UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

KARINA SIMÃO ARAÚJO

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES
USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE
SÃO PAULO SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

SÃO PAULO
2017

KARINA SIMÃO ARAÚJO

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES
USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE
SÃO PAULO SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Vilela Borges

SÃO PAULO

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Araújo, Karina Simão

Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino / Karina Simão Araújo. São Paulo, 2017.

113 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza Vilela Borges

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Conhecimentos, atitudes e prática. 2. Anticoncepção.
3. Dispositivos intrauterinos. 4. Saúde reprodutiva.
5. Enfermagem. 6. Saúde da mulher. I. Título.

Nome: Karina Simão Araújo

Título: Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____
Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À Deus,
À minha mãe, Solange,
Ao meu marido, Adriano,
Aos meus avós, Salete e Orlando,
Aos meus tios, Ricardo e Cibele,
Às minhas primas, Daniele e Caroline.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder vida, saúde e capacidades intelectuais, pelo dom de poder finalizar esta etapa da minha carreira acadêmica, um verdadeiro sonho para mim.

À minha orientadora Ana Luiza, sempre muito dedicada, detalhista e coerente. Muito obrigada por todas as orientações, por sua paciência dispensada à mim, por suas contribuições que tanto colaboraram para a qualidade dessa dissertação e, acima de tudo, por ter acreditado em mim. Obrigada, ainda, por sua preocupação comigo para além da vida acadêmica, as reuniões de orientação sempre começavam com uma conversa de amiga. Para mim, é uma honra finalizar esse processo tendo-a como orientadora.

À Dr^a Célia Regina Maganha e Melo, à Dr^a Katia Cibelle Machado Pirotta e à Dr^a Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca pelas valiosas contribuições apresentadas no Exame de Qualificação.

À minha querida e amada mãe, Solange, à quem devo tudo o que sou e me tornei, minha inspiração. Desempenhou com excelência seu papel, definitivamente não há outra como você e Deus não poderia ter me concedido mãe melhor. Tem o dom de ensinar, professora muito dedicada, sempre priorizou a minha educação. Desde a mais tenra infância me incentivou a estudar, me ensinava de diferentes formas, os temas mais diferentes que uma professora de geografia pudesse imaginar. Acredito que vê em mim a realização de um sonho que era seu, tornar-se mestre. Essa dissertação também é sua mãe!

Ao meu amado marido, meu grande incentivador. Essa caminhada teria sido muito mais difícil se não tivesse esse homem ao meu lado.

Aos meus familiares, que também fizeram a diferença na minha educação e na minha trajetória até aqui, especialmente aos meus avós Orlando e Salete.

À minha sogra Marluce, às minhas cunhadas Andréia e Aline e aos meus sobrinhos Amanda, Kevin, Gabriely e Manuela, muito obrigada por compreenderem minhas ausências em tantos momentos.

Aos meus amigos, que tornam a vida mais leve, sem vocês essa jornada teria sido mais difícil. Especialmente, à minha madrinha Paula, em dois momentos cruciais prontamente me ajudou com o empréstimo do seu notebook.

Às minhas companheiras do grupo de pesquisa, Christiane, Osmara, Natalia, Patricia e Renata, muito obrigada por compartilharem seus conhecimentos comigo.

Aos colegas e à Prof^a Dr^a Elizabeth Fujimori do grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva – NEPESC” pelos inúmeros encontros recheados de bons conselhos, contribuições e sugestões, inclusive para a melhoria deste projeto.

Aos professores das disciplinas que realizei ao longo do mestrado, obrigada por compartilharem seus conhecimentos.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, sempre muito cordiais, gentis e resolutivos.

Aos professores com quem tive o prazer de aprender desde o ensino fundamental, ensino médio, Obstetrícia, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e, também, aos meus professores de inglês.

Aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde onde realizei a coleta de dados por me recepcionarem tão cordialmente e facilitarem a coleta.

À todas as mulheres que participaram dessa pesquisa e tornaram possível a realização deste projeto.

À todos que não estão citados aqui, mas de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

Araújo KS. **Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo sobre o dispositivo intrauterino** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: No Brasil, o uso de métodos contraceptivos está centrado na pílula anticoncepcional oral, na laqueadura e na camisinha masculina. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, como o dispositivo intrauterino, são pouco usados, ao contrário do que ocorre no contexto internacional. A literatura mostra que há várias razões para essa subutilização, dentre as quais destaca-se o escasso conhecimento das mulheres sobre o mesmo que, por sua vez, promove atitudes negativas e concepções equivocadas em relação ao método e dificulta que as mulheres optem por ele. **Objetivo:** Analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas de mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde sobre o dispositivo intrauterino. **Método:** Estudo quantitativo transversal, em que amostra probabilística de 1.026 mulheres, de 18 a 49 anos de idade, usuárias de 38 Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, foi entrevistada por meio de um instrumento estruturado. O nível de conhecimento sobre o método foi analisado por meio de uma escala composta por sete itens, preparada por meio Teoria de Resposta ao Item e análise fatorial. As atitudes foram analisadas em função das razões relatadas pelas mulheres para usar/não usar o DIU. As práticas foram analisadas considerando o uso anterior e o uso atual. Modelos de regressão logística múltipla foram conduzidos para identificar as características sociodemográficas e da história reprodutiva associadas ao conhecimento, uso e desejo de usar o dispositivo intrauterino. **Resultados:** Apenas 4,5% das mulheres alcançaram o escore máximo da escala do nível de conhecimento, ao passo que 13,1% obtiveram escore zero. As mulheres mais escolarizadas, de grupo socioeconômico mais elevado, que possuíam mais de um filho e que usavam ou já haviam usado o dispositivo intrauterino mostraram maior nível de conhecimento. A maioria das entrevistadas referiu não ter o desejo de usar o dispositivo intrauterino no futuro, principalmente porque estavam satisfeitas com o método em uso e por conta dos efeitos colaterais, tal e qual mulheres que nunca usaram o método. Aquelas que usavam, que já haviam usado e que gostariam de usar o dispositivo intrauterino apresentaram maior nível de conhecimento sobre o mesmo. **Conclusão:** O nível de conhecimento sobre o dispositivo intrauterino é baixo e influencia as atitudes e as práticas das mulheres. Aparentemente, conhecimento, atitudes e práticas sobre o dispositivo uterino são interconectados.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Dispositivos Intrauterinos. Anticoncepção. Saúde Sexual e Reprodutiva. Enfermagem. Saúde da Mulher.

Araújo KS. **Knowledge, attitude and practices of women users of primary health facilities of Sao Paulo City about intrauterine device** [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the use of contraceptive methods is focused on the oral pill, tubal ligation and male condom. Different from the international context, long-term reversible contraceptive methods, such as the intrauterine device, are rarely used. According to the literature, there are several reasons for this underutilization, among them, stands out the lack of women's knowledge, which in turn promotes negative attitudes and misconceptions about the method and, consequently, makes the choose to use it more difficult. **Objective:** To analyze the knowledge, attitudes and practices of women users of primary health care facilities about the intrauterine device. **Method:** A cross-sectional quantitative study was conducted among a probability sample of 1,026 women aged 18–49, who were users of 38 primary health care facilities of Sao Paulo City. All participants were interviewed through a structured instrument. The level of knowledge about the method was analyzed through a seven-item scale, developed through Item Response Theory and factorial analysis. The attitudes were analyzed according to the reasons reported by the women to use/not to use the intrauterine device. The practices were analyzed considering the previous use and the current use. Multiple logistic regression models were conducted to identify sociodemographic and reproductive history characteristics associated with the knowledge, use, and desire to use the intrauterine device. **Results:** Only 4,5% of the women achieved the maximum score on the knowledge level scale, while 13,1% scored zero. Women with more educational level, belonging to higher socioeconomic group, who had more than one child, and who used or had already used the intrauterine device showed a higher level of knowledge. Most of the interviewees reported not having the desire to use the IUD in the future, mainly because they were satisfied with the contraceptive method in use and because of the side effects; similar to women who never used the method. Those who used, who had already used and would like to use the intrauterine device had a higher level of knowledge about it. **Conclusion:** The level of knowledge about the intrauterine device is low and influences women's attitudes and practices. Apparently, knowledge, attitudes and practices about the uterine device are interconnected.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice. Intrauterine Devices. Contraception. Sexual and Reproductive Health. Nursing. Women's Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSPro	Census and Survey Processing System
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intrauterino
EACS	Estratégia Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MAC	Métodos Contraceptivos
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	13
1.2	USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	16
1.3	ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO	17
1.4	CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE O DIU	22
2	HIPÓTESES	28
3	OBJETIVOS	29
3.1	OBJETIVO GERAL	29
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
4	MATERIAIS E MÉTODOS	30
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	30
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	31
4.4	TAMANHO DA AMOSTRA	32
4.5	PLANO AMOSTRAL	33
4.6	COLETA DE DADOS	37
4.6.1	Contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde	37
4.6.2	Contato com os gerentes das UBS	38
4.6.3	Processo de coleta de dados	38
4.7	INSTRUMENTO	40
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	41
4.9	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49

5	RESULTADOS	50
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E REPRODUTIVA DAS MULHERES	50
5.2	NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O DIU	52
5.3	ATITUDES SOBRE O DIU	56
5.4	USO ATUAL, USO ANTERIOR E DESEJO DE USAR O DIU	58
6	DISCUSSÃO	62
7	CONCLUSÃO	72
8	REFERÊNCIAS	73
	Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP	82
	Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/SP	85
	Anexo 3 – Exames citopatológicos cérvico vaginais por Unidade Básica de Saúde solicitante	89
	Apêndice A – Instrumento Plano Amostral	99
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
	Apêndice C – Formulário	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos fazem parte do vasto conjunto dos direitos humanos, reconhecidos nacional e internacionalmente, frutos de uma luta histórica, à princípio do movimento feminista e, posteriormente, em conjunto com outros movimentos sociais, como o movimento gay e o movimento lésbico. Os direitos humanos são considerados básicos, essenciais e fundamentais, porque sem os mesmos o indivíduo não é capaz de se desenvolver plenamente e ter uma vida digna. Entre eles, estão o direito à vida, ao trabalho, à educação, à alimentação, à saúde, à moradia, ao afeto, à livre expressão da sexualidade. Todos esses direitos devem ser garantidos para o absoluto exercício da cidadania (Ávila, 2003; Brasil, 2009).

Os direitos reprodutivos dizem respeito aos direitos dos indivíduos de decidirem se desejam ou não ter filhos, quantos filhos pretendem ter e em que momento, de forma livre e consciente; direito às informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de desempenhar sua sexualidade e reprodução livre de distinção, coação e violência. Já os direitos sexuais asseguram o direito de expressar livremente sua sexualidade e sua orientação sexual; direito da escolha do(a) parceiro(a) sexual; direito de escolher se quer ou não ter relação sexual, independente da reprodução; direito ao sexo seguro; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo, atendimento de qualidade e sem discriminação; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (Brasil, 2009).

Duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) foram responsáveis por fazer emergir e consolidar os conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos. A primeira foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994, no Cairo, dando ênfase ao desenvolvimento humano e considerando as questões sobre desigualdade de gênero. A segunda foi a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Pequim, na qual reafirmaram-se as decisões acertadas na CIPD, avançando na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos (Brasil, 2010).

Na Conferência do Cairo, ficou consagrado que:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. (CNPD, FNUAP, 1994, p. 62)

Um Programa de Ação da CIPD foi elaborado, tendo sido estabelecidas metas quantitativas para os países signatários, dos quais inclui-se o Brasil, tais como a redução das mortalidades materna e infantil; saúde reprodutiva acessível a todos em unidades de atenção básica à saúde; e disponibilidade de métodos seguros e confiáveis para satisfazer as necessidades de planejamento familiar de suas populações.

Baseados nas então recentes discussões, especialmente das grandes conferências realizadas na década anterior, em setembro de 2000, líderes mundiais reuniram-se na sede da ONU e se comprometeram a tentar alcançar um conjunto de oito metas que visava a redução da extrema pobreza pela metade até o ano de 2015. Essas metas compuseram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹. É importante lembrar que questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva estão explicitadas em, pelo menos, quatro dessas metas (metas 3, 4, 5 e 6) (Corrêa, Alves, Jannuzzi, 2006; ONU, 2015; PNUD, 2012).

Decorridos mais de 15 anos do estabelecimento dessas metas, verificou-se avanço nos indicadores de saúde sexual e reprodutiva no Brasil, porém ainda com desafios importantes a serem vencidos. A mortalidade materna, por exemplo, considerada causa de morte evitável em 92% dos casos, ainda configura-se um problema de saúde pública. Em duas décadas, no período de 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna no Brasil reduziu 55%, passando de 141 para 64 mortes de mulheres por 100.000 nascidos vivos. No entanto, a meta estipulada para 2015 era que o país alcançasse a taxa de 35 óbitos/100.000 nascidos vivos, o que não ocorreu (Brasil, 2014).

¹ Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): 1 – Redução da pobreza; 2 – Atingir o ensino básico universal; 3 – Igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – Reduzir a mortalidade na infância; 5 – Melhorar a saúde materna; 6 – Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7 – Garantir a sustentabilidade ambiental; 8 – Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Mas não é só em relação à atenção ao parto e puerpério que as mulheres brasileiras continuam sofrendo discriminações e violações. O direito à saúde integral, segurança e autonomia, especialmente ao se tratar da violência contra a mulher, infecção pelo HIV/AIDS, dentre outros, continuam sendo problemas de saúde pública. Isso pode decorrer do fato de que, por longos anos, o papel atribuído às mulheres era somente o de mãe/cuidadora. Outros aspectos da sua saúde, não relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, como prevenção de câncer de colo e mama, violência de gênero ou até mesmo o climatério, pouco faziam parte das ações em favor da saúde da mulher (Lima e Schraiber, 2013).

Tendo alcançado o prazo de alcance das metas dos ODM, chefes de Estado e Governos reuniram-se em setembro de 2015 e estabeleceram outros 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)² e 169 metas a serem alcançadas nos próximos 15 anos, a chamada Agenda 2030. Esses 17 novos objetivos foram construídos sobre as bases dos oito anteriores, buscando avançar nas metas não alcançadas, integrando novos desafios e fundindo as três dimensões do desenvolvimento sustentável, que são a dimensão econômica, dimensão social e dimensão ambiental. Portanto, o que caracteriza esta agenda é a preocupação com as pessoas, prosperidade, paz, parcerias e planeta (ONU, 2015).

O terceiro ODS - “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” contempla, no seu sétimo item, a necessidade de redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, das quais as questões de saúde sexual e

² Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): 1 – Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares. 2 – Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável. 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. 4 – Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. 5 – Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. 6 – Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos. 7 – Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos. 8 – Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos. 9 – Construir infraestruturas robustas, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação. 10 – Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles. 11 – Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resistentes e sustentáveis. 12 – Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis. 13 – Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos. 14 – Conservar e usar sustentavelmente os oceanos, os mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável. 15 – Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade. 16 – Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. 17 – Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

reprodutiva emergem com ênfase: “acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar” (ONU, 2015).

Dentre as questões de saúde sexual e reprodutiva, algumas mantêm-se como prioritárias, como a assistência em planejamento familiar, assistência pré-natal, assistência humanizada à mulher em situação de abortamento e no pós-abortamento, climatério, violência sexual e doméstica, urgências e emergências obstétricas e atenção humanizada e baseada em evidências científicas ao parto e nascimento (Brasil, 2017). Ademais, outras metas prioritárias relacionam-se com o quarto e o quinto ODS, que dizem respeito à educação inclusiva ao alcance de todos e igualdade de gênero e empoderamento de mulheres e meninas.

O acesso universal aos serviços de saúde relaciona-se com os meios pelos quais os indivíduos terão suas necessidades de saúde atendidas. No caso brasileiro, os indivíduos precisam saber que a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) dá-se pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde inicia-se o fluxo de atendimento. No entanto, já nesta etapa do acesso, por questões geográficas e do horário de atendimento, alguns já se deparam com barreiras. Portanto, é necessário fortalecer o nível básico de atenção à saúde (Assis e Jesus, 2012).

No cenário da atenção básica é que se dá, também, o primeiro passo para o acesso à saúde sexual e reprodutiva, uma meta longe de ser alcançada. O limitado acesso à contracepção pode acarretar consequências negativas, como aumento e persistência da proporção de gestações não planejadas, mortes maternas e neonatais, prematuridade e complicações relacionadas a abortos inseguros (Ahmed et al., 2012; Cleland et al., 2012). O uso de métodos contraceptivos (MAC) ainda é desafio no mundo todo, sendo seu acesso parte dos direitos sexuais e reprodutivos.

1.2 USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) observou que, no mundo, o uso de MAC modernos³ passou de 54% em 1990 para 57,4% em 2014, tendo aumentado especialmente em regiões da Ásia e América Latina e permanecendo baixo,

³ MAC modernos: Esterilização feminina; Esterilização masculina; Pílula; DIU; Hormonal Injetável; Implante; Camisinha masculina; Camisinha feminina; Diafragma; Creme, óvulos vaginais; Adesivo Hormonal; Anel Vaginal; Contracepção de Emergência.

entretanto, na África Subsaariana. Mais de 220 milhões de mulheres de países de baixa renda não gostariam de engravidar, porém não usam nenhum MAC. Os motivos para tal são os mais diversos, dentre os quais destacam-se a indisponibilidade dos MAC em alguns locais; a reprovação do parceiro; a objeção cultural ou religiosa; o medo de efeitos adversos; a preocupação com a saúde; o baixo nível de conhecimento sobre MAC, seus mecanismos de ação, benefícios e efeitos colaterais, dentre outros. Considera-se que, em 2012, se todas as mulheres tivessem suas necessidades em contracepção atendidas, 54 milhões de gravidezes não planejadas teriam sido evitadas, prevenindo um total de 26 milhões de abortos, quase 80 mil mortes maternas e mais de 1 milhão de mortes infantis (OMS, 2015; Singh, Darroch, 2012).

Segundo a ONU, em 2011, 61% das mulheres casadas ou em união estável estavam usando MAC no mundo. Entretanto, essa prevalência é muito variável nas diferentes regiões do mundo: por exemplo, na África é apenas 31%, ao passo que alcança 70% ou mais em países da Europa, América do Norte, América Latina e Caribe (ONU, 2013). O continente africano apresenta diferenças regionais expressivas das prevalências no uso de MAC, especialmente na África Subsaariana. Nesta região, no ano de 2012, apenas 17% das mulheres em idade reprodutiva usavam algum MAC moderno, sendo que essa proporção variou de 7% na África Central a 58% nos países do sul do continente (Guttmacher Institute, 2012).

Da mesma forma, na Ásia em 2014, mais da metade das mulheres em idade reprodutiva gostariam de evitar a gravidez, mas 22% delas não estavam usando MAC ou usavam um de baixa eficácia. No Paquistão, por exemplo, em 2012, apenas 1/3 das mulheres unidas usavam MAC, acarretando 46% de gravidezes não planejadas, das quais 54% terminaram em abortos induzidos (Guttmacher Institute, 2014a; Sathar et al, 2014).

América Latina e Caribe apresentaram dados semelhantes aos da Ásia no ano referido, acarretando em 75% de gravidezes não planejadas na região (Guttmacher Institute, 2014b). Ressalta-se, no entanto, a heterogeneidade da prevalência do uso de MAC nos diferentes países. Por exemplo, na Bolívia, estima-se que a prevalência de uso de MAC modernos passou de 8% em 1989 para 23,7% em 2003 (Coa, 2006). No México, o uso de MAC na última relação sexual foi mais de 50% entre mulheres unidas de 15-49 anos (Allen-Leigh, et al., 2013).

Quanto aos países de alta renda, como os Estados Unidos, cerca de 62% das mulheres em idade reprodutiva usavam MAC em 2015. O uso de métodos reversíveis foi predominante, correspondendo a 67%, principalmente a pílula hormonal, preservativo masculino e o DIU (Guttmacher Institute, 2015). Ainda, entre os anos de 1997 e 2007, evidenciou-se progresso significativo no uso de MAC modernos nas regiões do leste e do norte europeu, e pequena redução nas regiões sul e oeste. A prevalência de uso de MAC varia em toda a Europa, entre 64% no sul do continente e 80% no norte, e a proporção de mulheres com necessidade insatisfeita por contracepção é baixa, variando entre 4 e 10% em toda a Europa (ESHRE, 2014).

Verifica-se, portanto, que países de alta renda tendem a apresentar maiores prevalências de uso de MAC, enquanto aqueles de baixa renda tendem a ter proporções mais baixas. O Brasil, apesar de ser um país de média renda, apresenta prevalências de uso equivalentes a de países alta renda, especialmente nas últimas décadas. Dados oficiais da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) mostraram que o uso de MAC no Brasil chega a 80%, no entanto, concentra-se na camisinha masculina, na pílula anticoncepcional e na laqueadura. Ou seja, as mulheres têm recorrido à métodos reversíveis de curta duração e, ao atingirem sua intenção reprodutiva, recorrem à laqueadura (Brasil, 2008).

1.3 ATENÇÃO EM CONTRACEPÇÃO

O Brasil tem se esforçado para alcançar os objetivos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo. No âmbito nacional, destacam-se como marcos referenciais a Lei 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, de 2005 (Brasil, 2010).

Em nosso país, o planejamento familiar é um dever do Estado e um direito de todo cidadão, regulamentado e assegurado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, definido como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal”.

No art. 9º, a Lei determina que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Dessa forma, o planejamento familiar é uma política nacional de saúde, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada (Brasil, 2005), e implementada por meio de ações que envolvam atividades educativas (preferencialmente em grupos), aconselhamento (escuta e relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal) e atividades clínicas (promoção, proteção e recuperação da saúde) (Brasil, 2002). Seu objetivo é proporcionar às pessoas a possibilidade de decisão sobre o número de filhos que desejam ter e o intervalo entre as gravidezes (OMS, 2015).

