

Conocimiento e interés en el uso del dispositivo intrauterino entre mujeres usuarias de unidades salud*

Ana Luiza Vilela Borges¹

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

Karina Simão Araújo²

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

Osmara Alves dos Santos³

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

Renata Ferreira Sena Gonçalves¹

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

Elizabeth Fujimori¹

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

Eveline do Amor Divino⁴

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

Objetivo: analizar el nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino, el interés en usarlo y la relación de estos eventos entre las mujeres en edad reproductiva. **Método:** estudio transversal realizado con 1858 mujeres entre 18 y 49 años, usuarias de Unidades Básicas de Salud. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas personales. El nivel de conocimiento se evaluó mediante ítems que permitieron respuestas del tipo de acuerdo, en desacuerdo y no sé, cuyo puntaje se clasificó como inferior/igual y superior a la mediana. Se utilizaron chi-cuadrado y regresión logística múltiple, calculados en el Stata 14.2 (nivel de confianza del 95%). **Resultados:** el uso actual del dispositivo intrauterino fue poco frecuente (1,7%; n=32) y el nivel de conocimiento fue mayor entre las mujeres blancas de 25 a 34 años, más educadas, que ya usaban o habían usado el dispositivo intrauterino y residentes en Aracaju, Sergipe. El interés en usar el dispositivo intrauterino (38,0%; n=634) fue mayor entre las mujeres más jóvenes, con mayor nivel educativo, con seguro médico, solteras, sin hijos y con un mayor nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino. **Conclusión:** el nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino se asoció con el interés en usarlo.

Descriptor: Anticoncepción; Dispositivos Intrauterinos; Salud Sexual y Reproductiva; Salud de la Mujer; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

* Apoyo Financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Proceso 440577/2014-4) y de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Proceso 2014/02447-5), Brasil.

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

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

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

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

Cómo citar este artículo

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

mes día año

URL

Introducción

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo que forma parte de la categoría de los *long-acting reversible contraception*, o LARC, por ser altamente efectivo y seguro⁽¹⁾. Aunque sea el método reversible más utilizado en el mundo⁽²⁾, todavía está infrautilizado en América del Norte, Asia meridional, Oceanía y África subsahariana⁽³⁾, así como en Brasil.

En Brasil, los datos de la tercera y más reciente edición de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), realizada en 2006, revelaron que el DIU fue utilizado por el 1,5% de las mujeres⁽⁴⁾, a pesar de estar disponible en el Sistema Único de Salud (SUS) en la modalidad de DIU de cobre (el sistema intrauterino de levonorgestrel no está disponible en el SUS). Las razones de su uso insuficiente incluyen la provisión reducida y discontinua del método, la falta de profesionales calificados para su inserción, el uso de criterios innecesarios y excesivos para la disponibilidad establecida en ciertos servicios, el conocimiento inadecuado de los profesionales de la salud sobre el método, y la falta de conocimiento de las mujeres y las parejas sobre su mecanismo de acción, su seguridad y su efectividad, entre otros⁽⁵⁻⁷⁾.

Específicamente con respecto al conocimiento sobre el DIU, se sabe que está rodeado de concepciones estigmatizadas entre las mujeres⁽⁸⁻¹²⁾. En este sentido, muchos piensan que puede causar infertilidad o cáncer, que no está indicado para jóvenes o nulíparas, mientras que otras expresan un fuerte temor sobre el procedimiento de inserción⁽⁸⁻¹²⁾. Las percepciones y los temores como estos son comunes en muchos contextos, pero los estudios que abordan el tema sugieren que, si los servicios de salud y los profesionales brindan información oportuna y adecuada sobre el método, se puede aumentar la confianza en el DIU y, por lo tanto, motivación para usarlo⁽¹³⁾.

