 75, n. 2, p. 88-92, 2007. DOI [10.1016/j.contraception.2006.09.010](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.09.010). Acesso em: 27 jun. 2021.
- HUBACHER, D. *et al.* Preventing copper intrauterine device removals due to side effects among first-time users: randomized trial to study the effect of prophylactic ibuprofen. **Human Reproduction**, v. 21, n. 6, p. 1467-1472, feb. 2006. DOI [10.1093/humrep/del029](https://doi.org/10.1093/humrep/del029). Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/21/6/1467/724449> . Acesso em: 19 jun. 2021.
- HUBACHER, D. *et al.* Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 216, n. 2, p. 101-109, 2017. DOI [10.1016/j.ajog.2016.08.033](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.08.033). Acesso em: 15 jan. 2020.
- JATLAOUI, T. C.; RILEY, H. E. M.; CURTIS, K. M. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. **Contraception**, New York, v. 95, n. 1, p. 17-39, 2017. DOI [10.1016/j.contraception.2016.10.006](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.10.006). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6511984/> . Acesso em: 03 jul. 2021.
- LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-S207, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/>. Acesso em: 28 maio. 2021.
- LYUS, R. *et al.* Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. **Contraception**, New York, v. 81, n. 5, p. 367-371, 2010. DOI <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.010>. Disponível em: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(10\)00011-9/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(10)00011-9/fulltext). Acesso em: 29 jan. 2020.
- LOHR, P. A. *et al.* Provision of contraceptive counseling by internal medicine residents. **J Womens Health**, Larchmont, NY, v. 18, n. 1, p. 127-131, 2009. DOI [10.1089/jwh.2008.0809](https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0809). Acesso em: 24 jun. 2021.
- LOHR, P. A.; LYUS, R.; PRAGER, S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. **Contraception**, New York, v. 95, n. 6, p. 529-537, 2017. DOI [10.1016/j.contraception.2016.08.011](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.08.011). Disponível em: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(16\)30385-7/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(16)30385-7/fulltext). Acesso em: 20 jan. 2020.
- LUCHOWSKI, A. T. *et al.* Obstetrician–Gynecologists and contraception: long-acting reversible contraception practices and education. **Contraception**, New York, v. 89, n. 6, p. 578-583, 2014. DOI [10.1016/j.contraception.2014.02.004](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.02.004). Acesso em 23 jun. 2021.
- LUCHOWSKI, A. T. *et al.* Obstetrician–Gynecologists and contraception: practice and opinions about the use of IUDs in nulliparous women, adolescents and other patient populations. **Contraception**, New York, v. 89, n. 6, p. 572-577, 2014. DOI [10.1016/j.contraception.2014.02.008](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.02.008). Acesso em: 23 jun. 2021.
- MACHADO, R. B. **Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas**. Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO; no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção. Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); São Paulo, 2018. 13 p. Disponível em:

https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/16-serie_diu.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

MADDEN, T. *et al.* Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. **Contraception**, New York, v. 81, n. 2, p. 112-116, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813209/>. Acesso em: 04 jun. 2021.

MAVRANEZOULI, I. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline. **Human Reproduction**, v. 23, n. 6, p. 1338-1345, 2008. DOI 10.1093/humrep/den091. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/23/6/1338/586572>. Acesso em: 03 jun. 2021.

MILLOGO, T. *et al.* Task sharing for family planning services, Burkina Faso. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 97, n. 11, p. 783-788, 2019. DOI 10.2471/BLT.19.230276. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6802696/#>. Acesso em: 25 jan. 2020.

MOSHER, W. D.; JONES, J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. **Vital and health statistics. Series 23, Data from the National Survey of Family Growth**, n. 29, p. 1-44, 2010. Disponível em https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_029.pdf. Acesso em 26 jan. 2020.

OBSERVAVIX - Portal do Observatório de Indicadores da Cidade de Vitória – Indicador WEB. Percentual de gravidez na adolescência entre a faixa etária de 10 a 19 anos. Vitória, 2021. Disponível em: <https://observavix.vitoria.es.gov.br/objetivo/5/indicador/67>. Acesso em: 19 jul. 2021.

OGBURN, J. A. T.; ESPEY, E.; STONEHOCKER, J. Barriers to intrauterine device insertion in postpartum women. **Contraception**, New York, v. 72, n. 6, p. 426-429, 2005. DOI [10.1016/j.contraception.2005.05.016](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.05.016). Acesso em 22 jul. 2021.