Obviamente, a atenção em planejamento familiar presume a oferta de MAC disponíveis na rede pública do SUS, bem como informações, aconselhamento e acompanhamento clínico, de maneira que qualquer indivíduo tenha a possibilidade de escolher o método que mais atenda às suas necessidades. Isso significa que, em todos os seus níveis de atenção, o SUS tem a obrigação de garantir a atenção integral à saúde, que abarque a assistência ao planejamento familiar, num contexto de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Vale ressaltar que a atenção em planejamento familiar também deve contemplar o tratamento para infertilidade (Brasil, 2013; OMS, 2015).

Especificamente em relação à atenção em contracepção, sabe-se que essa prática traz benefícios já bem estabelecidos cientificamente à saúde de mulheres, recém-nascidos, suas famílias e comunidades. Ressalta-se a redução do número de abortos inseguros, da mortalidade infantil (por prematuridade e baixo peso ao nascer), da infecção por HIV/AIDS e da gravidez na adolescência, dentre outras, como consequências positivas do acesso e uso de contracepção (OMS, 2015; Guttmacher Institute, 2015).

Cleland et al. (2012) realizaram uma revisão sistemática em que demonstraram riscos e benefícios não-contraceptivos do uso de MAC. Os autores estimaram, por exemplo, que nos países de baixa renda o aumento no uso de MAC nos últimos 60 anos é responsável pela redução da fecundidade em 75%, o que ocasionou queda da proporção de abortos inseguros, mortalidade materna, risco de prematuridade e baixo

peso ao nascer. Os benefícios do uso de MAC são gerais, ao passo que os riscos são específicos para cada tipo de MAC. Por exemplo, o dispositivo intrauterino (DIU) pode aumentar o risco de doença inflamatória pélvica em mulheres que estejam infectadas com clamídia ou gonorréia; o uso a longo prazo de injetáveis parece estar associado à perda óssea; as pílulas hormonais combinadas apresentam o risco de trombose e outras doenças cardiovasculares, principalmente entre mulheres com mais de 35 anos de idade e tabagistas.

Em 2006, foi realizada a terceira e mais recente edição da PNDS. Trata-se de um inquérito nacional que traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos do Brasil. Os dados sobre contracepção revelaram que, em média, as mulheres conhecem dez tipos de MAC; a maior parte (80,6%) das mulheres unidas estava usando MAC, sendo a maioria moderno. O método mais utilizado por todas as mulheres (unidas e não unidas) foi a pílula (22,1%), seguido da esterilização feminina (21,8%) e da camisinha masculina (12,9%) (Perpétuo, 2008). Caetano (2009) comparou dados da PNDS de 1996 e 2006 e constatou aumento do uso dos MAC entre as mulheres unidas de 15 a 49 anos; da pílula oral (de 20,7% para 24,7%), do *condom* masculino (de 4,4% para 12,2%) e de outros métodos modernos (de 5% para 11,1%). Outros achados importantes foram o aumento da participação masculina com o uso do *condom* e a realização da vasectomia. Estudos locais realizados no Rio Grande do Sul mostraram as mesmas tendências (Carlotto et al., 2008; Marchi et al., 2011).

Embora a prevalência do uso de MAC no país seja alta, muitas gravidezes não planejadas e/ou indesejadas ainda ocorrem, ou seja, ocorrem antes do que as mulheres queriam ou mesmo sem que as mulheres tenham desejado. Dados da PNDS 2006 indicaram que 28,2% das gestações ocorridas nos cinco anos anteriores à pesquisa não foram planejadas para aquele momento, e que 17,6% foram, de fato, indesejadas (Berquó e Lima, 2008). Mais recentemente, dados do Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento, “Nascer no Brasil”, revelaram que cerca de 30% das participantes não desejaram a gravidez em curso, 9% ficaram insatisfeitas com a gestação e 2,3% relataram ter tentado interromper o curso da mesma, totalizando 41,3% de gravidezes vivenciadas em um momento considerado inoportuno por essas mulheres (Leal et al., 2014).

Isso indica que há uma certa contradição entre a alta prevalência de uso de MAC e a frequência com que gestações não planejadas ocorrem no país. Um dos elementos chave para compreender essa relação aparentemente paradoxal é que o uso de MAC está restrito a métodos predominantemente reversíveis e de curta duração, que são mais sujeitos a falhas e descontinuidades no seu uso (Brasil, 2010).

Outra questão importante na atenção em contracepção no Brasil é que existem barreiras para o acesso pleno e contínuo aos MAC. Parece que as práticas nos serviços de saúde da atenção básica priorizam a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, sendo que a atenção em contracepção acaba sendo infringida e muitas vezes marcada pelo desfalque de insumos contraceptivos nos serviços ou de profissionais que possam disponibilizá-los (Osis et al., 2006). Exemplo disso é que a maior parte dos MAC hormonais é “obtido com pagamento do próprio bolso, principalmente, nas farmácias comerciais”, mesmo por mulheres que não tentaram a obtenção pelo SUS (Farias et al., 2016). Ademais, ações educativas são executadas de forma isolada; a capacitação profissional é escassa e descontínua; são oferecidos apenas os MAC considerados mais eficazes pelos profissionais, como os hormonais; há falta de sistema de referência e contra-referência para as ações de planejamento reprodutivo. Por exemplo, quando um MAC está indisponível em determinada UBS, os profissionais não sabem para onde referir as/os mulheres/casais (Brasil, 2008; Pierre e Clapis, 2010).

Dessa forma, algumas barreiras são impostas às mulheres/casais que querem planejar sua fecundidade, dificultando e muitas vezes impedindo o acesso aos MAC. As barreiras incluem o condicionamento do acesso ao método à participação em grupos, que privilegiam mulheres que já iniciaram sua trajetória reprodutiva; o método é disponibilizado apenas para um mês, fazendo com que a usuária necessite voltar à UBS mensalmente; o horário restrito de funcionamento das UBS, que não privilegia as pessoas que trabalham em horário comercial (Moura, Silva, Galvão, 2007; Heilborn et al., 2009; Osis et al., 2006).

Além do exposto, ressalta-se novamente que, no Brasil, o uso de MAC está pautado quase que tão somente na camisinha masculina, na pílula anticoncepcional e na laqueadura. Segundo a PNDS 2006 (Brasil, 2008), as mulheres não unidas, em geral, recorrem primeiramente à camisinha. Com a estabilidade do relacionamento, passam para o uso da pílula e, quando possuem dois ou mais filhos, ou seja,

alcançando sua intenção reprodutiva, recorrem à laqueadura. Por sua vez, os métodos reversíveis de longa duração, como o Dispositivo Intrauterino (DIU) e os implantes, são pouco ou nada usados no país, mesmo sendo os MAC que acarretam menos descontinuidades de uso e falhas. Implantes são recentes, caros e não estão disponíveis no SUS. Especificamente em relação ao DIU, o uso é baixo (1,5% segundo dados da PNDS 2006), o que pode ser explicado pela falta do dispositivo nos serviços de saúde, falta de profissionais treinados para inseri-lo, orientação precária dada às mulheres sobre este MAC, equívocos entre usuárias e profissionais de saúde sobre seus mecanismos de ação e efeitos no corpo e, finalmente, baixo índice de indicação pelos profissionais (Bahamondes, 2006).

1.4 CONHECIMENTO E USO DO DIU

O DIU é um objeto pequeno, que mede aproximadamente 3 cm, feito de plástico flexível, em forma de T, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios. Quando inserido na cavidade uterina, exerce função contraceptiva. Em todo o mundo, é um dos MAC mais utilizados, pois é considerado de longo prazo, reversível, seguro e eficaz. Este dispositivo dificulta a passagem do espermatozoide pelo trato reprodutivo feminino, impedindo a fecundação. Dos DIU com cobre, o DIU TCu-380A (disponível no SUS) é o mais eficaz e seu efeito após a inserção dura 10 anos. No primeiro ano de uso, sua eficácia é de 99,2% a 99,4%, aumentando a cada ano de uso (Brasil, 2013).

O DIU com cobre está disponível no SUS, porém é pouco requisitado e utilizado. Dentre os motivos para tal, estão a pouca ou nenhuma informação fornecida às mulheres sobre o método e a não oferta do DIU como uma possibilidade de contracepção para as mulheres em geral. No entanto, mesmo quando as mulheres optam por esse método, deparam-se com barreiras que dificultam demasiadamente o acesso, como falta de profissional treinado para inserção ou indisponibilidade em muitos serviços (Moura, Silva, Galvão, 2007; Heilborn et al., 2009).

Estudos internacionais vêm evidenciando esta mesma realidade. Uma revisão sistemática analisou o uso do DIU por meio de estudos realizados em países do mundo todo, entre os anos de 1982-2012. Identificou-se notável diferença entre os

continentes, já que 83% das mulheres que usavam DIU eram da Ásia (sua prevalência de uso foi de 27% dentre as asiáticas que usavam MAC). O país que mais contribuiu para esta alta prevalência foi a China. Identificaram-se como principais fatores que influenciaram o acesso ao DIU o custo do dispositivo e do procedimento de inserção; o perfil e formação dos profissionais de saúde que podiam inseri-lo; os serviços de saúde onde o DIU estava disponível; o perfil das usuárias, especialmente no tocante às características socioculturais e religião; e a presença de diretrizes locais para elegibilidade e inserção do DIU. Os autores concluíram que, na prática, esses elementos influenciam mais na prevalência do uso do dispositivo do que os próprios critérios de elegibilidade estabelecidos pela OMS. Afirmaram, ainda, que é necessário conscientizar governos e líderes de estado que o DIU é um MAC de alta eficácia e que apresenta excelente custo-benefício (Buhling et al., 2014a).

Buhling et al. (2014b) realizaram um estudo que avaliou conhecimentos, atitudes e crenças sobre o uso do DIU com profissionais de saúde europeus e canadenses e identificaram como principais barreiras para a indicação e inserção do DIU algumas características de saúde das mulheres, que nem sempre são corretas do ponto de vista técnico: nuliparidade; apreensão sobre o risco da doença inflamatória pélvica (DIP); irregularidade do ciclo menstrual; preocupação acerca da dificuldade e da dor durante a inserção; custo do dispositivo. Os autores concluíram que o DIU ainda precisa ser reconhecido como um MAC adequado para mulheres nulíparas e deve ser mais considerado nos aconselhamentos em contracepção.

Hohmann et al. (2011) realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde de El Salvador sobre conhecimento, atitudes e práticas sobre o DIU. A maioria dos pesquisados considerou o DIU seguro (94,7%) e, 97%, um MAC eficaz. No entanto, menos da metade havia recebido treinamento para sua inserção ou remoção. Além da questão prática, mais da metade dos entrevistados associou o uso do DIU com uma taxa de infecção maior do que a descrita na literatura e apenas 34,6% deles considerava ter tempo suficiente para conversar sobre esse MAC com as mulheres em sua rotina. Portanto, os pesquisadores concluíram que a falta de conhecimento e treinamento formal sobre o DIU entre os profissionais acarreta na baixa indicação do mesmo.

No Brasil, não é diferente. Estudo realizado recentemente em Minas Gerais destacou barreiras organizacionais para a disponibilização do DIU nos serviços de

atenção básica à saúde. Participaram da amostra 79 municípios mineiros. A maior parte dos trabalhadores entrevistados referiu que o município disponibilizava o método (84,8%), mas adotavam critérios para a disponibilização do dispositivo, que nem sempre eram necessários. Por exemplo, era exigidos exames de sangue, Papanicolau e teste de gravidez, além de prescrição médica, idade acima de 18 anos e participação em grupos para acesso ao DIU. Outra barreira para o acesso ao DIU esteve relacionada com o tempo de espera para a inserção, que ultrapassa um mês em 28,4% dos municípios, sendo necessário agendamento prévio. Nota-se, ainda, a exclusividade do profissional médico como responsável pela inserção, pois em nenhum município o enfermeiro podia realizá-la (Gonzaga, 2016).

Em contrapartida, estudo realizado nos Estados Unidos, que consistia no oferecimento gratuito de MAC reversíveis às mulheres, especialmente os de longa duração (DIU e implante), constatou que, quando as mulheres tinham informações suficientes para uma escolha autônoma, elas escolhiam majoritariamente o DIU e o implante. O uso desses MAC culminou na redução da taxa de aborto e gravidez não planejada entre as participantes a cada ano de acompanhamento da coorte (entre os anos de 2006 a 2010) (Peipert et al., 2012).

Quando consideradas as perspectivas das próprias mulheres sobre o DIU, estudos estadunidenses constataram que intervenções educativas aumentaram a proporção de mulheres com atitudes positivas sobre o método. Concluíram, ainda, que as mulheres que possuíam conhecimentos prévios sobre o dispositivo apresentavam mais interesse em usá-lo (Whitaker et al., 2008; Fleming, Sokoloff e Raine, 2010).

Estudos recentes têm mostrado que as mulheres que não escolhem o DIU como MAC, o fazem por medo de efeitos colaterais e, às vezes, baseadas em concepções equivocadas, dentre elas: ideia de se ter um corpo estranho dentro do corpo; receio de o DIU mover-se pelo corpo; medo da dor da inserção; dependência de um profissional de saúde para inserção e remoção do dispositivo; aumento do risco de gravidez ectópica, de câncer e de infecções; não ser indicado para nulíparas e adolescentes; eficácia menor que a da pílula; dentre outros (Fleming, Sokoloff e Raine 2010; Hladky et al., 2011; Craig et al., 2014; Potter, Rubin e Sherman 2014; Michie et al., 2014).

Meskele e Mekonnen (2014) realizaram um estudo na Etiópia e identificaram que 38% das mulheres que estavam usando MAC de curta duração gostariam de, no futuro, usar MAC de longa duração. No entanto, quase a metade delas tinha atitudes negativas sobre o uso dos mesmos, como a concepção de que a inserção do DIU é muito invasiva, que ele pode causar doenças, como a anemia, e que teriam suas atividades diárias limitadas com o uso do dispositivo. No Brasil, parece que isso ocorre da mesma forma. O medo dos efeitos colaterais, o acesso restrito ao DIU e os equívocos sobre o método fazem com que a prevalência de uso do DIU seja ainda muito baixa, conforme mencionado anteriormente. Em estudo brasileiro, tal e qual os demais estudos internacionais, foram identificados como motivos de rejeição do DIU pelas mulheres: o risco de fluxo sanguíneo aumentado provocado pelo mesmo; a necessidade de depender de profissional/serviço de saúde para a interrupção do uso; o receio de que o uso do DIU aumente o risco de câncer uterino; a possibilidade de gestar o filho no mesmo espaço do objeto; ser considerado abortivo (Carvalho e Schor, 2005).

Há certo consenso na literatura sobre a relação entre o conhecimento sobre o DIU, as atitudes positivas e o desejo de usá-lo (Hladky et al., 2011; Fleming et al., 2010; Whitaker et al., 2008). No Brasil, a maioria das mulheres refere conhecer o DIU. Segundo a PNDS de 2006, 87,4% das mulheres o conheciam (Brasil, 2008). Entretanto, artigos já mostraram que é baixo o nível de conhecimento sobre o DIU relacionado ao modo de inserção, indicação de uso, mecanismo de ação, efeitos colaterais, entre outros (Martins et al., 2006; Carvalho e Schor, 2005), o que acarreta atitudes negativas e baixa motivação para o seu uso. O método está disponível no SUS, mas ainda é subutilizado. Não temos estudos recentes que mostrem se o nível de conhecimento ou as atitudes modificaram-se ao longo do tempo, de forma a fomentar o uso do DIU, mas alguns mostram que a oferta e disponibilização ainda são limitadas nas UBS (Gonzaga, 2016; Holanda et al., 2013). Diante desse quadro, salienta-se a importância de um estudo que investigue o conhecimento, as atitudes e práticas das mulheres sobre o DIU.

Nos estudos do tipo Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP), proposta deste estudo, são coletados dados a fim de investigar o que determinada população sabe, quais suas atitudes e o comportamento a respeito de determinado assunto. O conhecimento pode ser definido como “o evento de recordar fatos específicos ou emitir conceitos de acordo com a compreensão adquirida sobre determinado assunto”. A

atitude relaciona-se com as opiniões, sentimentos e crenças; e a prática é a tomada de decisão para realizar determinada ação (Marinho et al, 2003; Nicolau et al., 2012).

No Brasil, já foram realizadas pesquisas do tipo inquérito CAP sobre métodos contraceptivos, especialmente entre jovens e adolescentes. A maioria deles concluiu que essa população tem conhecimento sobre vários MAC, têm atitudes positivas sobre os mesmos, já que opinam que devem utilizar MAC, porém a prática restringe-se ao uso de apenas dois tipos: camisinha masculina e a pílula (Alves e Lopes, 2007; Belo e Silva, 2004).

Considerando a idade adulta, o comportamento contraceptivo mantém praticamente o mesmo padrão. As mulheres adultas também conhecem uma variedade de métodos, têm atitudes positivas sobre eles, porém sua prática baseia-se quase que tão somente no uso da pílula e da esterilização feminina (Schor et al., 2000; Brasil, 2008). Uma revisão cuidadosa da literatura brasileira revelou que não há estudos mais recentes que abordem o tema, tampouco especificamente sobre o DIU.

Diante disso, as perguntas que guiaram a condução deste estudo foram:

- Qual é o nível de conhecimento sobre o DIU entre mulheres em idade reprodutiva usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo?
- Quais são as características individuais que determinam o mais alto nível de conhecimento sobre o DIU?
- Como se caracterizam as atitudes sobre o DIU entre mulheres em idade reprodutiva usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo?
- Como se caracterizam as práticas relacionadas ao DIU entre mulheres em idade reprodutiva usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo?
- Qual é a porcentagem de mulheres que usa o DIU? Qual é o perfil dessas mulheres?
- Qual é a porcentagem de mulheres que gostaria de usar DIU? Qual é o perfil dessas mulheres? Quais são as razões relatadas por essas mulheres para não usar o DIU?

- Qual é a porcentagem de mulheres que não gostaria de usar o DIU? Qual é o perfil dessas mulheres? Quais são as razões relatadas por essas mulheres para não ter o desejo de usar o DIU?

2 HIPÓTESES

O nível conhecimento sobre o DIU é baixo entre mulheres usuárias do SUS.

As mulheres têm atitudes positivas sobre o DIU.

A proporção de mulheres que usa o DIU é baixa.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o nível de conhecimento, as atitudes e as práticas de mulheres em idade reprodutiva usuárias de UBS da cidade de São Paulo sobre o DIU.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mensurar o nível de conhecimento sobre o DIU.

Comparar o nível de conhecimento sobre o DIU entre as mulheres segundo características sociodemográficas e reprodutivas.

Comparar o nível de conhecimento sobre o DIU entre as mulheres segundo o uso atual, anterior ou desejo de usar o DIU.

Descrever as atitudes das mulheres sobre o DIU.

Descrever as razões para o não uso do DIU e/ou não desejo de usá-lo futuramente.

Comparar as características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres segundo o uso atual e anterior do DIU.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido com amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de UBS da cidade de São Paulo. Este estudo integra uma investigação mais ampla, intitulada “Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência”, contemplada com auxílio regular Fapesp (2014/02447-5). O estudo é coordenado pela Dra. Ana Luiza Vilela Borges, sendo a equipe de pesquisadoras composta pela aluna de mestrado responsável pelo projeto aqui apresentado, por uma aluna de mestrado e outra de doutorado, todas enfermeiras.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em UBS da cidade de São Paulo. O município de São Paulo possuía, em 2016, população total de mais de 12 milhões de habitantes (IBGE, 2016), com renda média por pessoa igual a R\$ 3.411,60 em 2012 – considerada alta. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade de São Paulo, em 2010, foi 0,805, o que classifica o município na categoria de Desenvolvimento Humano Muito Alto. No entanto, é um município com grandes diferenças socioeconômicas, de forma que a cidade possui bairros que apresentam desde IDHM médios até muito altos. Os IDHM dos bairros reafirmam o perfil municipal de diferenças marcantes, tendo variado entre 0,625 (Jardim Capela, zona Sul) e 0,965 (Berrini, Jardim Paulistano, Vila Cordeiro e Vila Madalena, bairros mais próximos ao centro da cidade) (PNUD, 2014).

Nesse município, a organização da rede de Atenção Básica à saúde está dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS (Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul, conforme figura 1) e 25 Supervisões Técnicas de Saúde – STS. As CRS são responsáveis pela coordenação das STS, que, por sua vez, são

responsáveis por fazer a supervisão direta das UBS e dos demais serviços de saúde. Em julho de 2015, o município de São Paulo possuía o total de 449 UBS em funcionamento, sendo oito UBS coordenadas pela CRS Centro, 112 pela CRS Leste, 89 pela CRS Norte, 27 pela CRS Oeste, 92 pela CRS Sudeste e 121 pela CRS Sul (Prefeitura de São Paulo, 2016). Entre as zonas correspondentes às seis CRS, verificam-se diferenças sociais marcantes. As zonas Oeste e Central, por exemplo, apresentam os melhores índices de renda, educação e longevidade. Já os piores índices estão concentrados nas zonas Norte, Sul e Leste (PNUD, 2014).