Aumentar la participación del DIU en el abanico de anticonceptivos es una buena estrategia para reducir la aparición de embarazos no deseados⁽¹⁴⁾, que en Brasil alcanzan el 55%⁽¹⁵⁾ y, por lo tanto, los abortos inseguros. Esto se debe a que, además de ser uno de los métodos reversibles más efectivos, también es adecuado para grupos que pueden tener dificultades con el uso continuo de métodos, como jóvenes o mujeres con relaciones sexuales esporádicas; puede usarse en el período posparto y postaborto⁽¹⁶⁾; las usuarias del DIU se encuentran entre las más satisfechas entre las que usan métodos anticonceptivos⁽¹⁷⁾, enfatizando que la satisfacción con el método anticonceptivo se asocia con altas tasas de continuidad en su uso⁽¹⁸⁾.

Por lo tanto, explorar el conocimiento y el interés en el uso del DIU puede proporcionar elementos

importantes para explicar el bajo porcentaje de uso en el país y estrategias para promover y expandir su uso. Una revisión de los estudios sobre el conocimiento de los profesionales de la salud y de las mujeres/parejas sobre el DIU enfatizó que, en países de ingresos bajos y medianos, como Brasil y otros países latinoamericanos, hay una falta de información sobre la perspectiva de estos grupos en relación al DIU, que, a su vez, restringe el conocimiento sobre lo que las mujeres consideran al elegir o rechazar un método⁽¹⁹⁾. El objetivo de este estudio fue analizar el nivel de conocimiento sobre el DIU, el interés en usarlo y la relación de estos eventos entre mujeres en edad reproductiva, usuarias de Unidades Básicas de Salud (UBS) en São Paulo/São Paulo, Aracaju/Sergipe y Cuiabá/Mato Grosso.

Método

Estudio cuantitativo, del tipo transversal, realizado en las ciudades de São Paulo/SP, Aracaju/SE y Cuiabá/MT, con mujeres de 18 a 49 años, usuarias de Unidades Básicas de Salud (UBS).

Para determinar el tamaño de la muestra en cada municipio, se utilizó como parámetros la proporción de mujeres a ser estimada igual al 50%; nivel de confianza del 95%; error relativo de muestreo del 5%; y efecto de diseño (*deff*) igual a 2⁽²⁰⁾, lo que configura que el tamaño de la muestra debería ser igual a 768, redondeando a 800 en São Paulo y 385 en Aracaju y Cuiabá. Teniendo en cuenta que las estimaciones deberían obtenerse entre las mujeres que utilizaban el método anticonceptivo, cuya proporción se estima en 80%⁽⁴⁾, el número de mujeres a entrevistar fue de 1000 para São Paulo y 482 para Aracaju y Cuiabá. Considerando también el porcentaje del 25% de las mujeres que no respondieron el cuestionario (rechazo o pérdida debido a problemas del entrevistador) y el porcentaje del 33% de las mujeres de 18 a 49 años que no serían elegibles para la entrevista (criterios de exclusión de este estudio fueron nunca haber tenido relaciones sexuales, usar un método irreversible e informar que no conocía el DIU)⁽⁴⁾, deberían ser seleccionadas 1993 mujeres para la ciudad de São Paulo, a fin de obtener 1000 entrevistas válidas, así como 963 mujeres en Aracaju y Cuiabá, para obtener al menos 482 entrevistas válidas en cada una de estas capitales.

El plan de muestreo se realizó mediante muestreo por conglomerados en dos etapas. La unidad de la primera etapa (unidad primaria de muestreo) consistió en las UBS, seleccionadas al azar con una probabilidad proporcional al tamaño, medida por el número de exámenes citopatológicos cervicovaginales realizados en 2014. Según este criterio, se extrajeron 38 UBS en

São Paulo, de 441; 19 UBS en Aracaju, entre 43; y 19 en Cuiabá, de 93. En las tres capitales, la encuesta se realizó en tres días consecutivos en cada UBS, y cada día, nueve mujeres fueron entrevistadas, un total de 27 entrevistas válidas diariamente por UBS. Las UBS sorteadas se distribuyen geográficamente en todas las regiones de estas ciudades, incluida la región central y los extremos de la periferia.