PEIPERT, J. F. *et al.* Continuation and satisfaction of reversible contraception. **Obstet Gynecol**, New York, v. 117, n. 5, p. 1105, 2011. DOI 10.1097/AOG.0b013e31821188ad. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548669/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

PERPÉTUO, I. H. O. *et al.* Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher–PNDS, 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em 20 jan. 2020.

PHILLIBER, A. E. *et al.* The use of ACOG guidelines: perceived contraindications to IUD and implant use among family planning providers. **Matern Child Health J**, New York, v. 21, n. 9, p. 1706-1712, sept. 2017. DOI 10.1007/s10995-017-2320-1. Disponível em: <https://escholarship.org/content/qt46n7p1hb/qt46n7p1hb.pdf?t=p7c1fn>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PICHARDO, M. *et al.* IUDs as EC? Limited awareness and high reported acceptability: evidence from Argentina. **Contraception**, New York, v. 90, n. 5, p. 522-528, 2014. DOI 10.1016/j.contraception.2014.05.012. Acesso em: 19 jan. 2021.

POLIS, C. B. *et al.* Contraceptive failure rates in the developing world: an analysis of demographic and health survey data in 43 countries. **Report, Guttmacher Institute**, mar. 2016. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/contraceptive-failure-rates-in-developing-world#>. Acesso em: 18 jan. 2020.

POTTER, J.; KOYAMA, A.; COLES, M. S. Addressing the challenges of clinician training for long-acting reversible contraception. **JAMA pediatr**, Chicago, v. 169, n. 2, p. 103-104, 2015. DOI 10.1001/jamapediatrics.2014.2812. Acesso em: 03 jun. 2021.

RICHTERS, J. *et al.* Contraceptive practices among women: the second Australian study of health and relationships. **Contraception**, New York, v. 94, n. 5, p. 548-555, 2016. DOI 10.1016/j.contraception.2016.06.016. Disponível em: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(15\)30201-8/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(15)30201-8/fulltext). Acesso em: 26 jan. 2020.

RUBIN, S. E. *et al.* Counseling adolescents about the intrauterine contraceptive device: a comparison of primary care pediatricians with family physicians and obstetrician-gynecologists in the Bronx, New York. **J Prim Care Community Health**, Thousand Oaks, v. 6, n. 3, p. 162-169, 2015. DOI 10.1177/2150131914568460. Acesso em: 20 fev. 2020.

RUBIN, S. E. *et al.* Determinants of intrauterine contraception provision among US family physicians: a national survey of knowledge, attitudes and practice. **Contraception**, New York, v. 83, n. 5, p. 472-478, may. 2011. DOI 10.1016/j.contraception.2010.10.003. Acesso em: 03 jun. 2021.

SANDERS, J. N. *et al.* Contraceptive method use during the community-wide HER Salt Lake Contraceptive Initiative. **Am J Public Health**, Washington, v. 108, n. 4, p. 550-556, 2018. DOI 10.2105/AJPH.2017.304299. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844407/>. Acesso em: 06 jun. 2021.

SAVAGE, A. H.; LINDSAY, S. F. (Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Work Group). **ACOG Committee Opinion No. 735: Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices**. *Obstet Gynecol*, New York, v. 131, n. 5, p. 947-948, may. 2018. Disponível em https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/05000/ACOG_Committee_Opinion_No_735_Summary_.36.aspx. Acesso em: 19 jun. 2021.

SECURA, G. M. *et al.* Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. **N Engl J Med**, Boston, v. 371, n. 14, p. 1316-1323, 2014. DOI 10.1056/NEJMoa1400506. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230891/>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SEDGH, G.; SINGH, S.; HUSSAIN, R.. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. **Stud Fam Plann**, New York, v. 45, n. 3, p. 301-314, 2014. DOI 10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727534/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SHEN, J. *et al.* Interventions for emergency contraception. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2019. DOI 10.1002/14651858.CD001324.pub6. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001324.pub6/full> . Acesso em: 01 mar. 2020.

SCHUBERT, F. D.; BISHOP, E. S.; GOLD, M. Access to the copper IUD as post-coital contraception: results from a mystery caller study. **Contraception**, New York, v. 94, n. 5, p. 561-566, 2016. DOI 10.1016/j.contraception.2016.06.017. Acesso em: 20 jun. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Anticoncepção na Adolescência**. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Adolescência. Nº 7, fev. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf. Acesso em: 27 jan.2020.

STANWOOD, N. L.; GARRETT, J. M.; KONRAD, T. R. Obstetrician-gynecologists and the intrauterine device: a survey of attitudes and practice. **Obstet Gynecol**, New York, v. 99, n. 2, p. 275-280, 2002. DOI 10.1016/s0029-7844(01)01726-4. Acesso em: 05 jun. 2021.