Figura 1 – Distribuição das Coordenadorias Municipais de Saúde do município de São Paulo. São Paulo, 2015.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, 2015.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo constituiu-se de amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de UBS da cidade de São Paulo. Os critérios de exclusão foram não ter iniciado a vida sexual e/ou ter realizado laqueadura ou o

parceiro ter realizado vasectomia há mais de cinco anos. Ou seja, mulheres que realizaram a laqueadura, ou seus parceiros a vasectomia, antes de outubro de 2010, não participaram da pesquisa.

As mulheres usuárias das UBS foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios:

- 1) mulheres que aguardavam atendimento para realização do exame citopatológico cérvico-vaginal;
- 2) mulheres que aguardavam consulta médica ou de enfermagem;
- 3) mulheres que aguardavam atendimento para qualquer outra atividade na UBS.

Para garantir o seguimento desses critérios, criou-se um formulário para ser preenchido pelas entrevistadoras durante a coleta de dados (Apêndice A). Para cada dia da semana, utilizava-se um formulário. Nesse formulário, constam o número de mulheres que compareceram para o exame citopatológico cérvico-vaginal, que compareceram para consulta, que foram abordadas pela entrevistadora e, por fim, o número de entrevistadas daquele dia.

4.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Para determinar o tamanho da amostra, foi utilizada a expressão algébrica referente à estimação de proporções:

$$n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$$

em que P é a proporção de mulheres a ser estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; d é o erro de amostragem e deff é o efeito do delineamento (Kish, 1965; Silva, 2001). Para P=0,50 que leva ao maior tamanho de amostra; d=0,05; z=1,96 correspondente ao nível de confiança de 95% e deff=2, o tamanho da amostra deveria ser 768 ($n_0=768$, arredondado para 800).

Considerando que as estimativas devem ser obtidas entre as mulheres que usaram algum MAC, cuja proporção é estimada em 80% (Brasil, 2008), o número de mulheres que deveriam ser entrevistadas foi:

$$n = \frac{n_0}{0,80} = 1000$$

Considerando ainda um percentual de 25% de mulheres que não participariam da pesquisa (recusa ou perda por problemas do entrevistador) e um percentual de 33% de mulheres de 18 a 49 anos que não seriam elegíveis para a entrevista (mulheres que nunca tiveram relação sexual e mulheres laqueadas / parceiros vasectomizados) (Brasil, 2008), o número de mulheres sorteado, a fim de se obter 1000 entrevistas, foi:

$$n_{sorteio} = \frac{1000}{(1 - 0,25)(1 - 0,33)} = 1993$$

Assim, foram sorteadas, aproximadamente, 2000 mulheres

4.5 PLANO AMOSTRAL

O plano amostral foi conduzido por meio de amostragem por conglomerados em dois estágios. A unidade de primeiro estágio (unidade primária de amostragem) foi constituída pelas UBS, sorteadas com probabilidade proporcional ao tamanho, medido pelo número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados no ano de 2014 (Anexo 3 – dados obtidos a partir do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO). Foram sorteadas, inicialmente, 50 UBS (Quadro 1), sendo 12 UBS para reserva, que estão identificadas no Quadro 1 com “R”.

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo sorteadas para realização da coleta de dados.

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
1	5992842 – Pq Maria Helena	Sul	Campo Limpo	10
2	2788713 – Vila Arapuá	Sul	Ipiranga	68
3	2786990 – Ponte Seca – Dom Luciano Bergamini	Sul	Parelheiros	619

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
4	6332471 – Marsilac	Sul	Parelheiros	116
5	6280188 – Chácara do Sol	Sul	Capela do Socorro	118
6	2788462 – Juscelino Kubitschek	Leste	Itaquera	Desativada em Nov/2012
7	4049896 – Alcina Pimentel Piza	Sul	Capela do Socorro	588
8	6332463 – Jardim Silveira	Sul	Parelheiros	162
9	6332498 – Nova América	Sul	Parelheiros	181
10	6018939 – Colônia	Sul	Parelheiros	258
11	2789302 – Veleiros	Sul	Capela do Socorro	295
12	6332528 – Vila Roschel	Sul	Parelheiros	309
13	2789132 – Vila Olímpia-Max Perlman	Sul	Vila Mariana/Jabaquara	367
14	2787547 – Jd Keralux	Leste	Ermelino Matarazzo	402
15	2786877 – Caxingui-Nanci Abranches	Oeste	Butantã	380
16	2787342 – Jd das Laranjeiras	Sul	Santo Amaro/Cidade Ademar	385
17	2027038 – Cidade Sat Santa Barbara	Leste	São Mateus	374
18	2788675 – Vila Anastácio	Oeste	Lapa/Pinheiros	402
19	2788101 – Milton Santos	Sul	Vila Mariana/Jabaquara	411
20	2787571 – Jd Marcelo	Sul	Campo Limpo	445
21	2752166 – Água Rasa	Leste	Mooca/Aricanduva	457
22	2027380 – Marinópolis-Mario Napolitano	Oeste	Lapa/Pinheiros	492
23	2787075 – Gleba do Pêssego	Leste	Itaquera	501
24	2789035 – Vila Mangalot	Norte	Pirituba / Perus	534
25	2752352 – Vila Carrão-Dr. Adhemar Monteiro Pacheco	Leste	Mooca/Aricanduva	550
26	2788896 – Vila Formosa II	Leste	Mooca/Aricanduva	582
27	2786710 – Adelaide Lopes	Norte	Casa Verde/Cachoeirinha	584
28	2091712 – Casa Verde Baixa-Walter Elias/CEO II	Norte	Casa Verde/Cachoeirinha	590
29	6332420 – Barragem	Sul	Parelheiros	Não classificada
30	2788969 – Vila Guilhermina – Dr. Américo Raspa Neto	Leste	Penha	591
31	2787598 – Vila Gumerindo-Jandira Massur	Sul	Ipiranga	605
32	2786850 – Capão Redondo	Sul	Campo Limpo	17
33	2786753 – Antônio Pires F Villa Lobo	Leste	Penha	620
34	6332501 – Vila Marcelo	Sul	Parelheiros	622
35	2787431 – Jd Helian	Leste	Itaquera	632
36	2789175 – Vila Piauí	Oeste	Lapa/Pinheiros	633
37	6408168 – Águia de Haia	Leste	Itaquera	653
38	3561186 – Vera Poty	Sul	Parelheiros	152
39 (R)	5357861 – Aldeia Jaraguá	Norte	Pirituba/Perus	82
40 (R)	7407629 – Jd Julieta	Norte	VI Maria/VI Guilherme	132
41 (R)	6090591 – Chác. Sto Amaro	Sul	Capela do Socorro	189
42 (R)	6332439 – Jd das Fontes	Sul	Parelheiros	363
43 (R)	2027011 – Jd Carrãozinho	Leste	São Mateus	381

Ordem	Unidade Básica de Saúde	Coordenadoria Regional de Saúde	Supervisão Técnica de Saúde	Número de exames citopatológicos cérvico-vaginais/2014*
44 (R)	2752360 - Vila Nova Manchester-Arlindo Gennari	Leste	Mooca/Aricanduva	410
45 (R)	2788411 - Pq Sta Madalena	Sudeste	Vila Prudente/Sapopemba	457
46 (R)	2068044 - Horto Florestal	Norte	Santana/Jaçanã	545
47 (R)	2787954 - Jd Vitória	Leste	Cidade Tiradentes	585
48 (R)	4050398 – Pastoral	Sudeste	VI Prudente/Sapopemba	616
49 (R)	2787326 - Jd D'abril	Oeste	Butantã	625
50 (R)	3016935 - Jd Bandeirantes	Leste	Guaianases	655

*Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, 2014. (R) = UBS Reserva.

Seis UBS sorteadas foram posteriormente substituídas: Vera Poty; Ponte Seca - Dom Luciano Bergamini; Juscelino Kubitschek; Capão Redondo; Barragem; e Alcina Pimentel Piza. A UBS Vera Poty foi substituída por estar localizada em uma aldeia indígena. A UBS Ponte Seca - Dom Luciano Bergamini foi substituída por estar localizada em zona rural, além disso, o acesso a essa UBS é dificultado, por não haver transporte público que atenda essa localidade, inviabilizando a chegada de pesquisadoras; a UBS Juscelino Kubitschek foi desativada; a UBS Capão Redondo também foi desativada; as UBS Barragem e Alcina Pimentel Piza são de difícil acesso. Optou-se por não realizar a coleta de dados em UBS de aldeia indígena e de zona rural porque contemplam mulheres com perfis muito diferentes das usuárias das outras UBS. As UBS reservas que substituíram as UBS sorteadas inicialmente foram: Jardim Julieta, Vila Nova Manchester-Arlindo Gennari; Parque Santa Madalena; Horto Florestal; Jardim Vitória; Pastoral.

Todas as UBS autorizaram a realização da pesquisa, não tendo havido nenhuma recusa. Na Figura 2, pode ser observada a distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final nas diferentes regiões do município de São Paulo.

Figura 2 – Distribuição das UBS que compuseram o plano amostral final (em verde constam as UBS inicialmente sorteadas e, em rosa, constam as UBS que compuseram o quadro reserva). São Paulo, 2015.

Fonte: Criado pela própria autora – Google Maps.

No segundo estágio de seleção, foram selecionadas as mulheres a serem entrevistadas em cada UBS. A pesquisa foi realizada em três dias consecutivos em cada UBS e em cada dia foram entrevistadas 9 mulheres. A amostra planejada passou a ser, portanto, 38 (UBS) * 3 (dias) * 9 (mulheres usuárias) = 1.026 mulheres entrevistadas.

As frações de amostragem de cada estágio foram:

$$f_1 = \frac{a \cdot N_i}{N}, \text{ no primeiro estágio;}$$

$$f_2 = \frac{m}{M_i}, \text{ no segundo estágio,}$$

em que a é o número de serviços sorteados ($a=38$);

N_i é o número de exames de Papanicolau no serviço i ;

m é o número de mulheres sorteadas no serviço i por dia ($m=18$);

M_i é o número de mulheres de 18 a 49 anos de idade atendidas no serviço i (média diária).

A fração de amostragem global pode ser escrita por:

$$f = \frac{a \cdot N_i}{N} \cdot \frac{3}{22} \cdot \frac{m}{M_i}$$

em que a fração $3/22$ refere-se aos dias de pesquisa entre os dias úteis do mês, apontando para a proposta de que a amostra refira-se aos atendimentos do mês.

A amostra é auto-ponderada, pois as UBS foram sorteadas segundo seu tamanho proporcional, considerando o número de exames citopatológicos cérvico-vaginais, e o mesmo número de mulheres foi entrevistado em cada UBS.

4.6 COLETA DE DADOS

4.6.1 Contato com as Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde

Coordenadores das seis CRS do município de São Paulo foram contatados por telefone. Em seguida, uma mensagem eletrônica (*e-mail*) foi enviada para as coordenadorias, solicitando que as STS cujas UBS foram selecionadas fossem informadas sobre a pesquisa. Com o intuito de acelerar o processo de obtenção das autorizações, realizou-se também contato telefônico e envio de e-mail às STS informando sobre a pesquisa. As STS enviaram e-mail aos gerentes das UBS, com autorização para que esses nos recebessem para uma reunião de apresentação do projeto e aprovação da coleta de dados. Essa etapa ocorreu entre julho e setembro de 2015.

4.6.2 Contato com os gerentes das UBS

Após anuência das CRS, os gerentes de cada UBS foram contatados por telefone e agendou-se reunião de apresentação do projeto para gerente e a equipe (em alguns casos) e obtenção da aprovação para iniciar a coleta de dados na UBS. Também foi enviado e-mail diretamente para as UBS, formalizando a data da reunião e enviando o projeto de pesquisa, aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante essas reuniões, foram discutidos a viabilidade do projeto, os dias e os horários mais adequados para realização das entrevistas, os locais onde as entrevistas seriam realizadas e os fluxos e rotinas de cada UBS. O intuito era planejar que as entrevistas ocorressem de forma a não prejudicar a rotina de atendimento. Todo esse processo ocorreu em agosto, setembro e outubro de 2015. As ligações foram realizadas da Escola de Enfermagem da USP e as reuniões ocorreram no horário de funcionamento das UBS.

4.6.3 Processo de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, formou-se uma equipe de sete pesquisadoras, todas mulheres, com nível superior na área da saúde (enfermagem, obstetrícia, psicologia e nutrição), com experiência prévia em coleta de dados com entrevista face a face e todas foram devidamente treinadas. O treinamento compreendeu apresentação do projeto de pesquisa, oficina sobre MAC, apresentação das perguntas que compõem o formulário, simulação de entrevistas face a face, com utilização de computador portátil do tipo *tablet*, apresentação e preenchimento dos instrumentos utilizados nesta pesquisa.

As pesquisadoras de campo foram continuamente supervisionadas pelas coordenadoras da pesquisa, por meio de visitas de acompanhamento. Contou-se com

a comunicação entre as coordenadoras e as pesquisadoras por contato telefônico e mensagens, com o intuito de verificar o andamento das entrevistas, corrigir erros e esclarecer dúvidas. Além disso, pelo menos uma vez por semana, houve reunião na Escola de Enfermagem da USP para entrega das entrevistas realizadas, conferência das mesmas e transferência de dados do *tablet* para o banco de dados geral. Realizou-se, ainda, contato telefônico com 10% das mulheres entrevistadas a fim de confirmar a realização das entrevistas, bem como esclarecimento de possíveis inconsistências de dados, prática comum neste tipo de pesquisa. Ressalto minha participação como pesquisadora na fase de coleta dos dados, bem como na supervisão das demais.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face e seguiu as seguintes etapas:

a) A pesquisadora chegava à UBS, procurava o/a gerente ou outro(a) profissional de saúde responsável e verificava qual o melhor espaço disponível para a realização das entrevistas. Verificava se a realização dos exames citopatológicos cérvico-vaginais ocorria por agendamento ou por livre demanda. Se fosse por agendamento, abordávamos as mulheres que compareciam para a coleta do exame. Caso fosse por livre demanda, aguardávamos as mulheres que compareciam à UBS para coleta. Não sendo possível realizar as 9 entrevistas com mulheres que realizaram o exame, iniciávamos a abordagem de mulheres que tinham consultas médicas ou de enfermagem marcadas.

b) Em seguida, as mulheres selecionadas eram abordadas e convidadas a participar da pesquisa, sendo esclarecidas sobre os critérios de exclusão da pesquisa. Para as mulheres que aceitavam participar da pesquisa, foram explicados os objetivos da mesma, passava-se a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice B).

c) As entrevistas foram realizadas diretamente em *tablets* e conduzidas até completar a amostra prevista de 9 entrevistas por dia em cada UBS. Cada entrevista durou aproximadamente 15 – 20 minutos.

4.7 INSTRUMENTO

O instrumento utilizado visou obter informações sobre as características sociodemográficas, história reprodutiva, uso de MAC e informações a respeito do uso e conhecimento sobre o DIU (Apêndice C). Está dividido nas seguintes sessões: caracterização da entrevistada; características sociodemográficas; características socioeconômicas; história sexual e reprodutiva; uso de MAC; aconselhamento em contracepção; uso e conhecimento sobre o DIU.

O formulário foi desenvolvido por um grupo formado pela coordenadora do projeto maior, por uma estudante de doutorado e pela própria pesquisadora. Antes de realizar os pré-testes dos instrumentos, estes também passaram pela avaliação de um grupo composto por estudantes de mestrado e doutorado da Escola de Enfermagem da USP, que sugeriram inclusão ou exclusão de questões, além da redação das questões.

O instrumento foi desenvolvido para ser preenchido diretamente em *tablets*, evitando o gasto desnecessário com impressão de formulários. Para a construção do formulário nos *tablets*, utilizou-se o *Census and Survey Processing System (CSPro)*. O *CSPro* é um pacote de software de domínio público, usado por centenas de organizações para entrada, edição, tabulação e divulgação de dados de censos e inquéritos. Pode ser acessado e baixado gratuitamente através do site: <http://www.census.gov/population/international/software/cspro/>. O *CSPro* permite a coleta de dados de forma off-line e permite a transmissão das respostas diretamente para o banco de dados, o que evita desperdício de tempo e minimiza os erros com a digitação posterior dos dados.

Com o objetivo de testar o instrumento e a logística do trabalho de campo, foram realizados pré-teste e estudo piloto. O pré-teste foi conduzido no Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa”, da Faculdade de Medicina da USP, nos dias 27 e 28 de agosto de 2015, com 17 mulheres. Foi realizado com o instrumento na forma impressa. A maioria das entrevistadas não apresentou dificuldades para entender ou responder as questões. As mudanças constituíram-se em troca de palavras de difícil entendimento por termos mais simples.

O estudo piloto foi conduzido no Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”, da Faculdade de Saúde Pública da USP, nos dias 5 e 6 de outubro de 2015, com 14 mulheres. Nessa ocasião, testou-se o preenchimento do formulário diretamente no *tablet*. Algumas mudanças foram necessárias para corrigir os saltos automáticos, no caso das questões contingentes, e para o aprimoramento da versão do formulário no *CSPro*. Além disso, realizou-se o teste de transferência das informações do *tablet* para o banco de dados, bem como correção de possíveis erros na transferência e nas codificações das questões geradas no *CSPro*. Não foram realizadas alterações nas perguntas ou opções de resposta. Todas essas entrevistas foram excluídas.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software Stata 14.2. A análise dos resultados foi dividida nas seguintes etapas:

Etapas 1 - Caracterização das mulheres

Realizou-se a análise das características sociodemográficas e do perfil sexual e reprodutivo de todas as mulheres que participaram do estudo. Essa análise foi feita por meio de números absolutos, proporções, médias e desvios-padrão. As variáveis analisadas nesta etapa foram:

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas:

- Idade (anos completos)
- Cor da pele (autoclassificada em branca, parda, preta, amarela e indígena)
- Religião (católica, evangélica, espírita, afro-brasileira [candomblé, umbanda], outra, nenhuma)
- Escolaridade (número de anos que estudou até o momento da entrevista)
- Situação conjugal (casada ou vive com algum parceiro [não ou sim])

- Exerce trabalho remunerado (não ou sim)
- Possui plano de saúde (não ou sim)
- Classe econômica (segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil de 2015 [A, B, C, D, E] [Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015])

Variáveis relacionadas às características sexuais e reprodutivas:

- Idade na menarca (anos)
- Idade na iniciação sexual (anos)
- Idade na primeira gravidez (anos)
- Gravidez atual: se estava grávida no momento da entrevista (sim, não ou não sabe)
- Número de gravidezes (inclusive a gravidez atual no momento da entrevista)
- Número de filhos vivos (no momento da entrevista)
- História de abortamento (não ou sim)
- Intenção de ter filhos (quer ter filhos nos próximos dois anos, quer ter filhos no futuro, não quer ter [mais] filhos ou não sabe)
- Uso atual de método contraceptivo (não ou sim)
- Método contraceptivo usado atualmente (pílula oral, hormonal injetável, preservativo masculino, preservativo feminino, DIU, diafragma, tabelinha, coito interrompido, contracepção de emergência, implante, adesivo, anel vaginal, laqueadura, vasectomia, outro)

Etapa 2 – Conhecimento, Atitudes e Práticas sobre o DIU

Nessa etapa, foram analisados o conhecimento, as atitudes e as práticas das mulheres sobre o DIU.

Etapa 2.1 – Conhecimento

Para mensurar o nível do conhecimento sobre o DIU, foram elaboradas 12 afirmativas sobre os mecanismos de ação, indicações de uso e efeitos colaterais relacionados ao DIU. As mulheres respondiam a cada uma das afirmativas com as

seguintes opções de respostas: “concordo, discordo ou não sei”. As questões foram elaboradas com base em instrumentos utilizados nos seguintes estudos:

- PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório (Brasil, 2008).
- Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age (Craig, Dehlendorf, Borrero, Harper, Rocca, 2014).
- Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women (Fleming, Sokoloff, Raine, 2010).
- Women's Knowledge About Intrauterine Contraception (Hladky, Allsworth, Madden, Secura, Peipert, 2011).
- Myths and misconceptions about intrauterine contraception among women seeking termination of pregnancy (Michie, Cameron, Glasier, Wellings, Loudon, 2014).
- Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City (Potter, Rubin, Sherman, 2014).
- Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device (Whitaker, Johnson, Harwood, Chiappetta, Creinind, Gold, 2008).

Responderam essa etapa da entrevista apenas as mulheres que referiram conhecer o DIU (n=957). As afirmativas foram as seguintes:

- Afirmativa 1: O DIU deve ser colocado apenas por médico. (opção correta=discordo)
- Afirmativa 2: O DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS. (opção correta=concordo)
- Afirmativa 3: O DIU pode ser usado apenas por mulheres que já têm filhos. (opção correta=discordo)
- Afirmativa 4: O homem sente o DIU durante a relação sexual. (opção correta=discordo)
- Afirmativa 5: O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes. (opção correta=concordo)

- Afirmativa 6: O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade. (opção correta=concordo)
- Afirmativa 7: O DIU é colocado por meio de uma cirurgia. (opção correta=discordo)
- Afirmativa 8: O DIU é abortivo. (opção correta=discordo)
- Afirmativa 9: Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar. (opção correta=discordo)
- Afirmativa 10: O DIU aumenta o risco de câncer de útero. (opção correta=discordo)
- Afirmativa 11: O DIU é mais eficaz [faz mais efeito] do que a injeção anticoncepcional. (opção correta=concordo)
- Afirmativa 12: O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis. (opção correta=discordo)

As respostas a todas essas afirmativas foram descritas por meio de proporções, agrupando os acertos de cada uma das afirmativas.