En la segunda etapa de selección, las mujeres que serían entrevistadas en cada UBS fueron seleccionadas por conveniencia, de acuerdo con los siguientes criterios: 1) mujeres en espera de atención para realización del examen citopatológico cervical-vaginal; 2) mujeres en espera de consulta médica o de enfermería; 3) mujeres que esperaban atención para cualquier otra actividad en la UBS. No fue posible seleccionar mujeres al azar, ya que hay varias combinaciones de organización de citas para la recolección de la prueba de Papanicolaou en las UBS, como agendar todas al mismo tiempo o abrir la demanda, sin ningún tipo de programación. Además, no todas las UBS seleccionadas ofrecieron una colección de citología oncológica, y algunas mujeres fueron derivadas para su recolección en otra UBS de referencia. En total, 3317 mujeres fueron invitadas a participar en el estudio; 225 se negaron a participar en la investigación y 1022 se incluyeron en los criterios de exclusión (no haber comenzado su vida sexual y usar un método anticonceptivo irreversible). Así, 2070 mujeres fueron entrevistadas.

La recolección de datos se realizó mediante entrevista cara a cara por investigadores de alto nivel en el campo de la salud (enfermeras, psicólogos y parteras). Los entrevistadores se acercaron a las mujeres seleccionadas y las invitaron a participar en la investigación. Se explicaron los objetivos, el contenido de las preguntas y las etapas de la entrevista. Las mujeres que aceptaron participar en la investigación firmaron el Formulario de consentimiento informado. Las entrevistas se llevaron a cabo en la UBS a través de un instrumento estructurado utilizando el Sistema de Census and Survey Processing System – CSPro en *tablets*, de octubre a diciembre de 2015 en São Paulo/SP, de agosto a septiembre de 2016 en Aracaju/SE y de agosto a octubre de 2017 en Cuiabá/MT. El instrumento fue desarrollado por los propios investigadores, después de haber sido probados previamente con 17 mujeres en dos UBS en la ciudad de São Paulo, no seleccionadas para este estudio. El instrumento abordó preguntas sobre características sociodemográficas (por ejemplo, edad, raza/color, grado de escolaridad, trabajo, posesión de bienes materiales, matrimonio, entre otras), historia reproductiva (por ejemplo, edad de menarquia, edad de inicio de la vida sexual, número de embarazos previos,

uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual), así como preguntas sobre el conocimiento y uso del DIU (uso previo y actual) y deseo de usar el DIU.

Para elaborar la variable "nivel de conocimiento sobre el DIU", se elaboraron 12 declaraciones sobre los mecanismos de acción, indicaciones de uso y efectos secundarios relacionados con el DIU, basados en estudios que también midieron el nivel de conocimiento sobre el DIU^(10-11,21-24).

Las mujeres que sabían o habían escuchado sobre el DIU respondieron a cada declaración con las siguientes opciones de respuesta: "de acuerdo", "en desacuerdo" o "no sé". Debido a que el conocimiento es una variable de tipo "latente", es decir, no puede medirse y/u observarse directamente, fue necesario un análisis que considerara la subjetividad y la dificultad de "medir" el conocimiento de las mujeres sobre el DIU⁽²⁵⁾. Esto se logró a través de tres estrategias: 1) Teoría de respuesta al ítem (TRI); 2) Análisis factorial, considerando un valor propio mayor que uno, de acuerdo con el criterio de Kaiser; 3) Alpha de Cronbach. La intención era elegir, con base en estas estrategias, qué declaraciones deberían componer el constructo "nivel de conocimiento sobre el DIU".

La TRI mostró que los siguientes ítems presentaban una discriminación moderada, alta o muy alta y fueron considerados en el siguiente paso del análisis factorial: ítem 4 – El hombre siente el DIU durante las relaciones sexuales (opción correcta=en desacuerdo, índice de discriminación igual a 1,59); ítem 7 – El DIU se coloca mediante cirugía (opción correcta=en desacuerdo, índice de discriminación igual a 1,94); ítem 8 – El DIU es abortivo (opción correcta=en desacuerdo, índice de discriminación igual a 1,58); ítem 9 – Después de sacar el DIU, la mujer tiene dificultades para quedar embarazada (opción correcta=en desacuerdo, índice de discriminación igual a 1,80); ítem 10 – el DIU aumenta el riesgo de cáncer uterino (opción correcta=en desacuerdo, tasa de discriminación igual a 1,99); y elemento 12 – el DIU causa muchos efectos secundarios desagradables (opción correcta=en desacuerdo, tasa de discriminación igual a 1,45).