STEWART, M. *et al.* Outcomes of intrauterine device insertion training for doctors working in primary care. **Aust Fam Physician**, Sydney, v. 45, n. 11, p. 837-841, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27806455>. Acesso em 26 jan. 2020.

SULLY E. *et al.* Adding it up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York, **The Guttmacher Institute**, 2020. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#figure2-1>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SWANSON, K. J.; GOSSETT, D. R.; FOURNIER, M. Pediatricians' beliefs and prescribing patterns of adolescent contraception: a provider survey. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, Philadelphia, v. 26, n. 6, p. 340-345, 2013. DOI: [10.1016/j.jpog.2013.06.012](https://doi.org/10.1016/j.jpog.2013.06.012). Acesso 04 jan. 2021.

THOMÉ, C. 55% das mães não queriam ter filhos, aponta pesquisa. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 2 dez. 2016. <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,55-das-maes-nao-queriam-ter-filhos-aponta-pesquisa,10000092047>. Acesso em: 22 jan. 2020.

TILAHUN, Y. *et al.* Expanding access to the intrauterine device in public health facilities in Ethiopia: a mixed-methods study. **Glob Health Sci Pract**, Baltimore, v. 4, n. 1, p. 16-28, mar. 2016. DOI 10.9745/GHSP-D-15-00365. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4807746/>. Acesso em: 25 jan. 2020.

TYLER, C. P. *et al.* Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women. **Obstet Gynecol**, v. 119, n. 4, p. 762-771, 2012. DOI [10.1097/AOG.0b013e31824aca39](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31824aca39). Acesso em: 20 nov. 2020.

TRUSSELL J. Contraceptive efficacy. *In*: **Contraceptive technology**. 20. ed. New York: Ardent Media, 2011.

WAGNER, H. *et al.* Langzeiterfahrungen mit dem Intrauterinpressar Cu-T-200. **Geburtshilfe und Frauenheilkunde**, v. 41, n. 12, p. 844-848, 1981.

WINNER, B. *et al.* Effectiveness of long-acting reversible contraception. **N Engl J Med**, Boston, v. 366, n. 21, p. 1998-2007, may. 2012. DOI 10.1056/NEJMoa1110855. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1110855?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 26 jan. 2020.

UNITED NATIONS. **World Fertility Patterns**. 2015. New York: United Nations, 2015. 30 p. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf> . Acesso em: 01 mar. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. **Family Planning: A Global Handbook for Providers**. World Health Organization, 2018. 460 p. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>. Acesso em: 30 jun. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Optimizing the health workforce for effective family planning services: policy brief**. World Health Organization, 2012. 4 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75164> . Acesso em: 05 jul. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. 2. ed. World Health Organization, 2012. 132 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=11858D7832FC30E757DA0CC0389F79F9?sequence=1, Acesso em: 04 abr. 2020.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Treinamento e Interesse Profissional em Inserção de DIU entre os Servidores da Atenção Básica do Município de Vitória/ES

Pesquisadoras responsáveis: Tatiani Almeida Louzado Sant'Anna e Vania Matos Fonseca

Contato: e-mail: talsantana1975@gmail.com.br e telefone: (27) 99985 3238

Instituição responsável: IFF/FIOCRUZ

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, 22250-020

Nome do sujeito da pesquisa:

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado **TREINAMENTO E INTERESSE PROFISSIONAL EM INSERÇÃO DE DIU ENTRE OS SERVIDORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES**, pois você é profissional da atenção básica teoricamente habilitado ou que podem ser habilitados para realizar a inserção de DIU e atua em uma Unidade de saúde do município de Vitória.

O DIU de cobre é um método contraceptivo entre os mais eficazes e com menos complicações e contraindicações, com a vantagem de ser reversível. Pode ser inserido a nível ambulatorial, desde que os profissionais sejam treinados, sendo que sua inserção e retirada fazem parte da matriz de competências do Médico de Família e Comunidade. Necessita-se conhecer a realidade do conhecimento e do interesse profissional em inserção de DIU e confirmar as alegações de barreiras à indicação e à inserção do DIU no contexto local, a fim de conhecê-las e enfrentá-las. Faz-se necessário quantificar e qualificar essas dificuldades, com o intuito de favorecer o planejamento de uma proposta de treinamento que seja capaz de solucionar esses conflitos e provocar transformação na prática.

Esta pesquisa se propõe a descrever a capacitação e o interesse profissional em

inserção de DIU entre os servidores da atenção básica do município. A proposta é servir de parâmetro para elaboração de um treinamento que, se espera, sensibilize os profissionais e a administração pública, para que o método seja mais oferecido e o acesso seja melhorado.