Pelo fato do conhecimento ser uma variável do tipo “latente”, ou seja, que não pode ser medida e/ou observada diretamente, fez-se necessária uma análise que considerasse a subjetividade e a dificuldade de se “mensurar” o conhecimento das mulheres sobre o DIU (DeVellis, 2012). Isso foi alcançado por meio de três estratégias: 1) Teoria de Resposta ao Item; 2) Análise fatorial; 3) Alpha de Cronbach. A intenção foi escolher, com base nessas estratégias, quais afirmativas deveriam compor o construto “nível de conhecimento sobre o DIU”.

A Teoria de Resposta ao Item (TRI) é “um conjunto de modelos matemáticos que procuram representar a probabilidade de um indivíduo dar uma certa resposta a um item como função dos parâmetros do item e da habilidade do respondente” (Andrade et al., 2000). Desta forma, quanto maior a habilidade, maior a probabilidade de acerto no item. Essa relação probabilística está matematicamente apresentada na Curva Característica do Item – CCI (Figura 3). Essa curva “tem forma de ‘S’ com inclinação e deslocamento na escala de habilidade definidos pelos parâmetros do item” (Andrade et al., 2000). Cada uma das 12 afirmativas está representada por uma cor e com as siglas Q1 a Q12, respectivamente.

Figura 3 – Curva Característica do Item

A TRI também pode ser usada para a interpretação da qualidade/utilidade das questões para mensurar o traço latente dos indivíduos, de forma que itens podem ser excluídos, dependendo de propriedades específicas. Por exemplo, a análise do poder de discriminação de um item pode embasar a decisão de manter ou descartar um item da escala. Devem ser descartados itens que têm baixo poder de discriminação, ou seja, indivíduos com baixa ou alta habilidade têm praticamente a mesma probabilidade de responder corretamente o item. Seguiu-se a seguinte classificação do parâmetro de discriminação: nenhuma: 0,0; muito baixa: de 0,01 até 0,34; baixa: de 0,35 até 0,64; moderada: de 0,65 até 1,34; alta: de 1,35 até 1,69; muito alta: maior que 1,70 (Baker, 2001). No Quadro 2 estão apresentados os valores de discriminação de cada um dos 12 itens.

Quadro 2 – Parâmetros de discriminação dos itens da escala. São Paulo, 2015.

Item	Afirmativa	Discriminação
1	O DIU deve ser colocado apenas por médico.	0,392
2	O DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS.	0,439
3	O DIU pode ser usado apenas por mulheres que já têm filhos.	0,724

Item	Afirmativa	Discriminação
4	O homem sente o DIU durante a relação sexual.	1,829
5	O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes.	0,274
6	O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade.	0,385
7	O DIU é colocado por meio de uma cirurgia.	0,838
8	O DIU é abortivo.	1,537
9	Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar.	2,074
10	O DIU aumenta o risco de câncer de útero.	2,459
11	O DIU é mais eficaz [faz mais efeito] do que a injeção anticoncepcional.	0,201
12	O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis.	1,421

A partir da análise da curva apresentada na Figura 3 e da discriminação dos itens apresentada no Quadro 2, conclui-se que as afirmativas 1, 2, 5, 6 e 11 (discriminação muito baixa e baixa) não deveriam compor a variável “nível de conhecimento sobre o DIU”, pois não estariam contribuindo para a mensuração do mesmo, já que o acerto dessas afirmativas parece não estar relacionado com a habilidade das respondentes. As afirmativas que permaneceram para análise do “nível de conhecimento sobre o DIU” foram aquelas que apresentaram discriminação moderada, alta e muito alta, que foram as afirmativas 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 12.

A opção por considerar apenas essas sete afirmativas na análise o conhecimento sobre o DIU foi confirmada por meio da análise fatorial. Análise fatorial é uma técnica multivariada cujo objetivo é determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas. Essas variáveis observadas compõem um mesmo fator quando compartilham uma variância em comum (Damásio, 2012). Resultados da análise fatorial confirmaram que as sete questões carregaram em um único fator (Eigenvalue igual a 1,887), ou seja, formaram um único construto (conhecimento sobre o DIU), sendo que todas as afirmativas apresentaram cargas fatoriais maiores que 0,30⁴.

⁴ Cargas fatoriais: afirmativa 3=0,31; afirmativa 4=0,59; afirmativa 7=0,36; afirmativa 8=0,54; afirmativa 9=0,61; afirmativa 10=0,64; afirmativa 12=0,48. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a 0,80, o que significa que a aplicação da análise fatorial para o conjunto dos dados foi adequada (Damásio 2012).

O coeficiente “Alpha de Cronbach”, é “usado para medir a consistência interna dos itens” de determinada escala (Heo, Kim e Faith, 2015). Este coeficiente quantifica, num intervalo de 0 a 1, a confiabilidade de uma escala, sendo que o valor mínimo para considerá-la confiável é 0,7. O alfa obtido na escala composta pelos 12 itens foi de 0,651. Já na escala composta pelos itens 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 12, o alfa obtido foi de 0,714, atingindo o valor mínimo para considerar a escala proposta como confiável. Dessa forma, para análise do “nível de conhecimento sobre o DIU”, considerou-se apenas as respostas às afirmativas 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 12.

O nível de conhecimento foi mensurado, finalmente, considerando os acertos como valor 1, ao passo que as respostas incorretas e as respostas “não sei” foram consideradas como valor 0. Cada mulher teve sua pontuação somada, obtendo um escore que variou de 0 a 7. Quanto maior a pontuação, maior o nível de conhecimento sobre o DIU.

A fim de caracterizar as mulheres segundo o nível de conhecimento sobre o DIU, procedeu-se à análise comparando as mulheres que tiveram número de acertos abaixo ou igual à mediana (≤ 3) com as mulheres que tiveram número de acerto acima da mediana (> 3). Aspectos associados ao nível de conhecimento sobre o DIU foram analisados por meio do teste de diferença entre proporções pelo qui-quadrado e, posteriormente, por meio de regressão logística múltipla, com entrada simultânea das variáveis independentes que foram as características sociodemográficas e reprodutivas, inclusive o uso do DIU. Optou-se por não incluir a variável “Número de gravidezes” na regressão logística por ser uma variável semelhante à “Número de filhos”.

Etapas 2.2 – Atitudes

Para a análise das atitudes sobre o DIU, as mulheres que conheciam o DIU, que não eram laqueadas e nem seus parceiros vasectomizados, e nunca o usaram ($n=849$), foram questionadas acerca das razões para tal e também responderam se gostariam de usá-lo no futuro. As mulheres que não sabiam se gostariam de usá-lo ou que afirmaram que não gostariam de usá-lo ($n=531$) expressaram suas razões, conforme ilustrado na Figura 4. A análise foi realizada por meio de números absolutos e proporções.

Figura 4 – Fluxograma das atitudes das mulheres sobre o DIU.

Etapa 2.3 – Práticas

Para a análise das práticas relacionadas ao DIU, o teste do Qui-quadrado foi usado para comparar as mulheres que usaram/usam/gostariam de usar o DIU com as que nunca usaram/não usam/não gostariam de usar o DIU em relação às características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas.

4.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 1.833.158/2016 – Anexo 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 1.876.178/2016 – Anexo 2). A coleta de dados foi iniciada após anuência das Coordenadorias Regionais de Saúde, das Supervisões Técnicas de Saúde e dos gerentes responsáveis pelas UBS onde a pesquisa foi realizada.

As mulheres foram convidadas a participar do estudo após uma explicação de seus objetivos, do conteúdo de suas questões e das etapas da entrevista. Nesse momento, as participantes que aceitavam participar da pesquisa assinavam o TCLE. Foi enfatizado que o formulário seria constituído de perguntas de cunho íntimo e pessoal e que, por isso, a participação seria voluntária e espontânea, não acarretando nenhum tipo de prejuízo caso a mesma não quisesse participar, assim como não haveria remuneração caso participasse. As participantes tiveram assegurada a sua privacidade quanto ao sigilo dos relatos e respeitados os valores socioculturais. Este estudo adotou procedimentos que garantiram a não-discriminação ou a não-estigmatização dos indivíduos envolvidos na pesquisa.

Os riscos oferecidos foram mínimos e incluíram certo desconforto em responder perguntas de cunho íntimo. Com relação aos benefícios, as participantes receberam orientações individuais das próprias entrevistadoras sobre contracepção, de acordo com a sua demanda e necessidade após o término da entrevista de forma a evitar interferência nas respostas sobre conhecimento. As participantes também receberam um folheto explicativo sobre o uso da contracepção de emergência. As entrevistas foram realizadas em consultórios ou em lugar reservado nas dependências das UBS, mantendo-se a privacidade das mulheres.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E REPRODUTIVA DAS MULHERES

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas das 1031 mulheres que participaram do estudo. Elas tinham, em média, 30,8 anos de idade ($dp=8,0$), sendo que a maioria tinha menos de 35 anos, e seus parceiros, em média, 34,4 ($dp=9,0$). A maioria autodeclarou-se parda e pertencia ao grupo socioeconômico C. Apenas 15,1% continuou estudando após o término do ensino médio e 16,4% possuía plano de saúde. A maioria trabalhava, vivia com o parceiro e declarou-se católicas (45,0%) e evangélicas (37,6%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres. São Paulo, 2015.

Variável	n	%
Idade (anos)		
18-24	272	26,4
25-34	428	41,5
35 e mais	331	32,1
Cor da Pele*		
Não-branca	653	63,5
Branca	375	36,5
Escolaridade (anos)		
Até 8	268	26,0
9-11	607	58,9
12 e mais	156	15,1
Grupo socioeconômico*		
A e B	211	20,5
C	657	63,9
D e E	161	15,6
Religião		
Católica	464	45,0
Evangélica	388	37,6
Nenhuma	116	11,3
Outras**	63	6,1
Exerce trabalho remunerado		
Não	474	46,0
Sim	557	54,0

Variável	n	%
Possui plano de saúde		
Não	862	83,6
Sim	169	16,4
Total	1031	100,0

*Algumas mulheres se recusaram a responder.

**Outras: judia, umbandista, candomblé.

Na Tabela 2, são apresentados o perfil sexual e reprodutivo das mulheres. Em média, a menarca ocorreu aos 12,7 anos de idade (dp=1,9); a primeira relação sexual aos 17,8 anos (dp=3,0); e a primeira gravidez aos 21,2 anos (dp=5,4). A maioria das mulheres não estava grávida no momento da entrevista, porém já havia engravidado alguma vez e tinha apenas um filho. Entre as participantes, 58,9% das mulheres respondeu que não quer ter (mais) filhos; 80% das mulheres não grávidas (n=668) estava usando método contraceptivo, sendo que mais da metade usava métodos hormonais (37,9% a pílula oral e 23,5% o injetável). Apenas 2,8% das mulheres usava o DIU no momento da entrevista.

Tabela 2 – Perfil sexual e reprodutivo das mulheres. São Paulo, 2015.

Variável	Média	Dp	Mínimo	Máximo
Idade na menarca (anos)	12,7	1,9	7	37
Idade na primeira relação sexual (anos)	17,8	3,0	7	35
Idade na primeira gravidez (anos)	21,2	5,4	11	42
Variável	n	%		
Gravidez atual				
Não	835			81,0
Sim	196			19,0
Número de gravidezes (inclusive a atual)				
Nenhuma e Uma	439			42,6
Duas	301			29,2
Três e mais	291			28,2
Número de filhos				
Nenhum e Um	602			58,4
Dois	261			25,3
Três e mais	168			16,3
Aborto anterior* (n=913)				
Não	675			73,9
Sim	238			26,1

Variável	n	%
Intenção Reprodutiva		
Quer ter (mais) filhos	372	36,1
Não quer ter (mais) filhos	607	58,9
Não sabe	52	5,0
Uso de MAC** (n=835)		
Não	167	20,0
Sim	668	80,0
MAC em uso*** (n=668)		
Pílula oral	253	37,9
Camisinha masculina	157	23,5
Injetável	157	23,5
Esterilização feminina	31	4,7
Esterilização masculina	24	3,6
DIU	19	2,8
Coito interrompido	17	2,5
Outros****	10	1,5
Total	1031	100,0

*mulheres que já engravidaram

**mulheres não grávidas

***mulheres que usavam MAC e não estavam grávidas

****Outros: Tabela, Adesivo, Implante

5.2 NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O DIU

Das 1031 mulheres que participaram da pesquisa, 92,8% relataram conhecer o DIU. Tais mulheres responderam a 12 afirmativas sobre o DIU a fim de caracterizar o conhecimento das mesmas sobre este método (n=957).

Na Tabela 3, são apresentadas as 12 afirmativas com os acertos em cada uma das questões e as respostas “Concordo”, “Discordo” e “Não sei” dadas pelas mulheres sobre o DIU. Observou-se baixa porcentagem de mulheres que soube responder corretamente a maioria das afirmativas. Nenhuma delas acertou todas, ao passo que 21 (2,2%) erraram todas as respostas. O número máximo foi de 11 acertos por 13 mulheres (1,4%). As afirmativas nas quais o acerto foi mais alto foram: “O DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS” (73,3%), “O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade” (59,7%), “Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar” e “O DIU é abortivo”, ambas com 51,6% de acerto. Em contrapartida, as afirmativas nas quais o acerto foi mais baixo foram: “O DIU deve ser colocado apenas por médico” (4,3%), “O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis” (28,8%) e “O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes” (31,9%).

Tabela 3 – Número e proporção de mulheres entrevistadas, segundo as questões de conhecimento sobre o DIU. São Paulo, 2015.

Afirmativas	Acerto		Concordo		Discordo		Não sei	
	n	%	n	%	n	%	n	%
O DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS.	702	73,4	702	73,4	48	5,0	207	21,6
O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade.	571	59,7	571	59,7	161	16,8	225	23,5
Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar.	494	51,6	126	13,2	494	51,6	337	35,2
O DIU é abortivo.	494	51,6	158	16,5	494	51,6	305	31,9
O DIU é colocado por meio de uma cirurgia.	487	50,9	225	23,5	487	50,9	245	25,6
O DIU é mais eficaz [faz mais efeito] do que a injeção anticoncepcional.	435	45,5	435	45,4	207	21,6	315	32,9
O homem sente o DIU durante a relação sexual.	416	43,5	43	4,5	416	43,5	498	52,0
O DIU pode ser usado apenas por mulheres que já têm filhos.	385	40,2	355	37,1	385	40,2	217	22,7
O DIU aumenta o risco de câncer de útero.	356	37,2	162	16,9	356	37,2	439	45,9
O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes.	305	31,9	305	31,9	373	39,0	279	29,1
O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis.	275	28,8	296	30,9	275	28,8	386	40,3
O DIU deve ser colocado apenas por médico.	41	4,3	853	89,1	41	4,3	63	6,6

A fim de caracterizar as mulheres segundo o “nível de conhecimento sobre o DIU”, procedeu-se à análise do escore obtido pela somatória das afirmativas 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 12, comparando as mulheres que tiveram acerto abaixo e igual ou acima da mediana de acertos observada no grupo, que foi de 3 acertos. Apenas 43 mulheres obtiveram escore sete (4,5%), ao passo que 125 mulheres obtiveram escore zero (13,7%).

Na Tabela 4, são apresentadas as características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres, segundo o nível de conhecimento sobre o DIU, abaixo e igual ou acima da mediana de acertos. Realizou-se análise univariada, por meio do

teste do Qui-quadrado. Dentre as características sociodemográficas, as mulheres com idade entre 25-34 anos, as brancas, com escolaridade entre 9-11 anos de estudo e as católicas foram as que apresentaram maior nível de conhecimento ($p < 0,05$). Já as mulheres que trabalhavam, possuíam plano de saúde e eram unidas não mostraram diferenças estatisticamente significativa no nível de conhecimento. Para as características sexuais e reprodutivas, estar usando ou já ter usado o DIU foi associado ao nível de conhecimento sobre o DIU.

Precedeu-se então, à análise por meio da regressão logística múltipla, revelando associação com o nível de conhecimento sobre o DIU as variáveis escolaridade, grupo socioeconômico, número de filhos e uso anterior ou atual do DIU. As mulheres mais escolarizadas, de grupo socioeconômico mais elevado, que possuem mais de um filho e que usam ou já usaram o DIU têm maior nível de conhecimento sobre o DIU.

Tabela 4 – Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres, segundo o nível de conhecimento sobre o DIU abaixo ou acima da mediana de acertos. São Paulo, 2015.

Variáveis	Conhecimento				p*	OR ajustado	IC 95%
	Igual e Abaixo da mediana		Acima da mediana				
	n	%	n	%			
Idade (anos)							
18-24	155	27,4	77	19,7	0,006	1,00	-
25-34	222	39,2	189	48,3		1,57	1,04 - 2,37
35 e mais	189	33,4	125	32,0		1,25	0,77 - 2,03
Cor da Pele**							
Não-branca	380	67,4	216	55,4	<0,001	1,00	-
Branca	184	32,6	174	44,6		1,25	0,90 - 1,70
Escolaridade (anos)							
Até 8	191	33,8	53	13,5	<0,001	1,00	-
9-11	328	57,9	234	59,9		2,56	1,73 - 3,79
12 e mais	47	8,3	104	26,6		6,24	3,45 - 11,27
Grupo socioeconômico**							
A e B	80	14,2	126	32,3	<0,001	1,00	-
C	382	67,6	227	58,2		0,69	0,45 - 1,04
D e E	103	18,2	37	9,5		0,51	0,29 - 0,90
Religião							
Católica	265	46,8	160	41,0	0,029	1,00	-
Evangélica	216	38,1	146	37,3		1,32	0,95 - 1,84
Nenhuma	58	10,2	51	13,0		1,49	0,90 - 2,46
Outras***	27	4,8	34	8,7		1,47	0,76 - 2,84

Variáveis	Conhecimento				p*	OR ajustado	IC 95%
	Igual e Abaixo da mediana		Acima da mediana				
	n	%	n	%			
Trabalha							
Não	264	46,6	172	44,0	0,418	1,00	-
Sim	302	53,4	219	56,0		1,00	0,73 - 1,37
Possui plano de Saúde							
Não	489	86,4	307	78,5	0,001	1,00	-
Sim	77	13,6	84	21,5		1,12	0,74 - 1,68
Unida							
Não	154	27,2	107	27,4	0,957	1,00	-
Sim	412	72,8	284	72,6		1,04	0,72 - 1,50
Gravidez atual							
Não	454	80,2	326	83,4	0,215	1,00	-
Sim	112	19,8	65	16,6		1,02	0,72 - 1,46
Número de gravidezes							
Nenhuma e Uma	228	40,3	165	42,2	0,827	-	-
Duas	168	29,7	114	29,2		-	-
Três e mais	170	30,0	112	28,6		-	-
Número de filhos							
Nenhum e Um	326	57,6	217	55,5	0,060	1,00	-
Dois	132	23,3	115	29,4		1,65	1,11 - 2,45
Três e mais	108	19,1	59	15,1		1,27	0,79 - 2,03
Aborto anterior***							
Não	376	74,3	250	72,5	0,549	1,00	-
Sim	130	25,7	95	27,5		1,04	0,74 - 1,47
Intenção Reprodutiva							
Quer ter (mais) filhos	204	36,0	130	33,2	0,342	1,00	-
Não quer ter (mais) filhos	339	59,9	238	60,9		1,00	0,68 - 1,46
Não sabe	23	4,1	23	5,9		1,27	0,59 - 2,75
Uso de MAC							
Não	196	34,6	135	34,5	0,974	1,00	-
Sim	370	65,4	256	65,5		0,87	0,58 - 1,29
Uso atual ou anterior de DIU							
Não	544	96,1	355	90,8	0,001	1,00	-
Sim	22	3,9	36	9,2		2,53	1,40 - 4,72
Total	566	100,0	391	100,0			

*Teste Qui-quadrado.

** Algumas mulheres se recusaram a responder.

***Outras: judia, umbandista, candomblé.

**** n=506 (mulheres que já engravidaram).

5.3 ATITUDES SOBRE O DIU

As mulheres que conheciam o DIU, que não eram laqueadas e nem seus parceiros vasectomizados, mas nunca usaram o DIU (n=849) foram questionadas acerca das razões para tal e também responderam se gostariam de usá-lo no futuro. As mulheres que não sabiam ou não gostariam de usá-lo (n=531) expressaram suas razões, conforme ilustrado na Figura 5.

Figura 5 – Fluxograma das atitudes das mulheres sobre o DIU.

Na Tabela 5 são apresentadas as razões que as mulheres que nunca usaram DIU relataram para não ter usado o método e/ou para não querer usá-lo no futuro. A razão mais citada por mulheres que nunca usaram o DIU ou que não pretendiam usá-lo no futuro foi “está satisfeita com o método que usa” (31,3% das que nunca usaram e 33,9% das que não gostariam de usar no futuro), seguida de “receio dos efeitos colaterais” (18,3% das que nunca usaram e 28,6% das que não gostariam de usar no futuro) e “receio do procedimento de colocação” (9,8% das que nunca usaram e 19,6% das que não gostariam de usar no futuro). Além dessas razões, destaca-se a afirmativa 8 (“O DIU é abortivo”), tendo em vista que 48,4% das mulheres não souberam responder ou considerou o DIU como abortivo.

Tabela 5 – Razões para não uso do DIU dadas por mulheres que nunca usaram e mulheres que não gostariam de usar. São Paulo, 2015.