El análisis factorial confirmó que estos seis ítems llevaban un solo factor (Eigenvalue igual a 1,665), es decir, formaban una sola construcción/variable latente, que es el conocimiento sobre el DIU. Además, todos los ítems mostraron cargas de factor mayores a 0,30 (ítem 4=,540; ítem 7=0,390; ítem 8=0,541; ítem 9=0,571; ítem 10=0,597; ítem 12=0,494). Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,798, lo que muestra que el conjunto de datos fue adecuado para proceder con el análisis factorial⁽²⁶⁾. Finalmente, el coeficiente Alpha de Cronbach fue de 0,706, lo que indica que esta variable latente tenía una fiabilidad adecuada.

Las respuestas correctas se codificaron como valor 1, mientras que las respuestas incorrectas y las respuestas "no sé" se consideraron como valor 0. A cada mujer se le sumó su puntaje, obteniendo un puntaje de 0 a 6 y cuanto mayor sea el puntaje, mayor será el nivel de conocimiento. Para caracterizar a las mujeres de acuerdo con su nivel de conocimiento sobre el DIU, el análisis se realizó comparando aquellas que tenían respuestas correctas por debajo o iguales a la mediana (≤ 3), con mujeres que tenían respuestas correctas por encima de la mediana (> 3). Los aspectos asociados con el nivel de conocimiento sobre el DIU se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de las diferencias entre proporciones y, posteriormente, mediante regresión logística múltiple, con entrada simultánea de las variables independientes, que fueron las características sociodemográficas y reproductivas.

Las variables independientes analizadas fueron: edad (18-24, 25-29, 30-34 y 35 años y más); raza/color de piel (blanco, moreno, negro y amarillo/indígena); nivel de educación (hasta 8, 9 a 11 y 12 años o más de estudio); trabajo remunerado (no/sí); seguro de salud (no/sí); en unión estable, es decir, conviviendo con la pareja (no/sí); embarazo actual (no/sí); número de hijos (ninguno, uno, dos, tres y más); aborto previo (no/sí); intención reproductiva (quiere tener [más] hijos, no quiere tener [más] hijos y no lo sabe); y uso de métodos anticonceptivos (ninguno, irreversible, hormonal, LARC, barrera y tradicional). En el análisis de regresión logística, el uso variable de métodos anticonceptivos también consideró a las mujeres que estaban embarazadas, con una categoría más, que se llama "embarazadas". La covariable principal fue el uso del DIU (anterior y/o actual).

Para el análisis del interés en usar el DIU, a las mujeres que no fueron lacadas y sus parejas vasectomizadas, y que no lo habían usado y nunca lo habían usado, se les preguntó por qué les gustaría usarlo en el futuro. Las mujeres que no sabían si les gustaría usarlo o que declararon que no querían usarlo expresaron sus razones. Los aspectos asociados con el interés futuro en el uso de un DIU se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de la diferencia entre proporciones. Posteriormente, se realizó una regresión logística múltiple, con entrada simultánea de las variables independientes ya mencionadas. En este modelo, la covariable principal era el nivel de conocimiento sobre el DIU. Por lo tanto, las variables dependientes fueron el nivel de conocimiento sobre el DIU (dicotómico: debajo de la mediana e igual o mayor

que la mediana) y el interés en usar el DIU (también dicotómico: no y sí). Todos los datos fueron analizados en Stata 14.2. Se consideró un nivel de confianza del 95% y se aplicó la prueba de Hosmer-Lemeshow para verificar el ajuste de los modelos.

El proyecto fue aprobado por el *Comitê de Ética em Pesquisa local e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo* (Opinión nº. 1.876.178/2016). Las autorizaciones de las secretarías de salud de la ciudad de São Paulo/ SP, Aracaju/SE y Cuiabá/MT se obtuvieron antes de que comenzara la recopilación de datos.