Você será convidado a responder um questionário, presencialmente ou por telefone, a depender da situação da pandemia de COVID-19, no segundo semestre de 2020, no qual o entrevistado não será identificado na avaliação dos resultados e/ou agregação dos dados. O tempo necessário para o preenchimento do questionário pode variar entre 8 e 15 minutos.

A pesquisa oferecerá risco mínimo, decorrente da possibilidade de constrangimento, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário, do tempo utilizado para responder o questionário e do risco de divulgação de dados confidenciais. Os riscos serão minimizados utilizando as seguintes estratégias: os desconfortos serão minimizados, com garantia de local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; a pesquisadora e entrevistadores serão habilitados ao método de coleta dos dados e estarão atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; a confidencialidade e a privacidade estarão assegurados, com a garantia da não utilização das informações em prejuízo das pessoas ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima ou de prestígio econômico.

A sua participação ajudará no levantamento de dados que podem propiciar planejamento de treinamento dos profissionais a respeito do DIU. As informações obtidas serão divulgadas para as autoridades de saúde pública, para as comunidades e para os indivíduos, em linguagem adequada, e poderão ser úteis para conhecer a realidade e proporcionar mudança na prática dos profissionais, culminando com a possível melhoria do acesso da população ao procedimento.

A sua participação é voluntária e poderá se recusar a participar a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer penalidade.

Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

A sua participação não implicará nenhum custo adicional e não haverá nenhuma forma de pagamento. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais idênticas, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Eu, _____

declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

APÊNDICE B – Instrumento da Pesquisa

TREINAMENTO E INTERESSE PROFISSIONAL EM INSERÇÃO DE DIU ENTRE OS SERVIDORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

Tatiani Almeida Louzado Sant'Anna

Contato: e-mail: talsantana1975@gmail.com.br e telefone: (27) 99985 3238

Questionário Treinamento e interesse profissional em inserção de DIU

- 1- Entrevista número _____ Data: ___/___/___
- 2- Graduação profissional: () Medicina () Enfermagem
- 3- Ano de conclusão da graduação: _____
- 4- Idade: _____
- 5- Sexo: _____
- 6- Possui pós graduação (residência ou especialização ou mestrado ou doutorado)?
 - 6.1 [] Residência em _____
 - 6.2 [] Título de especialista _____
 - 6.2 [] Especialização (ões) em _____
 - 6.3 [] Mestrado em _____
 - 6.4 [] Doutorado em _____
 - 6.5 [] Outras: _____
 - 6.6 [] Não possuo especialização.
- 7- Tempo de atuação profissional na atenção básica (em anos): _____
- 8- Tipo de vínculo na Prefeitura de Vitória (aqui podem ser marcadas 2 ou mais opções):
 - 8.1 [] Contrato temporário
 - 8.2 [] Efetivo
 - 8.3 [] Cedido por outro órgão
 - 8.4 [] Celetista

8.5 [] Municipalizado

8.6 [] Bolsista

8.7 [] Outro _____

9- Você indica inserção de DIU?

9.1 () Sim () Não

9.2 Indica para adolescentes?

() Sim () Não

9.3 Indica para nulíparas?

() Sim () Não

9.4 Indica como contracepção de emergência?

() Sim () Não

10. Você realiza inserção de DIU nas suas atividades profissionais atuais?

10.1 () Sim () Não

10.2 Quantas inserções realizou nos últimos 12 meses?

() nenhum () até 5 () entre 6 e 10 () entre 11 e 20 () entre 21 e 30 () mais de 30

11 - Encaminha para outro profissional avaliar e inserir DIU?

11.1 () Sim () Não

11.2 Para qual profissional? _____

11.3 Da mesma Unidade de saúde? Ou para outro serviço?

12 - Possui treinamento em inserção de DIU?

12.1 () Sim () Não

12.2 Em que situação recebeu treinamento?

12.2.1 () durante residência profissional

12.2.2 () em curso/capacitação - qual carga horária do curso? _____ Horas

12.2.3 () durante prática clínica, com outro profissional

12.2.4 () durante a graduação

12.2.5 () outro _____

12.3 Em média inseriu quantos DIU's em seu treinamento? _____

12.4 Com que profissional teve treinamento (qual especialidade)? _____

12.5 Teve treinamento em modelo pélvico/simulador?

() Sim () Não.

13 - Tem interesse em realizar treinamento em inserção de DIU?

() Sim () Não.