Razões	Razões para nunca ter usado o DIU (n=849)		Razões pelas quais não gostaria de usar DIU no futuro (n=531)	
	N	%	n	%
Está satisfeita com o método que usa	266	31,3	180	33,9
Receio dos efeitos colaterais	155	18,3	152	28,6
Receio do procedimento de colocação	83	9,8	104	19,6
Dúvidas sobre a eficácia	70	8,2	50	9,4
Não foi oferecido	61	7,2	1	0,2
Pouca informação	57	6,7	29	5,5
Receio de provocar aborto	49	5,8	10	1,9
Receio de causar infertilidade	41	4,8	11	2,1
Dificuldade de acesso	31	3,6	6	1,1
Receio de engravidar usando	24	2,8	25	4,7
Pretende engravidar	17	2,0	19	3,6
Médico desaconselhou o uso	11	1,3	5	0,9

5.4 USO ATUAL, USO ANTERIOR E DESEJO DE USAR O DIU

Dentre as entrevistadas que não estavam grávidas e usavam MAC no momento da entrevista (n=668), apenas 2,8% usavam o DIU (n=19). Na Tabela 6, são apresentadas as características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres que já usaram (n=39), usam (n=19) ou gostariam de usar o DIU no futuro (n=318).

No que concerne ao uso anterior do DIU, mulheres mais velhas (35 anos de idade e mais), que engravidaram 3 ou mais vezes, que tinham 2 ou mais filhos, que não queriam mais ter filhos e que tinham maior nível de conhecimento sobre o DIU foram as que mais haviam usado o DIU anteriormente.

Entre as mulheres que usam e não usam o DIU atualmente, o nível de conhecimento sobre o DIU foi a única variável que apresentou diferença estatisticamente significativa. As mulheres que usam o DIU atualmente têm maior conhecimento que as que não usam.

Tabela 6 – Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres, segundo o uso atual e anterior do DIU. São Paulo, 2015.

Variável	Uso do DIU					
	n	Anterior %	p*	N	Atual %	p*
Idade (anos)						
18-24	4	1,7	0,001	3	1,1	0,572
25-34	25	6,1		9	2,1	
35 e mais	29	9,2		7	2,1	
Cor da Pele**						
Não-branca	42	7,0	0,071	14	2,1	0,353
Branca	15	4,2		5	1,3	
Escolaridade (anos)						
Até 8	11	4,5	0,627	4	1,5	0,884
9-11	23	4,1		12	2,0	
12 e mais	5	3,3		3	1,9	
Grupo socioeconômico**						
A e B	14	6,8	0,070	5	2,4	0,725
C	19	3,1		12	1,8	
D e E	6	4,3		2	1,2	

Variável	Uso do DIU					
	n	Anterior %	p*	N	Atual %	p*
Religião						
Católica	26	6,1	0,873	3	2,6	0,577
Evangélica	20	5,5		10	2,7	
Nenhuma	7	6,4		6	1,5	
Outras***	5	8,2		-	-	
Exerce trabalho remunerado						
Não	27	6,2	0,876	9	1,9	0,902
Sim	31	6,0		10	1,8	
Possui plano de saúde						
Não	51	6,4	0,318	18	2,1	0,186
Sim	7	4,3		1	0,6	
Número de gravidezes						
Nenhuma e Uma	5	1,3	<0,001	7	1,6	0,876
Duas	12	4,3		6	2,0	
Três e mais	22	7,8		6	2,1	
Número de filhos						
Nenhum e Um	8	1,5	<0,001	9	1,5	0,491
Dois	17	6,9		7	2,7	
Três e mais	14	8,4		3	1,8	
Aborto anterior						
Não	39	6,2	0,258	13	1,9	0,580
Sim	19	8,4		6	2,5	
Intenção Reprodutiva						
Quer ter (mais) filhos	9	2,7	0,001	5	1,3	0,666
Não quer ter (mais) filhos	48	8,3		13	2,1	
Não sabe	1	2,2		1	1,9	
Nível de conhecimento sobre o DIU						
Igual e abaixo da mediana	15	2,7	0,007	7	1,2	0,046
Acima da mediana	24	6,1		12	3,1	
Total	58			19		

*Teste Qui-quadrado.

** Algumas mulheres se recusaram a responder.

***Outras: judia, umbandista, candomblé.

Na Tabela 7, são apresentadas as características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres segundo o desejo de usar o DIU no futuro. As mulheres mais jovens (idade entre 18-24 anos), sem religião, que possuíam plano de saúde, que não estavam em união estável, que tinham 2 filhos e que possuíam maior nível de conhecimento sobre o DIU foram as que parecem ter mais desejo de usar o DIU no futuro.

Na regressão logística múltipla, a categoria idade 35 anos e mais, estar unida e maior nível de conhecimento sobre o DIU foram as características que permaneceram estatisticamente significativas com o desejo de usar DIU. Por sua vez,

as mulheres mais velhas e unidas parecem ter menos desejo de usar o DIU. As mulheres que possuíam nível de conhecimento mais alto expressaram, em maior proporção, que gostariam de usar o DIU.

Tabela 7 – Características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres, segundo o desejo de usar o DIU no futuro. São Paulo, 2015.

Variável	Gostaria de Usar o DIU		p*	OR ajustado	IC 95%
	n	%			
Idade (anos)					
18-24	95	42,6	0,002	1,00	-
25-34	150	40,4		0,75	0,50 - 1,11
35 e mais	73	28,6		0,40	0,25 - 0,64
Cor da Pele**					
Não-branca	198	37,9	0,741	1,00	-
Branca	119	36,7		0,91	0,65 - 1,28
Escolaridade (anos)					
Até 8	66	20,7	0,072	1,00	-
9-11	193	60,7		1,05	0,71 - 1,57
12 e mais	59	18,6		1,24	0,67 - 2,29
Grupo socioeconômico**					
A e B	77	42,5	0,260	1,00	-
C	195	35,8		0,84	0,54 - 1,31
D e E	44	36,1		0,80	0,44 - 1,46
Religião					
Católica	124	33,2	0,023	1,00	-
Evangélica	124	38,0		1,18	0,84 - 1,67
Nenhuma	48	49,5		1,64	0,98 - 2,74
Outras***	22	42,3		1,09	0,54 - 2,21
Exerce trabalho remunerado					
Não	137	36,3	0,660	1,00	-
Sim	181	38,1		1,00	0,72 - 1,38
Possui plano de saúde					
Não	253	35,9	0,037	1,00	-
Sim	65	45,1		1,27	0,83 - 1,94
Unida					
Não	104	43,1	0,031	1,00	-
Sim	214	35,2		0,65	0,45 - 0,93
Número de gravidezes					
Nenhuma e Uma	135	35,6	0,287	-	-
Duas	103	41,5		-	-
Três e mais	80	36,0		-	-
Número de filhos					
Nenhum e Um	194	37,2	0,034	1,00	-
Dois	88	43,3		1,35	0,91 - 2,00
Três e mais	36	29,0		0,76	0,45 - 1,26

Variável	Gostaria de Usar o DIU		p*	OR	IC 95%
	n	%		ajustado	
Aborto anterior****					
Não	213	38,3	0,554	1,00	-
Sim	77	40,7		1,29	0,90 - 1,84
Intenção Reprodutiva					
Quer ter (mais) filhos	117	36,2	0,562	1,00	-
Não quer ter (mais) filhos	181	37,6		1,15	0,79 - 1,69
Não sabe	20	44,4		1,23	0,58 - 2,61
Nível de conhecimento sobre DIU					
Igual e abaixo da mediana	166	32,2	<0,001	1,00	-
Acima da mediana	152	45,5		1,67	1,20 - 2,33
Total	318	100,0			

*Teste Qui-quadrado.

** Algumas mulheres se recusaram a responder.

***Outras: judia, umbandista, candomblé.

****Apenas mulheres que já engravidaram.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas sobre o DIU entre mulheres em idade reprodutiva, usuárias de UBS da cidade de São Paulo. Os achados mostraram que o nível de conhecimento sobre o DIU é maior entre mulheres que tinham entre 25 e 34 anos de idade, mais escolarizadas, de grupos socioeconômicos mais altos, com dois filhos e que já tinham usado ou usavam o DIU. Por sua vez, as atitudes das mulheres sobre o DIU pareceram estar relacionadas ao conhecimento que as mesmas têm sobre o método, pois as principais razões para nunca tê-lo usado ou não querer usá-lo no futuro foram, além da satisfação com o MAC em uso, acreditar que ele seja abortivo, ter dúvidas sobre sua eficácia e receios sobre o procedimento de inserção. No que diz respeito ao uso do DIU propriamente dito, os resultados confirmaram que é pouco frequente, sendo que o nível de conhecimento sobre o mesmo foi um dos determinantes do seu uso.

O DIU é um MAC reversível, de longa duração, altamente eficaz e seguro, podendo ser usado por mulheres de todas as faixas etárias. Embora seja o método contraceptivo reversível mais usado no mundo (Kaneshiro e Aeby, 2010), é pouco usado no país (Brasil, 2008). Na literatura nacional, infelizmente, o conhecimento das mulheres sobre o DIU e a prevalência de uso ainda foram temas de pesquisa nas décadas passadas, mas, infelizmente, pouco tem sido estudado ou publicado recentemente. Esse contexto torna este estudo relevante para subsidiar ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, principalmente porque o Ministério da Saúde lançou, em março de 2017, uma iniciativa para fomentar a oferta do DIU no período pós-parto e pós-abortamento imediato, por meio de diretrizes específicas. O intuito dessa iniciativa é alcançar a meta de 10% de prevalência de uso do método em 2020 (Brasil, 2017).

No estudo ora apresentado, foram entrevistadas mulheres usuárias de UBS da cidade de São Paulo, onde o DIU de cobre está disponível. A maior parte constituiu-se de mulheres adultas jovens, e quase a totalidade era usuária exclusiva do SUS. Comparadas à população brasileira em geral, as mulheres deste estudo distinguiram-se em relação à cor, tendo em vista que a população brasileira apresenta proporção maior de brancas (45,5%); por serem mais escolarizadas, pois apenas um quarto das brasileiras possuíam o ensino médio completo; e, finalmente, por estarem inseridas em grupos socioeconômicos mais elevados, já que uma proporção maior da

população brasileira foi classificada nas classes D e E (27,0%) (IBGE, 2015). Pode ser que essas diferenças sejam devido às características diferenciadas da população que vive na cidade de São Paulo, que tem alto IDH, apesar das intensas desigualdades regionais. Além disso, quando comparada às outras capitais, a cidade de São Paulo destaca-se por possuir uma rede de atenção básica à saúde consolidada e bem estruturada, fazendo com que, mesmo indivíduos de maior renda busquem atendimento no SUS (CEBES, 2014).

Quanto ao perfil reprodutivo, as mulheres entrevistadas relataram idade na primeira gravidez semelhante à média da população brasileira feminina, que é de 21 anos de idade (Brasil, 2008; IBGE, 2015). Com relação ao número de filhos, relataram menor número de filhos que a média nacional, que é de 2,1 filhos por mulher (IBGE, 2015), o que se justifica por ainda estarem em idade reprodutiva e, assim, poderão vir a ter (mais) filhos. Apresentaram, ainda, *mix* contraceptivo diferente do que foi observado na última PNDS (Brasil, 2008), pois relataram usar mais pílula oral, camisinha e injetável, ao passo que, na PNDS, a esterilização feminina ocupou o segundo lugar dentre os métodos utilizados. Isso pode estar relacionado com um dos critérios de exclusão para participação no estudo, que foi não ter realizado laqueadura/vasectomia há mais de 5 anos, o que acarretou proporção menor de mulheres com contracepção do tipo irreversível.

No que concerne ao conhecimento sobre o DIU, a maioria das mulheres entrevistadas referiu conhecer ou, ao menos, já ter ouvido falar sobre ele. Esse achado é comparável a outros estudos nacionais, nos quais as mulheres referem conhecer o DIU em grande proporção, mesmo entre adolescentes (Belo e Silva, 2004; Brasil, 2008). No entanto, o nível de conhecimento sobre o DIU foi baixo, o que vai ao encontro de nossa hipótese e é consonante com outros estudos nacionais e internacionais, mesmo considerando diferenças metodológicas na mensuração do conhecimento.

Para mensurar o nível de conhecimento sobre o DIU, foram elaboradas 12 afirmativas, cujos conteúdos tiveram como base outros estudos (Whitaker et al., 2008; Fleming et al., 2010; Hladky et al., 2011; Craig et al., 2014; Michie et al., 2014; Potter et al., 2014). O conteúdo dessas afirmativas foi amplo e variou de itens sobre a sua disponibilidade no SUS até questões sobre eficácia e efeitos nas condições de saúde.

Dentre as afirmativas usadas para medir o nível de conhecimento sobre o DIU, a que apresentou o maior número de respostas erradas foi sobre o profissional de

saúde que pode inserir o DIU. Apesar de não ser competência exclusivamente médica, as mulheres acreditam que apenas o profissional médico pode inserí-lo, provavelmente porque essa é a realidade na maioria dos serviços de saúde que disponibilizam o DIU. Estudo realizado em Minas Gerais mostrou que é apenas o médico quem tem realizado o procedimento de inserção do DIU naquela região (Gonzaga, 2016). Entretanto, é necessário destacar que o enfermeiro treinado e capacitado pode inserir e retirar o DIU (WHO, 2012), tendo competência legal para tal prática no Brasil (Parecer 17/2010/COFEN/CTLN; COREN/SP, 2016). Isso mostra que as usuárias não veem enfermeiros inserindo ou retirando o DIU, ou seja, elas não souberam responder porque essa não é uma prática na realidade brasileira. De toda forma, essa afirmativa não teve poder discriminante na mensuração do nível de conhecimento sobre o DIU e foi excluída da análise sobre o nível de conhecimento.

A segunda afirmativa com maior proporção de erro foi sobre a indicação do uso do DIU, pois a maioria das mulheres não soube responder que pode ser usado por adolescentes. Potter et al. (2014) realizaram estudo com adolescentes estadunidenses e verificaram que a maioria realmente não considerou o DIU como um método adequado para elas. Ou seja, as adolescentes não incorporam o DIU no rol de MAC indicados para sua faixa etária. Entretanto, a OMS considera o DIU seguro para a maioria das mulheres, inclusive nulíparas e adolescentes (OMS, 2015; Brasil, 2016). Isso pode ser reflexo das barreiras impostas pelos serviços de saúde que, equivocadamente, estipulam a idade mínima de 18 anos como critério para disponibilização do DIU (Gonzaga, 2016).

Em contrapartida, mais da metade das mulheres respondeu corretamente à afirmativa “O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive com mais de 40 anos de idade”. Reitera-se o fato de que o DIU não tem contraindicações ou restrições de uso relacionadas à idade (OMS, 2015; Brasil, 2016).

A afirmativa na qual as mulheres mais responderam “não sei” foi “O homem sente o DIU durante a relação sexual”. Na verdade, o DIU é inserido na cavidade uterina, ficando no canal vaginal apenas seus fios que são, em geral, imperceptíveis. Em que pese o fato que pode haver a possibilidade remota de se sentir os fios quando são cortados muito curtos, (OMS, 2015), tal preocupação pode afastar as mulheres da decisão sobre usar o método. Essa afirmativa também não apresentou poder de discriminação adequado e foi excluída da análise final.

Outras afirmativas com maior proporção de mulheres que responderam “não sei” foram “O DIU aumenta o risco de câncer de útero” e “O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis”. Nesse sentido, Craig et al. (2014), ao coletar dados a partir de inquérito nacional dos Estados Unidos, que avaliava o conhecimento das mulheres sobre o DIU, verificaram que as mulheres relacionaram o DIU à infertilidade e ao câncer. Igualmente, Fleming et al. (2010) encontraram como razões para não usar o DIU, o receio de efeitos colaterais, a necessidade de um profissional para inserir e retirar o DIU, receios de dor e a possibilidade de causar infecções. Na verdade, são apenas dois os efeitos colaterais mais comumente associados ao uso do DIU: o aumento do fluxo menstrual e a intensificação de cólicas menstruais. Demais efeitos colaterais são descritos em casos mais específicos, não sendo relatados pela maioria das usuárias do DIU. Complicações muito raras relacionadas ao DIU são a doença inflamatória pélvica e perfuração da parede do útero. Ademais, nenhum tipo de câncer pode ser relacionado ao uso do DIU (OMS, 2015; Brasil, 2016).

A respeito da eficácia do DIU, menos da metade das participantes o considerou mais eficaz que o hormonal injetável. Da mesma forma, em estudo estadunidense, mais da metade das mulheres não soube responder corretamente a questões de conhecimento sobre o uso, segurança e eficácia do DIU (Hladky et al., 2011). Isso pode explicar, em parte, a baixa proporção de mulheres que usam o DIU no país e a preferência por outros tipos de MAC. Em contrapartida, no estudo citado acima, verificou-se que usuárias do DIU tinham mais conhecimento sobre o mesmo e foram capazes de estimar sua eficácia corretamente, semelhantemente aos achados deste estudo.

As afirmativas em que pouco mais da metade das mulheres acertou foram aquelas relacionadas com infertilidade, com o fato de ser abortivo e o modo de inserção do DIU. Kimble-Haas (1998) descreve que, na década de 1970, foi usado um DIU conhecido como “Dalkon Shield”, que causou abortos, infertilidade, doença inflamatória pélvica grave e até mesmo levou algumas mulheres à morte. Mesmo após comprovação da eficácia e da segurança dos novos DIU, dentre eles, o DIU de cobre TCu-380A (disponível no SUS), parece que muitas mulheres permanecem com receios e equívocos a respeito do seu mecanismo de ação e efeitos colaterais. Payne et al. (2016) identificaram que o medo do DIU causar danos à saúde ou infertilidade são as principais razões pelas quais as mulheres não querem utilizá-lo.

Há um conjunto de afirmativas que buscaram mensurar o nível de conhecimento das mulheres sobre o DIU, mas que, na verdade, estão mais próximas das atitudes. Coincidentemente, são as afirmativas que as mulheres menos souberam responder corretamente, o que confirma que o conhecimento sobre o método está intrinsicamente relacionado às atitudes, que, por sua vez, podem influenciar a decisão de se usar ou não o DIU. Essas afirmativas são: “Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade de engravidar”; “O DIU é abortivo”; “O DIU aumenta o risco de câncer de útero”; “O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis”.

A afirmativa que as mulheres mais acertaram foi a que indicava que o DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS, o que é bastante positivo, pois saber onde e de que forma pode-se obter o método já é um passo importante para acessá-lo. Nossa expectativa era de que a maior parte das mulheres sequer soubessem disso, pois, de acordo com Santos et al. (2014), a maioria das entrevistadas em UBS da cidade de São Paulo não sabia que a anticoncepção de emergência estava disponível naquelas unidades. Ou seja, as mulheres nem sempre sabem sobre os MAC disponíveis no SUS.

Dentre as 12 afirmativas elaboradas para mensurar o nível de conhecimento sobre o DIU, apenas sete mostraram-se com poder discriminante para, de fato, aferir o nível de conhecimento. Por meio da análise do escore obtido a partir da resposta a esses sete itens, foi possível identificar quais eram as características sociodemográficas e reprodutivas que estariam associadas ao maior nível de conhecimento sobre o DIU. As variáveis que apresentaram associação com o nível de conhecimento sobre o DIU foram a idade, a escolaridade, a inserção socioeconômica, o número de filhos e uso anterior ou atual do DIU.

Whitaker et al. (2008) também observaram, nos Estados Unidos, que a idade e a escolaridade eram associadas ao mais alto nível de conhecimento sobre o DIU. Já é consenso que a escolaridade e inserção socioeconômica têm efeitos positivos na maior parte dos indicadores de saúde reprodutiva (Soares, 2007), e, certamente, também no processo de conhecer e usar MAC. Num país repleto de desigualdades sociais, como é o caso do Brasil, cabe aos serviços de saúde minimizarem o efeito da baixa escolaridade e das condições precárias de vida – muito comum ainda na população brasileira – nos perfis de saúde reprodutiva, tendo em vista que, por influenciarem o conhecimento sobre o DIU, também impactam o uso do mesmo. Isso pode ser alcançado também por meio de adequado aconselhamento contraceptivo e

oferta imediata dos MAC disponíveis no SUS, sem barreiras ou critérios desnecessários.

Peipert et al., (2012) conduziram o projeto “CHOICE”, que consistia em ofertar aconselhamento e MAC a mulheres de uma clínica nos Estados Unidos, com o diferencial de que os métodos seriam disponibilizados no mesmo dia e sem custo. Os pesquisadores observaram que, ao receberem aconselhamento, acompanhamento e possibilidade de uso de MAC reversíveis de longa duração, as adolescentes e jovens, inclusive nulíparas, optavam pelo uso do implante ou do DIU, reforçando o fato de que o conhecimento adquirido no aconselhamento em contracepção pode fazer diferença na escolha de usar o DIU.

Fica claro, portanto, o papel dos serviços de saúde na ampliação da oferta e do uso do DIU. É justamente nos serviços de atenção básica que mulheres e casais podem obter mais informações, tanto a respeito da disponibilidade do método, quanto sobre questões técnicas, de conhecimento sobre o dispositivo. Tendo mais conhecimento, seriam minimizadas as atitudes negativas relacionadas como o receio de dor, efeitos colaterais, modo de inserção e indicações de uso. Fica clara também a estreita relação entre conhecimento, atitudes e práticas, pois quem usa o DIU parece realmente conhecê-lo melhor.

De toda forma, a atenção em contracepção não deve priorizar apenas as ações de promoção e ampliação do conhecimento sobre o DIU, tendo em vista que o escasso conhecimento constitui-se em apenas uma das inúmeras outras barreiras que influenciam o uso do DIU. Essas barreiras impostas às mulheres e aos casais ao pleno acesso aos MAC disponíveis no SUS incluem a falta de profissionais capacitados para aconselhamento em contracepção, bem como para inserção do DIU; falta de insumos nas UBS; horário de funcionamento restrito das UBS; necessidade de prescrição médica recente para dispensação de MAC; estabelecimento de apenas um dia da semana ou quinzena para a inserção do DIU; entre outras (Moura, Silva, Galvão, 2007; Assis e Jesus, 2012). Faz-se necessário, portanto, reconhecer o potencial dos serviços de saúde da atenção básica para a mudança na oferta e disponibilização dos MAC em serviços de atenção básica no país e mais esforços a fim de que as mulheres tenham a oportunidade de fazer escolhas conscientes e de forma horizontal com profissionais de saúde.