Resultados

Como el propósito de este estudio fue analizar la relación entre el conocimiento sobre el DIU y el interés en usarlo, la muestra consistió en 1858 mujeres que informaron haber escuchado sobre el método: 957 de São Paulo/SP, 441 de Aracaju/ SE y 460 de Cuiabá/MT.

Las mujeres tenían, en promedio, 30,5 años ($dp=7,8$) y sus parejas, 33,7 ($dp=8,9$). En promedio, la menarquia ocurrió a los 12,6 años de edad ($dp=1,8$); primera relación sexual a los 17,0 años ($dp=3,1$); y el primer embarazo a los 20,9 años ($dp=5,1$).

La mayoría de las mujeres tenían menos de 35 años y se declararon morenas (52,0%); El 15,7% continuó estudiando después de la secundaria y el 17,6% tenía seguro médico. La mayoría trabajaba y vivía con su pareja y tenía uno o más hijos. Casi una cuarta parte de las encuestadas (23,9%) estaban embarazadas en el momento de la entrevista. El aborto previo se informó en un 23,3%. Entre los participantes, el 60,2% respondió que no quería tener (más) hijos; El 80% de las mujeres no embarazadas usaron anticonceptivos, y casi la mitad utilizó métodos hormonales (49,3%) y 2,4% LARC. Treinta y dos mujeres informaron el uso del DIU en el momento de la entrevista (1,7%). Otras 67 mujeres informaron que habían usado previamente el DIU, totalizando 99 mujeres con uso previo/actual del DIU. Las características sociodemográficas y reproductivas difieren entre mujeres dependiendo de la capital donde vivían en relación con la edad, color de piel, la escuela, tener un seguro de salud, unión civil, embarazo actual y experiencia de aborto anterior. Por ejemplo, las mujeres que residen en Cuiabá/MT eran más jóvenes, más morenas y más educadas que las de São Paulo/SP y Aracaju/SE. A su vez, las mujeres que viven en Aracaju/SE reportaron la mayor experiencia de un aborto (Tabla 1).

Tabla 1 - Perfil sociodemográfico y reproductivo de mujeres usuarias de Unidades Básicas de Salud. São Paulo, SP, Aracaju, SE y Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Variables	Total	
	n	%
Edad (años)		
18-24	496	26,7
25-29	425	22,9
30-34	370	19,9
35 y más	567	30,5
Raza/color de piel		
Blanca	469	25,3
Morena	964	52,0
Negra	323	17,4
Amarilla/indígena	99	5,3
Escolaridad (años)		
Hasta 8	468	25,2
9-11	1099	59,1
12 y más	291	15,7
Trabajo remunerado		
No	867	46,7
Sí	991	53,3
Seguro médico		
No	1530	82,3
Sí	328	17,6
En unión estable		
No	479	25,8
Sí	1379	74,2
Número de hijos		
Ninguno	407	21,9
Uno	672	36,2
Dos	455	24,5
Tres y más	324	17,4
Aborto previo*		
No	1426	76,7
Sí	432	23,3
Intención reproductiva		
Quiere tener (más) hijos	623	33,5
No quiero tener (más) hijos	1118	60,2
No sabe	117	6,3
Uso del método anticonceptivo [†]		
Ninguno	305	21,6
Irreversible	99	7,0
Hormonal	697	49,3
DIU [‡] e implante	34	2,4
Barrera	238	16,8
Tradicional	41	2,9
Total	1858	100

*Aborto previo = Incluye mujeres que nunca han quedado embarazadas; [†]Uso del método anticonceptivo = No considera a las mujeres que estaban embarazadas en el momento de la entrevista; [‡]DIU = Dispositivo intrauterino

La Tabla 2 muestra los 6 ítems que conformaron la variable latente "conocimiento del DIU". Con la excepción de dos ítems, en todos los demás, menos de la mitad de las mujeres respondieron correctamente. Se observó que la mediana de las respuestas correctas fue 3; El 7,2% de las mujeres contestaron correctamente los seis ítems (n=134) y el 15,3% no logró contestar correctamente a ninguno de los ítems (n= 284).