14 - Se fosse treinado(a), faria inserção na Unidade de Saúde?

() Sim () Não.

15 - Quais fatores considera como dificultadores/barreiras para indicação/oferta de DIU na US, na sua prática diária? (Marcar com "X" na linha referente à resposta)

Dificultadores/barreiras para a indicação/oferta	SIM	NÃO
15.1 Desvalorização do profissional		
15.2 Salário baixo		
15.3 Vínculo precário (contrato temporário, bolsista)		
15.4 Limitações de tempo		
15.5 Não é sua função		
15.6 Não há motivação pessoal/profissional		
15.7 Não há estímulo financeiro		
15.8 Falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos realizados por mim		
15.9 Falta de estrutura física, DIU ou material necessário na unidade/consultório		
15.10 A inserção não deve ser feita no ambulatório/consultório		
15.11 Desconhecimento sobre o assunto		
15.12 O DIU não é seguro (traz risco à mulher, como Doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, dor durante a inserção)		
15.13 Preocupação em relação a risco de complicações (perfuração uterina, expulsão, infecção)		
15.14 O DIU não é eficaz como contraceptivo		
15.15 Falta de pacientes adequadas (muitas contra-indicações)		
15.16 Não se sente confortável para discutir este assunto com as usuárias		
15.17 Questão cultural (qual?) _____		
15.18 Questão religiosa/moral (qual?) _____		
15.19 Outros. Quais? _____		

16 - Quais fatores considera como dificultadores/barreiras para o treinamento em inserção de DIU na US na sua prática diária? (Marcar com "X" na linha referente à resposta)

Dificultadores/barreiras para a treinamento	SIM	NÃO
16.1 Desvalorização do profissional		
16.2 Salário baixo		
16.3 Vínculo precário (contrato temporário, bolsista)		
16.4 Disputa entre as categorias profissionais		
16.5 Não é sua função		
16.6 Não há motivação pessoal/profissional		
16.7 Centralização da inserção pelo especialista ginecologista		
16.8 O DIU não é seguro (traz risco à mulher)		
16.9 O DIU não é eficaz como contraceptivo		
16.10 A inserção não deve ser feita no ambulatório/consultório		
16.11 Questão cultural (qual?) _____		
16.12 Questão religiosa/moral (qual?) _____		
16.13 Outros. Quais? _____		

17 - Quais fatores considera como dificultadores/barreiras para a inserção de DIU na US, na sua prática diária? (Marcar com “X” na linha referente à resposta)

Dificultadores/barreiras para a inserção	SIM	NÃO
17.1 Desvalorização do profissional		
17.2 Salário baixo		
17.3 Vínculo precário (contrato temporário, bolsista)		
17.4 Limitações de tempo		
17.5 Disputa entre as categorias profissionais		
17.6 Não é sua função		
17.7 Não há motivação pessoal/profissional		
17.8 Não há estímulo financeiro		
17.9 Centralização da inserção pelo especialista ginecologista		
17.10 Falta de estrutura física da unidade/consultório		
17.11 Necessidade de auxiliar para a inserção		
17.12 Falta do DIU na unidade		
17.13 Falta de material necessário para a inserção na unidade		
17.14 Falta de retaguarda no caso de complicação		
17.15 Falta de autonomia sobre a agenda e/ou procedimentos realizados por mim		
17.16 Desconhecimento sobre o assunto		
17.17 Falta de treinamento		
17.18 Não se sente seguro(a) com o treinamento obtido		
17.19 O DIU não é seguro (traz risco à mulher, como Doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, dor durante a inserção)		
17.20 O DIU não é eficaz como contraceptivo		
17.21 A inserção não deve ser feita no ambulatório/consultório		

17.22 Preocupação em relação a risco de complicações (perfuração uterina, expulsão, infecção)

17.23 Necessidade de exames prévios à inserção

17.24 Outros. Quais?

18 - Quais fatores considera como facilitadores para indicação, treinamento e inserção de DIU na US? (Marcar com "X" na linha referente à resposta)

Facilitadores	Indicação	Treinamento	Inserção
18.1 Oferta de DIU na rede da Prefeitura Municipal de Vitória			
18.2 Existência de protocolo de planejamento familiar da Secretaria Municipal de Saúde			
18.3 Existência de profissionais com treinamento em inserção de DIU na US ou na rede			
18.4 Ter treinamento em inserção de DIU			
18.5 Ter estímulo financeiro			
18.6 Outros. Quais? _____			

Entrevistador: () Tatiani Almeida Louzado Sant'Anna

() Luana Martins Sant'Anna