Ainda em relação aos determinantes do conhecimento sobre o DIU, ter dois filhos foi associado ao nível de conhecimento. No entanto, a intenção reprodutiva não

foi associada ao nível de conhecimento sobre o DIU, o que mostra a necessidade de se compreender melhor o mecanismo que explica a associação do número de filhos com o nível de conhecimento.

Assim como tem mostrado a literatura internacional, especialmente em países de baixa renda (Meskele e Mekonnen, 2014; Ragland et al., 2014; Mesfin e Kibret, 2016), menos da metade das mulheres entrevistadas gostaria de usar o DIU. Em acordo com os estudos citados, entre as razões que as mulheres apontaram para não querer usar o DIU, ou para nunca tê-lo usado, foram citadas preocupações sobre efeitos colaterais, modo de inserção e eficácia, o que coincide com as respostas dadas às afirmativas sobre o conhecimento do DIU, mostrando a relação intrínseca entre nível de conhecimento e atitudes sobre o DIU.

Buhling, et al. (2014a) alertaram que as atitudes sobre o DIU, a decisão da mulher pelo uso do DIU e a indicação de seu uso é mais influenciada por políticas públicas e pelo perfil do profissional de saúde que pode inserí-lo e retirá-lo (se apenas médico, ou outros profissionais de saúde) do que os próprios critérios de elegibilidade da OMS.

As mulheres mais velhas, unidas e com maior nível de conhecimento sobre o DIU foram as que relataram maior desejo de usá-lo no futuro, reforçando o perfil de usuárias ser de mulheres mais velhas e que, provavelmente, pretendem limitar o número de filhos com o uso deste método. Além disso, reitera-se a influência do conhecimento no desejo de usar.

Estudo estadunidense com adolescentes mostrou que medos e crenças acerca do DIU predominam. As participantes referiram que não o usariam, relatando medo de dor, expulsão e doenças causadas pelo DIU, considerando-o inapropriado para uso por elas (Potter et al., 2014). Outro estudo realizado no mesmo país mostrou duas principais atitudes negativas: dor para inserção e medo de mover-se pelo corpo (Michie et al., 2014).

Tanto quanto o conhecimento, as atitudes das mulheres sobre o DIU poderiam ser mais positivas se houvesse acesso a ações de aconselhamento contraceptivo regulares. No Brasil, em geral, o aconselhamento em contracepção ocorre por meio de atividades educativas conduzidas em grupo – os conhecidos grupos de planejamento familiar – que têm como limitação o fato de serem mais uma etapa, em requisito, para a realização da esterilização do que um espaço de conversas e aprendizados sobre os MAC (Pierre e Clapis, 2010; Santos e Freitas, 2011). Muitas

vezes, esse formato de aconselhamento afasta as adolescentes e outras mulheres/casais que não estão em busca de um método irreversível.

Ainda, observou-se que a satisfação com o MAC em uso foi a razão mais citada para nunca ter usado e/ou não ter o desejo de usar o DIU. A preferência por outros MAC pode ser explicada pelo fato que o uso de métodos hormonais ou de barreira – os mais usados pelas mulheres deste estudo – podem ser iniciados ou interrompidos sem a necessidade de procurar um serviço de saúde. Esses MAC tampouco tem seus mecanismos de ação associados ao aborto, não são invasivos e são amplamente conhecidos.

Ao iniciar o planejamento deste estudo, nossa hipótese era de que a dificuldade de acesso ao DIU seria uma importante barreira ao uso atual ou ao desejo de usá-lo no futuro. No entanto, tal justificativa foi pouco citada. Neste estudo, as atitudes negativas relacionaram-se mais às características do método do que às dificuldade em acessá-lo. Não se sabe se, de fato, essas mulheres já tentaram usar o DIU, mas os achados indicam que há elementos mais importantes na decisão sobre usar o DIU, como receios sobre sua eficácia, inserção e efeitos colaterais e para saúde, do que o acesso ao mesmo.

Há certo consenso na literatura sobre a relação entre o conhecimento sobre o DIU, as atitudes positivas sobre o método e o desejo de usá-lo (Hladky et al., 2011; Fleming et al., 2010; Whitaker et al., 2008). As mulheres que referiram usar o DIU no momento da entrevista eram basicamente aquelas que tinham maior nível de conhecimento sobre o método. Mulheres que já haviam usado o DIU anteriormente tinham mais de 35 anos de idade, três ou mais filhos, não queriam mais ter filhos e também tinham um nível de conhecimento mais alto sobre o DIU. Diferentemente, entretanto, de estudos nacionais que não observaram qualquer associação entre o conhecimento e o uso de outros MAC (Chofakian et al., 2016; Alves e Lopes, 2008; Schor et al., 2000), nossos achados confirmam que as mulheres que mais conhecem o DIU são aquelas que o usam. O inverso também é verdadeiro. Como se trata de um estudo transversal, não é possível compreender se as mulheres usam o DIU porque o conhecem bem ou passam a buscar informações sobre o método a partir do momento em que começam a usá-lo. Se a ampliação do uso do DIU entre as mulheres brasileiras é agora uma meta governamental, é preciso investir também na ampliação do conhecimento que se tem sobre o método, de forma que receios infundados sobre

sua eficácia, efeitos colaterais e na saúde e procedimentos de inserção não sejam impeditivos no processo de decisão pelo uso do MAC entre mulheres e casais.

Quanto ao perfil das mulheres que já usaram o DIU, sabe-se que mulheres mais velhas, em geral, já atingiram o número de filhos desejados e, assim, optam por métodos mais eficazes, de longa duração (Haimovich, 2009). Xu et al. (2011) encontraram esse mesmo perfil de mulheres usuárias do DIU entre estadunidenses, pois a maioria das usuárias do DIU tinha entre 35-44 anos de idade e iniciou um curso após o término do ensino médio. Estrada et al. (2004) também encontraram mulheres adultas, entre 35-39 anos, usuárias do DIU em Cuba e, diferentemente do achado deste estudo, a maior proporção de usuárias não tinha filhos ou tinha apenas um. Esses autores concluíram também que as mulheres que já alcançaram sua intenção reprodutiva são as que mais desejam usar o DIU.

Este estudo tem algumas limitações. A primeira delas é que as entrevistadas são usuárias de serviços de atenção básica do SUS, ou seja, os achados não podem ser generalizados às mulheres brasileiras em geral, nem às mulheres usuárias de serviços privados de saúde. Outra limitação considerável diz respeito à dificuldade de se medir o nível de conhecimento sobre o DIU. Para minimizar essa limitação, foram usadas estratégias de análise da confiabilidade e validade de escalas por meio da TRI e análise fatorial. Assim, pudemos contar com um conjunto de questões que tinham adequada validade para mensurar no nível de conhecimento sobre o DIU nessa população. Além disso, mensuramos e analisamos o conhecimento, as atitudes e práticas sobre o DIU separadamente, mas sabemos que são interconectados e mutuamente influenciáveis. Uma última limitação a ser destacada é o fato que não questionamos se as mulheres já haviam tentado usar o DIU anteriormente, o que significa que não foi possível caracterizar as mulheres que tentaram usar o DIU e descrever as barreiras que poderiam tê-las impedido de usá-lo.

A rápida coleta de dados, a heterogeneidade das UBS em que os dados foram coletados e a possibilidade de comparar características que influenciam no nível de conhecimento sobre o DIU são potencialidades deste estudo. Ainda, outros estudos poderão ser conduzidos a partir dos resultados apontados, já que permanece a pergunta: as mulheres que têm maior nível de conhecimento sobre o DIU, o têm pois são usuárias, ou usam o método porque buscaram conhecimento prévio sobre o mesmo? Ou seja, qual é a verdadeira relação que se estabelece entre o conhecimento, as atitudes e as práticas sobre o DIU para além de uma simples

associação? Outras pesquisas podem ser conduzidas a respeito da lacuna de conhecimento que se tem sobre se profissionais de saúde têm capacitação para aconselhamento em contracepção e se o realizam adequadamente; se mulheres realmente têm a possibilidade de escolha do MAC que melhor atende às suas necessidades; e, por fim, se as mulheres que têm buscado o DIU têm enfrentado barreiras para o seu uso.

7 CONCLUSÃO

Este estudo abordou importante tema na área da saúde sexual e reprodutiva, especialmente no que concerne à atenção em contracepção: o conhecimento, as atitudes e as práticas de mulheres sobre o DIU, bem como os determinantes do nível de conhecimento, do uso e do desejo de usar o mesmo.

O nível de conhecimento das mulheres sobre o DIU foi baixo, sendo que 125 mulheres obteve escore de acerto igual a zero, e apenas 43 mulheres obtiveram o escore máximo, que é sete. As afirmativas que as mulheres apresentaram mais acertos foram: “O DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS” e “O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade”. Em contrapartida as afirmativas com maiores proporções de respostas erradas foram: “O DIU deve ser colocado apenas por médico” e “O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis”. As mulheres mais escolarizadas, de grupo socioeconômico mais elevado, que possuem mais de um filho e que usam ou já usaram o DIU, têm maior nível de conhecimento sobre o DIU.

Em relação às atitudes sobre o DIU, menos da metade das mulheres referiram ter o desejo de usá-lo no futuro. As razões para isso, assim como para nunca tê-lo usado, repetiram-se: estar satisfeita com o método que usa e o receio de efeitos colaterais. Parece, portanto, que o conhecimento sobre o método está intrinsecamente relacionado às atitudes, que, por sua vez, podem influenciar a decisão de se usar ou não o DIU.

As mulheres que mais usaram o DIU foram as que tinham 35 anos de idade ou mais, tinham 2 ou mais filhos e não queriam mais ter filhos. Dentre as usuárias atuais, a única variável associada ao uso do DIU foi o nível de conhecimento sobre o mesmo, ou seja, mulheres que usavam o DIU tinham nível de conhecimento maior. As mulheres mais velhas e unidas parecem ter menos desejo de usar o DIU, ao passo que as mulheres que possuíam nível de conhecimento maior parecem ter mais desejo de usar o DIU.

8 REFERÊNCIAS

Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries. *Lancet*. 2012; 380:111-25.

Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI, Suárez L, Vara E, Castro F, Schiavon-Ermani R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Publica Mex*. 2013;55(2):235-40.

Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Rev. bras. enferm*. 2008;61(1):11-17.

Andrade DF, Tavares HR, Valle RC. Teoria de Resposta ao Item: conceitos e aplicações. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística; 2000.

Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003; Rio de Janeiro. 19(Sup. 2):S465-69.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11):2865-75.

Bahamondes L. A escolha do método contraceptivo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(5):267-70.

Baker FB. The basics of item response theory. 2ª ed. Washington: ERIC; 2001.

Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38(4): 479-487.

Berquó E, Lima LP. Intenções reprodutivas e planejamento da fecundidade. In PNDS 2006 – Relatório. Brasília, Distrito Federal; 2008:195-206.

Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 15 jan. 1996.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4ª ed. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS: 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília; 2013.

Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (Ipea). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, 2017.

Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. *Contraception*. 2014a;89:162-73.

Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014b;183:143-54.

Caetano AJ. Acesso à Contracepção Segura. In: Secretaria de Políticas para Mulheres, UNFPA. Rumos para Cairo+20: Compromissos do Governo Brasileiro com a Plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Brasília, DF; 2009. p. 59-80.

Carlotto K, Cesar JA, Hackenhaar AA, Ribeiro PRP. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(9):2054-62.

Carreno I, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):1101-09.

Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):788-94.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Saúde em Debate. Revista do centro brasileiro de estudos de saúde. 2014; edição especial.

Chofakian, CBN, Borges ALV, Sato APS, Alencar GP, Santos OA, Fujimori E. Does the knowledge of emergency contraception affect its use among high school adolescents? *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32:1-11.

Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet* [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 30] 380. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60609-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60609-6/abstract).

Coa R. Ministerio de Planificación del Desarrollo, Viceministerio de Planificación y Coordinación, Secretaria Técnica del Consejo de Población. Dinámica de la Anticoncepción en Bolivia y su interrelación con factores socioeconómicos. La Paz; 2006.

Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd); Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP). Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo; 1994.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 17/2010. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN para análise de Parecer sobre “viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento familiar reprodutivo. Brasília; 2010. p. 59-62.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP). Orientação fundamentada 060/2016. São Paulo: Câmara Técnica; 2016.

Corrêa S, Alves JED, Jannuzzi PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S, organizadora. Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília, UNFPA; 2006. p. 27-62.

Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Womens Health Issues*. 2014;24(3):281-9.

Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*. 2012; 11(2): 213-28.

Devellis R F. Scale development: Theory and applications (3e). 2012. Los Angeles: Sage.

Eshre Capri Workshop Group. Evers JLH, Farley T, Gemzell-Danielsson K, Glasier A, Hannaford P, La Vecchia C, et al. Simultaneous prevention of unintended pregnancy and STIs: a challenging compromise. *Hum Reprod Update*. 2014;20(6): 952-63.

Estrada EJP, Pérez FS, Valdés AC, Durán RP. Factores asociados al uso de DIU en mujeres de 35 a 49 años en un policlínico de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Endocrinol*. 2004;15(2).

Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016(50)2:1S-10S.

Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. 2010; 82(2):178-82.

Gonzaga, VAS. Barreiras organizacionais para disponibilização do dispositivo intrauterino nos Serviços de Atenção Básica à Saúde (Macrorregião Sul de Minas Gerais). São Paulo; 2016. 151 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Guttmacher Institute. Costs and Benefits of Investing in Contraceptive Services in Sub-Saharan Africa. Fact Sheet [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-contraceptive-services-SSA.pdf>.

Guttmacher Institute. Investing in Sexual and Reproductive Health in Asia. Fact Sheet [Internet]. 2014a [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-AddingItUp2014-Asia.pdf>.

Guttmacher Institute. Investing in Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. Fact Sheet [Internet]. 2014b [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-AddingItUp2014-LA.pdf>.

Guttmacher Institute. Contraceptive Use in the United States. Fact sheet [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 11] Available from: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contr_use.pdf.

Haimovich S. Profile of long-acting reversible contraception users in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009;14(3):187-95.

Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton Jd. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção. Baltimore: Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, Programa de Informação de População; 2001.

Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2009; 25(2):269-78.

Heo M, Kim N, Faith MS. Statistical power as a function of Cronbach alpha of instrument questionnaire items. *BMC Medical Research Methodology*. 2015;15(86):001-9.

Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's Knowledge About Intrauterine Contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):48–54.

Hohmann HL, Cremer ML, Gonzalez E, Maza M. Knowledge and attitudes about intrauterine devices among women's health care providers in El Salvador. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(3):198-202.

Holanda AAR, Holanda JCP, Mota KB, Barreto CFB, Maranhão TMO, Medeiros RD. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. *FEMINA*. 2013;41(3):141-6.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores. 2015. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Rio de Janeiro.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais dos municípios. 2016. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias.html?view=noticia&id=1&idnoticia=3244&busca=1&t=ibge-divulga-estimativas-populacionais-municipios-2016>.

Kimble-Haas SL. The intrauterine device: dispelling the myths. *Nurse Pract*. 1998;23(11):58-73.

Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *Int J Womens Health*. 2010;2:211–20.

Kish, L. *Survey Sampling*. John Wiley & Sons, Inc., New York, London. 1965;IX(643).

Lima M, Schraiber LB. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto. 2013(21)3:947-60

Leal MC, Torres JA, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Bittencourt S, Dias MAB, et al. Sumário Executivo Temático Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. 2014 [citado 2015 set 28]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.

Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Godoy HMA, Guimarães MCB, Bahamondes L. Consequências da Vasectomia: experiência de homens que se submeteram à cirurgia em Campinas (São Paulo), Brasil. *Saúde Soc*. 2011(20)3:568-78.

Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):576-82.

Martins LBM, Paiva LC, Osis MJD, Sousa MH, Neto AMP, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):57-64.

Mesfin YM, Kibret KT. Practice and Intention to use long acting and permanent contraceptive methods among married women in Ethiopia: Systematic meta-analysis. *Reproductive Health*. 2016;13:78.

Meskele M, Mekonnen W. Factors affecting women's intention to use long acting and permanent contraceptive methods in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2014;14(5):109-17.

Michie L, Cameron ST, Glasier A, Wellings K, Loudon J. Myths and misconceptions about intrauterine contraception among women seeking termination of pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2014;40(1):36-40.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(4):961-70.

Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Pinheiro AKB. Knowledge, attitude and practices regarding condom use among women prisoners: the prevention of STD/HIV in the prison setting. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):711-9.

Organização das Nações Unidas (ONU). World Contraceptive Patterns: Wall Chart. 2013. [citado 2015 nov. 25]. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>.

Organização das Nações Unidas (ONU). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015 [citado 2016 jan. 15]. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa; Escola Bloomberg de Saúde Pública – Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore: CPC, Genebra: OMS; 2007. [citado 2015 set 01]. Disponível em: http://www.reprolatina.org.br/site/pdfs/HANDBOOK_PORT.pdf.

Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad Saude Publica*. 2006;22(11):2481-90.

Payne JB, Sundstrom B, DeMaria AL. A Qualitative Study of Young Women's Beliefs About Intrauterine Devices: Fear of Infertility. *J Midwifery Womens Health*. 2016; 61(4):482-8.

Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1291-97.

Perpétuo IHO. Anticoncepção. In *PNDS 2006 – Relatório*. Brasília/DF; 2008. p. 127-42.

Pierre LAS, Clapis MJ. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(6):1161-68.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Melhorar a Saúde Materna - Nosso trabalho pelo Objetivo, 2012. [citado 2015 nov. 10]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>.

PNUD, Ipea, FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. – Brasília:, 2014. 120 p. disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>.

Potter J, Rubin SE, Sherman P. Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. *Contraception*. 2014;89(5):446-50.

Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/>.

Ragland D, Paykachat N, Dajani N. Barriers to Intrauterine Device Use at an University-Based Women's Clinic. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014;4:1058-64.

Santos JC, Freitas PM. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(3):1813-20.

Santos OA, Borges ALV, Chofakian CBN. Razões para não utilizar a anticoncepção de emergência: subestimação do risco de engravidar. *Rev. enferm. atenção saúde*. 2014;3(2):54-63.

Sathar Z, Singh S, Rashida G, Shah Z, Niazi R. Induced abortion and unintended pregnancy in Pakistan. *Stud Fam Plann*. 2014;45(4):471-91.

Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KCM, Alvarenga AT, Siqueira AAF. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(2):377-384.

Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. 2. ed. São Paulo: EDUSP; 2001.

Singh S, Darroch JE. Adding it up: costs and benefits of contraceptive services – estimates for 2012. 2012 [Internet]. Guttmacher Institute: New York, United Nations Population Fund (UNFPA). [cited 2015 Dec 02]. Available from: <https://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.

Soares VMN. Desigualdades na saúde reprodutiva das mulheres no Paraná. *Rev. bras. epidemiol*. 2007;10(3):293-309.

Xu X, Macaluso M, Frost J, Anderson JE, Curtis K, Grosse SD. Characteristics of users of intrauterine devices and other reversible contraceptive methods in the United States. *Fertil Steril*. 2011;96(5):1138-44.

Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception*. 2008;78(3):211-7.

World Health Organization (WHO). Recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting [Internet]. Geneva; 2012 [cited 2017 abr. 05]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf.

World Health Organization (WHO). Family planning. Fact sheet N° 351. Geneva; 2015. (WHO – Fact Sheet, 351). [atualizado 2015 maio]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento e uso do dispositivo intrauterino entre mulheres em idade reprodutiva

Pesquisador: KARINA SIMAO ARAUJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60797816.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.833.158

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido com amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de UBS da cidade de São Paulo. Serão analisadas as características sociodemográficas e as questões sobre o uso e o conhecimento das mulheres sobre o DIU. Este estudo integra uma investigação mais ampla, intitulada "Padrões e determinantes das descontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência", contemplada com auxílio regular Fapesp (2014/02447-5). A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2015. O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 984.976/2015) e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse estudo foram coletadas informações em amostra probabilística de 1.026 mulheres, de 18 a 49 anos de idade, usuárias de 38 Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, foi entrevistada por meio de um instrumento estruturado. Foram coletadas informações sobre as características sociodemográficas, história reprodutiva, uso de métodos contraceptivos, uso e conhecimento sobre o dispositivo intrauterino.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.833.158

Analisar o conhecimento sobre o DIU entre mulheres em idade reprodutiva atendidas em unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo.

Objetivo Secundário:

Descrever o uso do DIU entre mulheres em idade reprodutiva usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. Identificar as mulheres que gostariam de usar o DIU e as razões pelas quais não o usam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os pesquisadores entendem que "Pesquisa não oferece riscos às mulheres", entretanto, existe o risco de quebra de confidencialidade dos dados das participantes.

Benefícios:

As participantes receberam orientações individuais sobre os conteúdos abordados durante a entrevista, de acordo com a sua demanda e necessidade, e receberam um folheto explicativo sobre o uso da contracepção de emergência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de análise secundária de dados coletados em pesquisa aprovada anteriormente.

A análise proposta neste projeto não apresenta óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios não apresentam óbices éticos.