La tabla 3 muestra la distribución del nivel de conocimiento sobre el DIU, según las características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres. En el análisis bivariado, esta variable se asoció con la edad, raza/color de piel, educación, seguro de salud, número de niños y uso actual y/o previo de DIU. El análisis de regresión logística múltiple mostró que las mujeres entre 30 y 34 años, más educadas y que usaron o habían usado el DIU tenían más probabilidades de tener un mayor nivel de conocimiento sobre el DIU, como las mujeres de Aracaju. Por otro lado, las mujeres no blancas, como las morenas, negras, amarillas e indígenas, mostraron un menor nivel de conocimiento sobre el DIU en comparación con las mujeres blancas.

Entre las mujeres que nunca usaron el DIU (n=1759), se les preguntó si les gustaría usarlo y el 58,7% informó que no. Las razones más citadas para nunca haber usado el DIU fue que no estaba interesada en el método porque está satisfecha con el método que usa (42,1%), seguido por el hecho de que no tenía información sobre el DIU y que nunca se le dio (26,7%). Las razones más citadas para no tener interés en el uso futuro del DIU fueron la falta de interés en el método y la satisfacción con el método en uso (25,1%), seguido del temor al procedimiento de inserción (13,4%) y del deseo de un método irreversible (12,3%).

La Tabla 4 muestra las características sociodemográficas y reproductivas de las mujeres, de acuerdo con su interés en usar el DIU (38,0%). En el análisis bivariado, esta variable se asoció con: municipio, edad, educación, seguro de salud, número de hijos y nivel de conocimiento sobre el DIU. El análisis de regresión logística múltiple mostró que cuanto mayores son las mujeres, es menos probable que deseen usar el DIU en comparación con las mujeres de entre 18 y 24 años. Además, las mujeres con 12 años o más de escolaridad, sin unión estable, con seguro de salud, con niños y con el más alto nivel de conocimiento sobre el DIU expresaron el mayor interés en usarlo.

Tabla 2 - Número y proporción de mujeres usuarias de Unidades Básicas de Salud, según el conocimiento sobre el DIU*. São Paulo, SP, Aracaju, SE y Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Afirmativas	De acuerdo		En desacuerdo		No sé	
	n	%	n	%	n	%
El DIU* es abortivo [†]	255	13,7	1002	54,0	600	32,3
Después de retirar el DIU*, la mujer tiene dificultad para quedar embarazada [†]	247	13,3	983	52,9	627	33,8
El DIU* se inserta mediante cirugía	450	24,2	924	49,7	484	26,1
El hombre siente el DIU* durante la relación sexual	92	4,9	768	41,3	998	53,7
El DIU* aumenta el riesgo de cáncer de útero [†]	391	21,0	698	37,6	769	41,4
El DIU* causa muchos efectos secundarios desagradables	581	31,3	538	28,9	739	39,8