Entende-se que o termo de consentimento já foi aplicado para a pesquisa original, e agora não será aplicado novamente, pois a coleta de dados já foi realizada entre outubro e dezembro de 2015.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.833.158

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_799744.pdf	08/10/2016 09:51:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FINAL.docx	08/10/2016 09:51:27	KARINA SIMAO ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EQ_Karina_Araujo.docx	02/10/2016 21:08:23	KARINA SIMAO ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	02/10/2016 21:04:55	KARINA SIMAO ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Novembro de 2016

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento e uso do dispositivo intrauterino entre mulheres em idade reprodutiva

Pesquisador: KARINA SIMAO ARAUJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60797816.2.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.876.178

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, conduzido com amostra probabilística de mulheres de 18 a 49 anos de idade, usuárias de UBS da cidade de São Paulo. Neste estudo, serão analisadas as características sociodemográficas e as questões sobre o uso e o conhecimento das mulheres sobre o DIU. Este estudo integra uma investigação mais ampla, intitulada "Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas e o papel da anticoncepção de emergência", contemplada com auxílio regular Fapesp (2014/02447-5).

A amostra será composta de 1.026 mulheres. A coleta de dados já foi realizada entre outubro e dezembro de 2015.

Critério de Inclusão: Compõem a amostra apenas mulheres de 18 a 49 anos.

Crítérios de exclusão: não ter iniciado a vida sexual, ter realizado laqueadura ou o parceiro ter realizado vasectomia há mais de cinco anos.

As análises estatísticas serão realizadas por meio do software Stata versão 14.0, com o uso de pesos amostrais.

A análise dos resultados será dividida nas seguintes etapas:

- 1) Caracterização dos perfis sociodemográfico, do comportamento reprodutivo e contraceptivo

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.876.178

das mulheres, bem como uso e conhecimento do DIU e das mulheres que gostariam de usar o DIU e não o usam. A análise será realizada por meio de números absolutos, proporções, médias e desvios padrão. A diferença entre as proporções será testada pelo teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher. As médias serão comparadas por meio da análise de variância.

2) A análise dos fatores associados ao conhecimento sobre o DIU será realizada por meio da análise de regressão linear uni variada e múltipla a partir do escore obtido considerando os escores concernentes às respostas às afirmativas sobre o DIU.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o conhecimento sobre o DIU entre mulheres em idade reprodutiva atendidas em unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo.
- Descrever o uso do DIU entre mulheres em idade reprodutiva usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo.
- Identificar as mulheres que gostariam de usar o DIU e as razões pelas quais não o usam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pesquisa não oferece riscos às mulheres, apenas a possibilidade de desconforto ao responder o instrumento de coleta de dados.

Benefícios:

As participantes receberam orientações individuais sobre os conteúdos abordados durante a entrevista, de acordo com a sua demanda e necessidade, e receberam um folheto explicativo sobre o uso da contracepção de emergência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequadamente anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2454 E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.876.178

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 468/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_799744.pdf	04/10/2016 14:12:24		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_799744.pdf	02/10/2016 21:09:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EQ_Karina_Araujo.docx	02/10/2016 21:08:23	KARINA SIMAO ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	02/10/2016 21:04:55	KARINA SIMAO ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.876.178

SAO PAULO, 20 de Dezembro de 2016

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO 3

Exames citopatológicos cérvico vaginais por Unidade Básica de Saúde solicitante.
Município de São Paulo, 2014.

Estabelecimento	Total
2786710 UBS ADELAIDE LOPES	584
2786729 UBS AE CARVALHO	740
2064855 UBS AGUA FUNDA	935
2752166 UBS AGUA RASA	457
6408168 UBS AGUIA DE HAIA	653
4049896 UBS ALCINA PIMENTEL PIZA	588
5357861 UBS ALDEIA JARAGUA - KWARAY DJEKUPE	82
3385264 UBS ALMIRANTE DELAMARE	1.455
2786737 UBS ALTO DA RIVIERA	1.640
3503488 UBS ALTO DE PINHEIROS	895
2786745 UBS ALTO DO UMUARAMA	1.831
2030969 UBS AMERICANOPOLIS	1.632
2788241 UBS ANHANGUERA/CEO II	1.082
2786753 UBS ANTONIO PIRES F VILLA LOBO	620
6269567 UBS ATUALPA GIRAO RABELO	1.466
2786761 UBS AUGUSTO LEOPOLDO A GALVAO	1.320
6332420 UBS BARRAGEM	319
2786788 UBS BARRO BRANCO	1.074
2752174 UBS BELENZINHO-MARCUS WOLOSKE	2.423
2029618 UBS BOM RETIRO-OCTAVIO A RODOVALHO	1.170
6048633 UBS BORACEA	860
2786818 UBS BRASILANDIA	818
5313902 UBS BRASILIA - M BOI	1.929
2752182 UBS BRAS-MANOEL SALDIVA NETO	1.179
2752190 UBS BURGO PAULISTA	925
2786826 UBS BUTANTA	1.234
2786834 UBS CAMBUCI	1.504
3452689 UBS CAMPO GRANDE	1.504
2786842 UBS CAMPO LIMPO	2.037
2774763 UBS CAMPO LIMPO-FRANCISCO S SOBRINHO	1.413
2752204 UBS CANGAIBA CARLOS GENTILE DE MELLO	693
2786850 UBS CAPAO REDONDO	17
2068079 UBS CARANDIRU	1.144
4050347 UBS CARLOS GENTILE DE MELO	2.186
2064820 UBS CARLOS OLIVALDO DE S LOPES MUNIZ	1.079
2027682 UBS CASA VERDE	1.178
2786869 UBS CASA VERDE ALTA	1.155
2091712 UBS CASA VERDE BAIXA-WALTER ELIAS/CEO II	590
4050177 UBS CASTRO ALVES	1.207
2786877 UBS CAXINGUI-NANCI ABRANCHES	380

3219887 UBS CDHU-PALANQUE	1.220
3002926 UBS CELSO AUGUSTO DANIEL	1.746
6194990 UBS CHACARA CRUZEIRO DO SUL	669
3992101 UBS CHACARA DO CONDE	2.055
6280188 UBS CHACARA DO SOL	118
2786885 UBS CHACARA INGLESIA	1.139
4050053 UBS CHACARA SANTANA	1.350
6090591 UBS CHACARA SANTO AMARO	189
3049213 UBS CHACARA STA MARIA	1.952
2765993 UBS CHACARA STO ANTONIO	1.209
2027666 UBS CHORA MENINO	1.080
5743583 UBS CIDADE IPAUA	1.073
2786893 UBS CIDADE JULIA	1.453
2057131 UBS CIDADE KEMEL	1.055
2786907 UBS CIDADE LIDER I	853
2786915 UBS CIDADE NOVA SAO MIGUEL	918
2786923 UBS CIDADE PATRIARCA	1.373
2046962 UBS CIDADE PEDRO JOSE NUNES	1.463
2027038 UBS CIDADE SATELITE SANTA BARBARA	374
2774771 UBS CIDADE TIRADENTES I	2.133
2030934 UBS CIDADE VARGAS	794
3738582 UBS CITY JARAGUA	1.714
6018939 UBS COLONIA	258
2788012 UBS CONJUNTO DO IPESP	1.895
2786958 UBS COSTA MELO	1.079
4049977 UBS CRUZ DAS ALMAS	1.162
2786966 UBS CUPECE WALDOMIRO PREGNOLATTO	1.902
2786974 UBS DOM ANGELICO	866
2786982 UBS DOM JOAO NERY	1.652
2787008 UBS DOMINGOS MANTELLI	1.156
2027690 UBS DONA MARIQUINHA SCIASCIA	1.731
2042983 UBS EDUARDO ROMANO RESCHILIAN	2.322
2787024 UBS ELISIO TEIXEIRA LEITE	3.160
2752220 UBS ENG GOULART JOSE PIRES	1.306
2787032 UBS ENG TRINDADE	923
2065266 UBS ERMELINO MATARAZZO	1.017
2787040 UBS FAZENDA DA JUTA I	1.327
2788020 UBS FAZENDA DA JUTA II	1.550
3738663 UBS FAZENDA DO CARMO	1.109
2787059 UBS FERROVIARIOS	834
2787067 UBS GAIVOTAS	1.885
2042991 UBS GERALDO DA S FERREIRA/CEO II	1.393
2787075 UBS GLEBA DO PESSEGO	501
3121135 UBS GRAFICOS	834
4050010 UBS GUAIANASES II	1.416
2787083 UBS GUAIANASES I	825

2787105 UBS HORIZONTE AZUL	1.374
2068044 UBS HORTO FLORESTAL	545
2787113 UBS HUMAITA	1.662
2752247 UBS HUMBERTO CERRUTI	1.101
2788438 UBS IACAPE - J PLANALTO	1.522
2787121 UBS IGUACU	972
2787148 UBS ILZA W HUTZLER	1.477
3661660 UBS INACIO MONTEIRO	1.490
2788578 UBS INDIANOPOLIS-SIGMUND FREUD	964
7302541 UBS INTEGRAL JARDIM EDITE	957
7270941 UBS INTEGRAL JD MARINGA - VL TALARICO	1.191
7128940 UBS INTEGRAL JD MIRIAM II	2.535
2086816 UBS INTEGRAL VERA CRUZ	2.991
2046261 UBS ITAIM PAULISTA-JULIO DE GOUVEIA	1.637
2752255 UBS ITAQUERA	1.095
2787156 UBS J AEROPORTO-MASSAKI UDIHARA	1.816
4050185 UBS J ALFREDO	2.188
2787172 UBS J APUANA	825
2787180 UBS J APURA	2.643
2787199 UBS J ARACATI	822
2787202 UBS J AURORA	1.297
3016935 UBS J BANDEIRANTES	655
2787210 UBS J BOA VISTA	1.178
2075202 UBS J BRASIL	2.482
4050088 UBS J BRASILIA	1.286
2086743 UBS J CAICARA	2.719
2057271 UBS J CAMARGO NOVO	1.407
2787229 UBS J CAMPINAS	1.324
2787237 UBS J CAMPOS	1.694
2787245 UBS J CAPELA	1.703
2787253 UBS J CASTRO ALVES	2.631
5079454 UBS J CELESTE	1.189
2787261 UBS J CIDADE PIRITUBA	1.276
2787288 UBS J COIMBRA	2.130
2787318 UBS J COMERCIAL	2.558
2774798 UBS J COPA	1.466
2787326 UBS J D ABRIL	625
2042967 UBS J DA SAUDE-NEUSA ROSALIA MORALES	1.257
2787334 UBS J DAS CAMELIAS	1.185
6329527 UBS J DAS PALMAS	889
3323331 UBS J DAS PEDRAS	1.738
2787091 UBS J DOS EUCALIPTOS HELIO MOREIRA SALLES	1.545
2043009 UBS J ELBA-HUMBERTO GASTAO BODRA	1.287
6365817 UBS J ELEDY	1.753
2787369 UBS J ELIANE	3.345
2787377 UBS J ETELVINA	1.174

2787385 UBS J FANGANIELLO	1.702
5621267 UBS J FLOR DE MAIO	745
2091720 UBS J FONTALIS	1.532
2787393 UBS J GERMANIA	850
2042932 UBS J GRIMALDI	1.914
2752263 UBS J GUAIRACA	1.305
2787407 UBS J GUANABARA	1.103
2787415 UBS J GUARANI	1.586
2787423 UBS J GUARUJA	2.036
4049934 UBS J HELENA	1.123
6039111 UBS J HELGA	670
2787431 UBS J HELIAN	632
2787458 UBS J HERCULANO	1.012
2787466 UBS J ICARAI-BRASILANDIA	1.514
2787474 UBS J ICARAI-QUINTANA	1.216
2787989 UBS J INDAIA	1.398
2752239 UBS J INDEPENDENCIA - HERMENEGILDO MORBIM	1.658
2774801 UBS J IPANEMA	1.097
2752271 UBS J ITAPEMA	857
2787490 UBS J IVA	1.497
2787504 UBS J JAPAO	2.326
2787512 UBS J JAQUELINE	1.180
2787520 UBS J JOAMAR	2.743
2787539 UBS J KAGOHARA	1.467
2787547 UBS J KERALUX	402
2787555 UBS J LADEIRA ROSA	2.230
2787563 UBS J LIDIA	1.749
5120780 UBS J LOURDES	1.185
6195008 UBS J MACEDONIA	1.563
5620341 UBS J MAGDALENA	1.533
2062658 UBS J MAIA	2.641
5695813 UBS J MARACA	1.193
2787571 UBS J MARCELO	445
2027054 UBS J MARILIA	810
2787628 UBS J MIRNA	1.896
2787636 UBS J MITSUTANI	3.322
2787644 UBS J NAKAMURA	1.612
2027526 UBS J NELIA	1.701
2787652 UBS J NITEROI	1.604
2042827 UBS J NORDESTE	665
6822991 UBS J NOVO HORIZONTE	2.134
3956946 UBS J OLINDA	2.308
2787660 UBS J PANAMERICANO	1.060
2027046 UBS J PARAGUACU-GONCALO F ALVES	706
3002543 UBS J PARANAPANEMA	2.121
2787679 UBS J PAULISTANO	2.150

2787687 UBS J PENHA	1.152
2787695 UBS J PERI	920
4049993 UBS J POPULAR-MATHEUS SANTAMARIA	1.321
2787709 UBS J REPUBLICA	1.739
2787717 UBS J ROBRU-GUAIANAZES	1.208
2787725 UBS J ROBRU-SAO MIGUEL	1.482
2787733 UBS J ROMANO	889
2787741 UBS J ROSELI	674
3651770 UBS J ROSINHA	1.059
2787768 UBS J SAO BENTO	2.913
2787776 UBS J SAO FRANCISCO	731
2787784 UBS J SAO JORGE	1.302
2787806 UBS J SAO NICOLAU	772
2787814 UBS J SAO NORBERTO	668
4049942 UBS J SAO PEDRO-FRANCISCO ANTONIO CESARONI	1.124
2047004 UBS J SAO SAVERIO-AURELIO MELLONE	1.483
2787822 UBS J SAPOPEMBA	2.043
2787830 UBS J SECKLER	857
2787849 UBS J SILVA TELLES	1.475
2787857 UBS J SINHA	1.318
4050045 UBS J SOARES	2.447
4049861 UBS J SOUZA	2.155
2825767 UBS J STA MARGARIDA	1.400
2086808 UBS J STA MARIA	1.218
2787865 UBS J STA TEREZINHA	1.402
2787873 UBS J STO ANDRE	1.614
4050118 UBS J THOMAS	1.622
2787881 UBS J TIETE I	1.510
2752298 UBS J TIETE II	1.605
2787903 UBS J TRES CORACOES	2.923
2774828 UBS J TRES MARIAS-MAURICIO ZAMIJOVSKY	1.399
2787911 UBS J UMUARAMA	1.689
6380417 UBS J VALQUIRIA	899
2787938 UBS J VERA CRUZ-PERDIZES	1.130
2787946 UBS J VISTA ALEGRE	2.640
2787954 UBS J VITORIA	585
2787962 UBS JACANA	1.981
2787970 UBS JARAGUA	1.145
6332439 UBS JARDIM DAS FONTES	363
7407629 UBS JARDIM JULIETA	132
6873286 UBS JARDIM LAPENNA	802
7097778 UBS JARDIM RINCAO	924
6683991 UBS JARDIM SELMA CIDADE ADEMAR	1.986
6332463 UBS JARDIM SILVEIRA	162
2027011 UBS JD CARRAOZINHO	381
2787296 UBS JD COLONIAL	1.170

4050037 UBS JD COLORADO - JOSE PIRES	1.126
2786931 UBS JD DA CONQUISTA I	2.023
3738647 UBS JD DA CONQUISTA III	1.305
2787342 UBS JD DAS LARANJEIRAS	385
2787350 UBS JD DAS OLIVEIRAS	1.447
3689247 UBS JD IPORÁ	1.159
2787482 UBS JD IV CENTENARIO	1.255
2788152 UBS JD NOVE DE JULHO	854
7357761 UBS JD NOVO PANTANAL - PEDREIRA	1.398
3074544 UBS JD SAO CARLOS -CIDADE ADEMAR	1.653
2027631 UBS JOAQUIM ANTONIO EIRADO/CEO II	1.784
2042959 UBS JOAQUIM ROSSINI	1.005
2787997 UBS JORDANOPOLIS	835
2026996 UBS JOSÉ BONIFACIO I	1.045
4049950 UBS JOSE BONIFACIO II	714
4050142 UBS JOSE BONIFACIO III/LUCY MAYUMI UDAKIRI	1.258
2752301 UBS JOSE DE BARROS MAGALDI	1.394
2788004 UBS JOSE MARCILIO MALTA CARDOSO	2.006
2042541 UBS JOSE TOLEDO PIZA	1.001
2788462 UBS JUSCELINO KUBITSCHK	119
2788039 UBS LARANJEIRAS	1.175
2788047 UBS LAUZANE PAULISTA	1.102
3614948 UBS LUAR DO SERTÃO	2.146
2788055 UBS LUIZ ERNESTO MAZZONI	1.243
2788063 UBS MANUEL JOAQUIM PERA	791
2766000 UBS MAR PAULISTA	1.435
2788071 UBS MARIA CECILIA F DONNANGELO/CEO II	1.138
6332471 UBS MARSILAC	116
2043017 UBS MASCARENHAS DE MORAES	1.608
2788594 UBS MASSAGISTA MARIO AMERICO	932
2788098 UBS MATA VIRGEM	1.687
2027380 UBS MENINOPOLIS-MARIO NAPOLITANO	492
2788101 UBS MILTON SANTOS	411
2788128 UBS MOINHO VELHO II	663
2042258 UBS MOOCA I	1.358
2091739 UBS MORADA DO SOL	791
3651762 UBS MORRO DOCE	1.870
2788209 UBS NITRO OPERARIA-PAULO FELDMAN	995
6332498 UBS NOVA AMERICA	181
6879810 UBS NOVA ESPERANCA	1.149
3661741 UBS NOVO CAMINHO	1.514
2788160 UBS NOVO JARDIM I	1.472
2788144 UBS NSRA DO BRASIL-ARMANDO DARIENZO	1.646
4050134 UBS NSRA DO CARMO	1.740
2027070 UBS PADRE MANOEL DA NOBREGA	1.475
2788179 UBS PARADA XV DE NOVENBRO	938

2788187 UBS PARAISOPOLIS	2.194
3956954 UBS PARAISÓPOLIS II	2.419
6564410 UBS PARAISOPOLIS III	1.787
4050150 UBS PARELHEIROS	1.755
2788195 UBS PARI	1.048
5992842 UBS PARQUE MARIA HELENA	10
6283616 UBS PARQUE PAULISTANO	1.831
4050398 UBS PASTORAL	616
2788217 UBS PAULO VI	2.106
4049926 UBS PE JOSE DE ANCHIETA	909
4050002 UBS PEDRO DE SOUZA CAMPOS	1.449
2788225 UBS PERUS	850
2786990 UBS PONTE SECA-DOM LUCIANO BERGAMINI	619
2788233 UBS PQ ANHANGUERA	917
2788268 UBS PQ ARARIBA/CEO II LRPD	2.740
2752328 UBS PQ ARTHUR ALVIM	1.069
2788276 UBS PQ BOA ESPERANCA	1.363
2788284 UBS PQ BRISTOL	1.105
2027461 UBS PQ DA LAPA	1.169
4050223 UBS PQ DO LAGO	1.281
2788292 UBS PQ DOROTEIA	2.118
2788306 UBS PQ EDU CHAVES	1.878
2788314 UBS PQ ENGENHO II	2.255
2788322 UBS PQ FERNANDA	1.780
2815451 UBS PQ FIGUEIRA GRANDE	1.841
2788330 UBS PQ IMPERIAL-MANOEL A S SARAGOSA	910
3738604 UBS PQ MARIA DOMITILA	1.091
2788349 UBS PQ NOVO MUNDO I	2.811
2788357 UBS PQ NOVO MUNDO II	2.080
2788365 UBS PQ NOVO STO AMARO	2.026
2788373 UBS PQ PERUCHE	698
2788381 UBS PQ REGINA	1.901
2788403 UBS PQ RESID COCAIA INDEPENDENTE	3.022
2057891 UBS PQ SAO LUCAS	1.692
4049853 UBS PQ SAO RAFAEL - DRª ORA ROSEN	1.216
2788411 UBS PQ STA MADALENA	457
2788446 UBS PQ STA RITA	1.489
2788454 UBS PQ STO ANTONIO/CEO II	3.254
4049969 UBS PRESTES MAIA	783
2766019 UBS PRIMEIRO DE OUTUBRO	1.711
2027305 UBS PROFETA JEREMIAS	879
2788470 UBS REAL PQ-PAULO MANGAEIRA ALBERNAZ	1.044
2027321 UBS RECANTO CAMPO BELO	3.792
3105504 UBS RECANTO DOS HUMILDES	1.993
2788489 UBS RECANTO VERDE DO SOL	2.138
6090621 UBS REPUBLICA	1.533