*DIU = Dispositivo intrauterino; [†]Afirmativa = Una mujer no respondió

Tabla 3 - Características sociodemográficas y reproductivas de mujeres usuarias de Unidades Básicas de Salud, según el nivel de conocimiento sobre el DIU*. São Paulo, SP, Aracaju, SE y Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Variables	Nivel de conocimiento sobre el DIU* [†]				p	ORaj [‡]	IC [§] 95%
	≤ mediana		> mediana				
	n	%	n	%			
Municipio							
São Paulo	479	51,7	478	51,3	0,945	1,00	-
Aracaju	217	24,9	224	24,1		1,30	1,01-1,66
Cuiabá	231	23,4	229	24,6		1,02	0,80-1,31
Edad (años)							
18-24	282	30,4	214	23,0	<0,001	1,00	-
25-29	213	23,0	212	22,8		1,17	0,89-1,55
30-34	155	16,7	215	23,1		1,59	1,18-2,15
35 y más	277	29,9	290	31,1		1,20	0,90-1,61
Raza/color de piel							
Blanca	193	20,8	276	29,7	<0,001	1,00	-
Morena	506	54,6	458	49,3		0,67	0,53-0,86
Negra	172	18,6	151	16,3		0,63	0,46-0,85
Amarilla/indígena	55	5,9	44	4,7		0,59	0,37-0,93
Escolaridad (años)							
Hasta 8	298	32,1	170	18,3	<0,001	1,00	-
9-11	552	59,6	547	58,7		1,88	1,48-2,40
12 y más	77	8,3	214	23,0		4,84	3,38-6,91
Trabaja							
No	450	48,5	417	44,8	0,105	1,00	-
Sí	477	51,5	514	55,2		0,99	0,81-1,21
Tiene seguro médico							
No	791	85,3	739	79,4	0,001	1,00	-
Sí	136	14,7	192	20,6		1,26	0,96-1,64
En unión estable							
No	235	25,3	244	26,2	0,673	1,00	-
Sí	692	74,7	687	73,8		1,00	0,80-1,26
Número de hijos							
Ninguno	194	20,9	213	22,9	0,005	1,00	-
Uno	354	38,2	318	34,1		0,88	0,67-1,16
Dos	200	21,6	255	27,4		1,34	0,96-1,87
Tres y más	179	19,3	145	15,6		0,99	0,68-1,45
Aborto previo							
No	722	77,9	704	75,6	0,247	1,00	-
Sí	205	22,1	227	24,4		1,11	0,88-1,41
Intención reproductiva							
Quiere tener (más) hijos	312	33,7	311	33,4	0,983	0,94	0,74-1,21
No quiero tener (más) hijos	556	60,0	562	60,4		1,00	-
No sabe	59	6,3	58	6,2		0,89	0,58-1,35
Uso actual o anterior del DIU*							
No	911	98,3	848	91,1	<0,001	1,00	-
Sí	16	1,7	83	8,9		4,92	1,84-13,16
Total	927	49,9	931	50,1			

*DIU = Dispositivo intrauterino; [†]Prueba de Hosmer-Lemeshow (p = 0.2376); [‡]ORaj = Odds ratio ajustado; [§]IC = Intervalo de confianza

Tabla 4 - Características sociodemográficas y reproductivas de mujeres usuarias de Unidades Básicas de Salud, de acuerdo con su interés en utilizar el DIU*. São Paulo, SP, Aracaju, SE y Cuiabá, MT, Brasil, 2015-2017

Variables	Interés por usar el DIU*						
	Não		Sim		p	ORaj [†]	IC [§] 95%
	n	%	n	%			
Municipio							
São Paulo	533	51,6	318	50,2	<0,001	1,00	-
Aracaju	274	26,5	125	19,7		0,82	0,62-1,07
Cuiabá	227	21,9	191	30,1		1,21	0,93-1,59
Edad (años)							
18-24	253	24,5	234	36,9	<0,001	1,00	-
25-29	221	21,4	173	27,3		0,73	0,54-0,97
30-34	205	19,8	109	17,2		0,45	0,32-0,62
35 y más	355	34,3	118	18,6		0,27	0,19-0,38
Raza/color de piel							
Blanca	279	27,0	151	23,9	0,085	1,00	-
Morena	521	50,4	335	52,9		1,17	0,89-1,53
Negra	166	16,1	119	18,8		1,32	0,94-1,85
Amarilla/indígena	67	6,5	28	4,4		0,74	0,44-1,24
Escolaridad (años)							
Hasta 8	284	27,5	126	19,9	0,001	1,00	-
9-11	602	58,2	392	61,8		1,23	0,93-1,61
12 y más	148	14,3	116	18,3		1,48	1,01-2,18
Trabaja							
No	479	46,3	293	46,2	0,965	1,00	-
Sí	555	53,7	341	53,8		1,12	0,89-1,39
Tiene seguro médico							
No	874	84,5	495	78,1	0,001	1,00	-
Sí	160	15,5	139	21,9		1,38	1,04-1,83
En unión estable							
No	262	25,3	182	28,7	0,131	1,00	-
Sí	772	74,7	452	71,3		0,67	0,52-0,86
Número de hijos							
Ninguno	262	25,3	142	22,4	0,031	1,00	-
Uno	380	36,7	262	41,3		1,78	1,32-2,42
Dos	223	21,6	152	34,0		2,20	1,50-3,23
Tres y más	169	16,3	78	12,3		1,67	1,07-2,59
Aborto previo							
No	810	78,3	493	77,8	0,782	1,00	-
Sí	224	21,7	141	22,2		1,25	0,97-1,62
Intención Reproductiva							
Quiere tener (más) hijos	595	57,5	355	56,0	0,192	0,79	0,60-1,04
No quiero tener (más) hijos	378	36,6	227	35,8		1,00	-
No sé	61	5,9	52	8,2		1,20	0,77-1,86
Conocimiento sobre el DIU*							
Debajo de la mediana	577	55,8	285	44,9	<0,001	1,00	-
Por encima o igual a la mediana	457	44,2	349	55,1		1,60	1,29-1,99
Total	1034	62,0	634	38,0			