2788497 UBS REUNIDAS II	1.167
4050061 UBS RIO CLARO	2.106
2788500 UBS RIO PEQUENO-PAULO DE BARROS FRANCA	752
2788519 UBS SACOMA	2.469
3469042 UBS SANTO ELIAS	762
2788527 UBS JD SÃO FRANCISCO II/CEO II	1.965
3996115 UBS SAO JORGE - CIDADE ADEMAR	1.820
2788535 UBS SAO MATEUS I	1.058
2788543 UBS SAO VICENTE DE PAULA	942
5975220 UBS SÉ	1.622
2788551 UBS SERGIO CHADDAD	1.904
2788586 UBS SILMARYA REJANE MARCOLINO SOUZA	2.373
2091798 UBS SITIO DA CASA PINTADA	978
2752336 UBS STA CECILIA HUMBERTO PASCALE	1.891
2788608 UBS STA INES	1.695
2788616 UBS STA LUCIA	2.351
2788624 UBS STA LUZIA	884
2788632 UBS STA MARIA	1.639
3004341 UBS STO ESTEVAO-CARMOSINA	1.880
2074079 UBS TEOTONIO VILELA	1.442
2788659 UBS THERSIO VENTURA	1.902
2788667 UBS UNIAO DAS VILAS DE TAIPAS	2.354
2819856 UBS UNIAO DE V NOVA II-ADAO MANOEL	2.702
2027291 UBS UNIAO V NOVA I	931
2027275 UBS V ALBERTINA-OSVALDO MARCAL	1.709
2045451 UBS V ALPINA-HERMINIO MOREIRA	883
2788675 UBS V ANASTACIO	402
2788683 UBS V ANGLO-JOSE SERRA RIBEIRO	1.081
2788691 UBS V ANTONIETA	726
2788705 UBS V APARECIDA	1.470
2788713 UBS V ARAPUA	68
2788721 UBS V ARICANDUVA	1.083
2788748 UBS V ARRIETE-DECIO PACH PED	1.153
2752212 UBS V AURORA-DOMINGOS MAZZONETO DE CILO	1.224
2788756 UBS V BARBOSA	1.214
2752344 UBS V BERTIOGA DOMINGOS DELASCIO/CEO II	784
2788764 UBS V BORGES	1.347
2026988 UBS V CALIFORNIA-ZERIVAL BRUSCAGIN	1.367
3762831 UBS V CALU	1.505
2752352 UBS V CARRAO-DR ADHEMAR MONTEIRO PACHECO/C	550
2788780 UBS V CHABILANDIA	1.207
2079070 UBS V CISPER	1.681
2788799 UBS V CONSTANCIA-VICENTE OCTAVIO GUIDA	1.648
2789310 UBS V COSMOPOLITA	681
2788802 UBS V CURUCA	1.454
2788810 UBS V DALVA-GUILHERME HENRIQUE P COELHO	936

4049810 UBS V DAS BELEZAS-ALBERTO AMBROSIO	1.521
2788829 UBS V DAS MERCES	1.209
2788837 UBS V DIONISIA	3.595
2788845 UBS V EDE	1.265
2788853 UBS V ESPANHOLA	1.519
2788861 UBS V ESPERANCA-CASSIO BITTENCOURT FILHO	1.638
2788888 UBS V ESPERANCA-EMILIO SANTIAGO OLIVEIRA	904
2788896 UBS V FORMOSA	582
2788918 UBS V FORMOSA-ANTONIO DA S E OLIVEIRA	1.310
4049799 UBS V FORMOSA-JOSE GONZALES	907
2788926 UBS V GRANADA-ALFREDO FERREIRA PAULINO F	1.006
2788934 UBS V GUACURI	1.693
2788942 UBS V GUARANI	725
2788950 UBS V GUILHERME/CEO II	1.305
2788969 UBS V GUILHERMINA - DR AMERICO RASPA NETO	591
2787598 UBS V GUMERCINDO-JANDIRA MASSUR	605
2026961 UBS V HELOISA	1.214
2788977 UBS V IMPERIO II	1.345
2788985 UBS V IPOJUCA-WANDA COELHO DE MORAES	1.129
2788993 UBS V IZOLINA MAZZEI	902
2789000 UBS V JACUI	1.197
2789019 UBS V JAGUARA	765
2751828 UBS V JOANIZA - JOAO YUNES	1.608
2068109 UBS V LEONOR	1.672
2789027 UBS V MAGGI	1.549
2789035 UBS V MANGALOT	534
2027720 UBS V MARIA-LUIZ PAULO GNECCO	997
2789043 UBS V MATILDE	1.464
2789051 UBS V MEDEIROS	1.711
2789078 UBS V MISSIONARIA	2.594
2042975 UBS V MONUMENTO-OSWALDO MARASCA JR	936
2789086 UBS V MORAES-JOAO PAULO BOTELHO VIEIRA	1.087
2027674 UBS V NIVI	1.564
4050207 UBS V NOVA CURUCA	1.520
2789108 UBS V NOVA GALVAO	2.150
2789116 UBS V NOVA JAGUARE	2.729
2752360 UBS V NOVA MANCHESTER-ARLINDO GENNARI	410
2789124 UBS V NOVA YORK	1.003
2789094 UBS V NSRA APARECIDA	1.212
2789132 UBS V OLIMPIA-MAX PERLMAN	367
2752379 UBS V ORATORIO-TITO PEDRO MASCELANI	1.694
2789140 UBS V PALMEIRAS	1.466
2789159 UBS V PENTEADO	1.910
2789167 UBS V PEREIRA BARRETO	991
2789175 UBS V PIAUI	633
2789183 UBS V PIRITUBA	1.880

2789191 UBS V PRAIA-VITORIO ROLANDO BOCCALATTI	728
2789205 UBS V PREL-ANTONIO BERNARDES DE OLIVEIRA	4.761
2075016 UBS V PROGRESSO	2.976
2789213 UBS V PROGRESSO-J MONTE ALEGRE	1.162
3359131 UBS V PRUDENTE	2.267
2027062 UBS V RAMOS QUALIS	1.361
4050126 UBS V RAMOS-LUIS AUGUSTO DE CAMPOS	2.071
4050029 UBS V REGINA	1.255
2789221 UBS V RENATO	872
4050401 UBS V REUNIDAS I	1.688
2789248 UBS V ROMANA	1.167
2063670 UBS V SABRINA	994
4050215 UBS V SANTANA	1.742
2789256 UBS V SONIA	2.629
2046997 UBS V STA CATARINA	1.633
2752387 UBS V STO ESTEVAO	1.351
2789264 UBS V TEREZINHA	1.146
2789272 UBS V ZATT	1.214
2789280 UBS VARGEM GRANDE	1.627
2789299 UBS VARGINHA	3.668
2789302 UBS VELEIROS	295
3561186 UBS VERA POTY	152
6377742 UBS VILA CAIUBA	1.437
6165516 UBS VILA CAMPESTRE	1.346
7136617 UBS VILA CANAA	788
5479517 UBS VILA CARIOCA	736
3708411 UBS VILA CLARA	1.812
6974511 UBS VILA DIONISIA II	1.007
6332501 UBS VILA MARCELO	622
6998186 UBS VILA NATAL	1.645
6332528 UBS VILA ROSCHEL	309
4049985 UBS WAMBERTO DIAS DA COSTA	1.485
2815273 UBS ZUMBI DOS PALMARES	2.850
Total	604.867

Fonte: SES – Secretaria de Estado da Saúde São Paulo / Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO.

Elaboração: SMS-SP/CEInfo/Gerência de Informação Assistencial

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PLANO AMOSTRAL

UBS: _____

Plano amostral

Número	Nome	Ação
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		

Número	Nome	Ação
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		

Dia 1

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolaou agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 2

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolau agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 3

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolau agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

Dia 4

Quantas mulheres tinham exame de Papanicolau agendado ou compareceram para fazer o exame? ____

Quantas mulheres tinham consulta médica e/ou de enfermagem agendadas? ____

Quantas mulheres foram abordadas? ____

Quantas mulheres foram entrevistadas? ____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório para Pesquisas Científicas em Seres Humanos - Resolução CNS no. 466/2012)

Estamos realizando uma pesquisa no município de São Paulo com o objetivo de avaliar as discontinuidades no uso de métodos contraceptivos entre mulheres. Na verdade, gostaríamos de conhecer a sua história contraceptiva nos últimos cinco anos, ou seja, quais os métodos contraceptivos que você usou neste período. Esta pesquisa é coordenada pela Profa. Dra. Ana Luiza Vilela Borges, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A pesquisa consta de uma entrevista em que serão feitas perguntas sobre suas características sociodemográficas, história reprodutiva e contracepção. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins de divulgação científica, mas também para auxiliar os profissionais de saúde a melhorarem a atenção em contracepção prestada às mulheres.

Este questionário é anônimo, ou seja, seu nome não aparece em nenhum momento. Todas as informações colhidas são sigilosas e você não será identificada. Caso você tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, esteja à vontade para me perguntar ou entrar em contato com a Coordenação do Projeto. Você pode se recusar a participar da pesquisa inteira ou de qualquer parte dela e isto será bem compreendido pela entrevistadora.

Este formulário serve para comprovar que você está de acordo em participar desta pesquisa. Você deverá assinar as duas vias, ficar com uma para você e entregar a outra para a pesquisadora.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com:

Coordenadora do Projeto:

Ana Luiza Vilela Borges
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05401-001 São Paulo/SP
Tel: (11) 3061 7652 Fax: (11) 3061 7662
E-mail: alvilela@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa:

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05401-001 São Paulo/SP
Tel: (11) 3061 748/8858 Fax: (11) 3061 7548
E-mail: edipesq@usp.br

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com

Concordo em participar da pesquisa

Assinatura da entrevistada

Se não souber assinar o nome, marque com X

☐

Local e data: _____

APÊNDICE C – FORMULÁRIO

PESQUISA SOBRE DESCONTINUIDADES CONTRACEPTIVAS – 2015

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Identificação do formulário:

Número do formulário: __ __ __ __

Data: __/__/__

Município: São Paulo

UBS: [fechada]

Entrevistadora:

Horário de início da entrevista: __h__min

Identificação da entrevistada (apenas primeiro nome):

Telefone para contato:

Celular:

Fixo:

Características sociodemográficas:

1. Qual é a sua data de nascimento? __/__/__ [preencher em dia/mês/ano]

2. Qual é a sua religião?

0 () Nenhuma

1 () Católica

2 () Evangélica

3 () Espírita

4 () Afro-brasileira (candomblé, umbanda)

5 () Outra

3. Qual foi a última série que concluiu com aprovação? __ __ anos de escolaridade

4. Como você classifica sua cor? [estimulada]

1 () Branca

2 () Parda

3 () Preta

4 () Amarela

5 () Indígena

5. Você exerce alguma atividade remunerada?

0 () Não

1 () Sim

6. Está procurando emprego atualmente?

0 () Não

1 () Sim

7. Você tem plano de saúde ou convênio?

0 () Não

1 () Sim

8. Atualmente está casada ou em união com alguém? [estimulada]

0 () Não

1 () Sim [pular para questão 10]

9. Alguma vez já esteve casada ou em união com alguém?

0 () Não [pular para questão 13]

1 () Sim [pular para questão 13]

10. O seu marido/parceiro mora atualmente com você ou mora em outro lugar?

1 () Sim, mora

2 () Não, mora em outro lugar

11. Qual idade tem seu marido/parceiro? ____

12. Qual é a última série que seu marido/parceiro concluiu com aprovação? ____
anos de estudo

Características socioeconômicas:

13. Na residência em que você mora, há quantos banheiros?

0 () Nenhum

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

14. Na residência em que você mora, há quantas(os) empregadas(os) domésticas(os) mensalistas, quer dizer, que trabalham em sua casa de modo permanente por cinco ou mais dias por semana, incluindo babás, motoristas, cozinheiras, etc?

0 () Nenhum(a)

1 () 1

2 () 2

3 () 3

4 () 4 ou mais

15. Na residência em que você mora, há quantos automóveis/carro para uso pessoal ou da família (não considerar táxis, vans ou caminhonetes usadas para fretes, ou qualquer veículo usado para atividade profissional)?

0 () Nenhum

1 () 1

- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

16. Na residência em que você mora, há quantos microcomputadores?

- 0 () Nenhum
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

17. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar louça?

- 0 () Nenhuma
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

18. Na residência em que você mora, há quantas geladeiras?

- 0 () Nenhuma
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

19. Na residência em que você mora, há quantos freezers? (considerar aparelho independente ou 2ª porta externa da geladeira duplex)

- 0 () Nenhum
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

20. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de lavar roupa?

- 0 () Nenhuma
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

21. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de DVD?

- 0 () Nenhum
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

22. Na residência em que você mora, há quantos aparelhos de micro-ondas?

- 0 () Nenhum
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

23. Na residência em que você mora, há quantas motocicletas?

- 0 () Nenhuma

- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

24. Na residência em que você mora, há quantas máquinas de secar roupa?

- 0 () Nenhuma
- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4 ou mais

25. Qual é a escolaridade do chefe de sua família?

- 0 () Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto
- 1 () Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto
- 2 () Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto
- 3 () Médio Completo/Superior Incompleto
- 4 () Superior Completo

26. Você ou alguém do seu domicílio recebe algum tipo de benefício social?

- 0 () Não
- 1 () Seguro-desemprego
- 2 () Bolsa-família
- 3 () Bolsa-escola
- 4 () Pensão
- 5 () Aposentadoria
- 6 () outro

27. Na rua em que você mora, tem água encanada?

- 0 () Não
- 4 () Sim

28. A rua em que você mora é pavimentada?

- 0 () Não
- 2 () Sim

Agora, necessitamos de algumas informações sobre sua atividade sexual e história reprodutiva, para melhor entender as questões de saúde reprodutiva.

29. Qual idade você tinha quando menstruou pela primeira vez? __ __

30. Você já teve alguma relação sexual?

- 0 () Não [agradecer a participação: a pesquisa termina aqui]
- 1 () Sim

31. Qual idade tinha quando teve a primeira relação sexual? __ __

32. Quantos parceiros sexuais você teve na vida? __ __

33. Está grávida atualmente?

- 0 () Não
- 1 () Sim [pular para questão 35]
- 2 () Não sei

34. Já engravidou alguma vez (considerar mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim)?

0 () Não [pular para questão 39]

1 () Sim

35. Qual idade você tinha quando engravidou pela primeira vez? ____

36. Quantas vezes você já engravidou? ____

37. Já teve algum abortamento?

0 () Não [pular para questão 38]

1 () Sim

37-1. Se sim, foi aborto espontâneo ou provocado?

1 () Espontâneo

2 () Provocado

3 () Espontâneo e provocado (+ de 1 abortamento)

38. Quantos filhos vivos você tem atualmente? ____

39. Se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, qual número seria este? ____

40. Qual é a sua intenção de ter filhos? [estimulada]

1 () Quer ter filhos nos próximos dois anos

2 () Quer ter filhos no futuro

3 () Não quer ter (mais) filhos

4 () Não sabe

Contracepção:

41. Atualmente, você está usando um método contraceptivo para evitar gravidez?

0 () Não [Pular para questão 54]

1 () Sim

42. Qual é o método contraceptivo que você está usando atualmente? [marcar o mais eficaz] Estimulada.

Marcar apenas um método mais eficaz.

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

10 () Implante

11 () Adesivo

- 12 () Anel vaginal
13 () Laqueadura [há mais de 5 anos? Se sim, pesquisa termina aqui]
14 () Vasectomia [há mais de 5 anos? Se sim, pesquisa termina aqui]
10 () Outro – Cite qual _____.

43. [caso tenha citado mais de um método contraceptivo, marque o método a seguir] [resposta única]

- 1 () Pílula oral
2 () Hormonal injetável
3 () Preservativo masculino
4 () Preservativo feminino
5 () DIU
6 () Diafragma
7 () Tabela
8 () Coito interrompido
9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)
10 () Implante
11 () Adesivo
12 () Anel vaginal
10 () Outro – Cite qual _____.

44. Antes de começar a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você consultou um profissional de saúde?

- 0 () Não
1 () Sim [Pular para questão 46]

45. Depois que você começou a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você recebeu alguma informação sobre o método, por algum profissional de saúde?

- 0 () Não [Pular para questão 51]
1 () Sim

46. Quem foi este profissional?

- 1 () Médico
2 () Enfermeiro
3 () Assistente social
4 () Farmacêutico
5 () Agente comunitário de saúde
6 () Auxiliar/técnico de enfermagem

47. Você foi informada sobre como utilizar [CITE NOME DO MÉTODO] corretamente?

- 0 () Não
1 () Sim

48. Você foi informada sobre as vantagens de [CITE NOME DO MÉTODO]?

- 0 () Não
1 () Sim

49. Você foi informada sobre as desvantagens de [CITE NOME DO MÉTODO]?

- 0 () Não
1 () Sim

50. Você foi informada sobre os efeitos colaterais de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

51. Você está satisfeita com o uso de [CITE NOME DO MÉTODO]?

0 () Não

1 () Sim

2 () Mais ou menos

52. Se pudesse escolher, você usaria outro método contraceptivo? Qual? [resposta única]

0 () Não quer usar outro método

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Contracepção de emergência (Pílula do dia seguinte)

10 () Laqueadura

11 () Vasectomia

12 () Implante

13 () Adesivo

14 () Anel vaginal

15 () Outro – Cite qual:_____.

53. Antes de começar a usar o [CITE NOME DO MÉTODO], você conversou com seu marido/parceiro sobre o método? Ele ajudou a decidir ou você decidiu sozinha?

0 () Sim, conversou e o marido/parceiro ajudou a decidir sobre o método

1 () Sim, conversou, mas decidiu sozinha

2 () Não conversou

3 () Não tinha parceiro na época

Agora, vamos conversar sobre o Dispositivo Intrauterino, também conhecido como DIU.

54. Você conhece ou já ouviu falar sobre o DIU?

0 () Não [Pular para questão 71]

1 () Sim

De acordo com o que você sabe sobre o DIU, responda se concorda, discorda ou não sabe sobre as afirmativas a seguir:

55. O DIU deve ser colocado apenas por médico

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

56. O DIU está disponível nas unidades de saúde do SUS.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

57. O DIU pode ser usado apenas por mulheres que já têm filhos.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

58. O homem sente o DIU durante a relação sexual.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

59. O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive adolescentes.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

60. O DIU pode ser usado por mulheres de qualquer idade, inclusive mulheres com mais de 40 anos de idade.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

61. O DIU é colocado por meio de uma cirurgia.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

62. O DIU é abortivo.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

63. Depois de retirado o DIU, a mulher tem dificuldade para engravidar.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

64. O DIU aumenta o risco de câncer de útero.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

65. O DIU é mais eficaz [faz mais efeito] do que a injeção anticoncepcional.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

66. O DIU provoca muitos efeitos colaterais desagradáveis.

1 () Concordo

2 () Discordo

3 () Não sei

67. Você já usou o DIU?

0 () Não

1 () Sim [pular para questão 71]

68. Por que nunca usou o DIU? [espontânea]

1 [] Dificuldade de acesso

2 [] Estou contente com o método que uso

3 [] Receio de provocar aborto

4 [] Médico desaconselhou a usar

5 [] Medo dos efeitos colaterais

6 [] Medo de não conseguir engravidar depois/medo de ficar infértil

7 [] Método muito invasivo

8 [] Medo do procedimento de colocação

9 [] Outros – Cite qual ou quais _____

69. Você gostaria de usar o DIU?

0 () Não

1 () Sim [pular para questão 71]

2 () Não sei

70. Por que você não gostaria de usar o DIU?

1 [] Tem dúvidas sobre sua eficácia

2 [] Acha que terá dificuldade de acesso

3 [] Está satisfeita com o método que usa

4 [] Médico desaconselhou a usar

5 [] Acha que pode provocar aborto

6 [] Tem receio dos efeitos colaterais

7 [] Tem receio de não conseguir engravidar depois (infertilidade)

8 [] Tem receio do procedimento de colocação

9 [] Outros – Cite qual ou quais _____

Agora, vamos perguntar sobre a contracepção de emergência, também chamada de pílula do dia seguinte.

71. Você já usou a contracepção de emergência?

0 () Não [Preencher o calendário contraceptivo]

1 () Sim

72. Quantas vezes você já usou a contracepção de emergência na vida? ____

73. No último ano, quantas vezes você usou a contracepção de emergência? ____

74. Quando você usou a contracepção de emergência pela última vez? [Se foi há mais de 5 anos, preencher o calendário contraceptivo]. (Resposta em meses).

75. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, você estava usando algum outro método contraceptivo?

0 () Não [pular para questão 76]

1 () Sim

75-1. Se sim, qual método? [Anotar o mais eficaz] (Resposta única)

1 () Pílula oral

2 () Hormonal injetável

3 () Preservativo masculino

4 () Preservativo feminino

5 () DIU

6 () Diafragma

7 () Tabela

8 () Coito interrompido

9 () Implante

- 10 () Adesivo
- 11 () Anel vaginal
- 12 () Outros – Cite qual ou quais_____.

76. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, você foi orientada por um profissional de saúde sobre o método?

- 0 () Não
- 1 () Sim

77. Da última vez em que você usou a contracepção de emergência, quanto tempo depois de usá-la você iniciou/retomou o uso de outro método contraceptivo?

[resposta em dias] ____

78. Qual foi o método contraceptivo que você adotou depois de usar a contracepção de emergência? [Anotar o mais eficaz] (Resposta única)

- 0 () Não adotou nenhum método
- 1 () Pílula oral
- 2 () Hormonal injetável
- 3 () Preservativo masculino
- 4 () Preservativo feminino
- 5 () DIU
- 6 () Diafragma
- 7 () Tabela
- 8 () Coito interrompido
- 9 () Pílula do dia seguinte
- 10 () Laqueadura
- 11 () Vasectomia
- 12 () Implante
- 13 () Adesivo
- 14 () Anel vaginal
- 15 () Outros – Cite qual ou quais:_____.

Preencher o calendário diário sobre a contracepção de emergência.

Agora, vamos perguntar sobre os métodos contraceptivos utilizados nos últimos cinco anos: PREENCHER O CALENDÁRIO CONTRACEPTIVO PARA TODAS AS MULHERES.