*DIU = Dispositivo intrauterino; [†]Prueba de Hosmer-Lemeshow (p=0.2595); [‡]ORaj = Odds ratio ajustado; [§]IC = Intervalo de confianza; [¶]Raza/color de piel = Dos mujeres se negaron a responder

Discusión

Nuestro estudio sobre el conocimiento e interés en el uso del DIU entre mujeres que usan las UBS en tres capitales brasileñas mostró que una proporción razonable de mujeres tenía un nivel de conocimiento del DIU por debajo de la mediana; que poco más de un tercio tenía interés en usar el DIU en el futuro y, finalmente, que el nivel de conocimiento sobre el DIU estaba asociado tanto con el uso actual/anterior del DIU como con el interés en usarlo.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos de otros contextos, donde el nivel de conocimiento sobre el DIU se considera insatisfactorio^(10-12,21,23) y está relacionado con variables sociodemográficas como edad, educación y raza/color de piel⁽²⁷⁾. Por lo tanto, las mujeres más jóvenes, auto-clasificadas como no blancas y con menor grado de escolarización, mostraron el nivel más bajo de conocimiento sobre el DIU. La investigación sobre salud reproductiva que analizó el uso de métodos anticonceptivos, la preparación previa a la concepción, la planificación del embarazo y la atención prenatal descubrió que es precisamente en grupos con este perfil que es más difícil acceder a dicha atención y realizar estas prácticas^(15,28).

Los ítems con altas proporciones de respuestas incorrectas fueron "el DIU causa muchos efectos secundarios desagradables" y "el DIU aumenta el riesgo de cáncer uterino". Resultados similares se obtuvieron en otro estudio⁽²¹⁾ al analizar los datos de la encuesta nacional de EE. UU., cuando descubrieron que las mujeres relacionaban el DIU con la infertilidad y el cáncer. Asimismo, otros autores⁽²²⁾ encontraron como razones para no usar el DIU, el miedo a los efectos secundarios, el miedo al dolor y la posibilidad de causar infecciones. Estrictamente hablando, hay dos efectos secundarios más comúnmente asociados con el uso del DIU de cobre, el único disponible del SUS: aumento del flujo menstrual y calambres menstruales intensificados. Otros efectos secundarios se describen en casos más específicos y no son reportados por la mayoría de los usuarios de este tipo de DIU. Las complicaciones muy raras relacionados con el DIU son la enfermedad inflamatoria de la pelvis y la perforación de la pared del útero. Ningún cáncer se ha relacionado con su uso⁽¹⁶⁾.

Además del miedo a los efectos secundarios y al riesgo de cáncer, la literatura también muestra que las mujeres no eligen el DIU como método anticonceptivo debido al hecho de que tienen miedo de que él se mueva a través de sus cuerpos; tienen miedo al dolor de inserción; existe una dependencia de un profesional de la salud para la inserción y extracción del dispositivo; piensa que hay un mayor riesgo de embarazo ectópico

e infecciones; que su efectividad es menor que la de la píldora; entre otros^(10-11,21-23).

La imagen descrita por muchas usuarias que no saben si el DIU está asociado con el cáncer uterino y cuáles son sus efectos secundarios, o creen erróneamente que se inserta mediante cirugía, parece revelar que las mujeres en estas tres capitales no optarían por un método rodeado de tantas incertidumbres, incluso con respecto a su efectividad y efectos en el cuerpo, principalmente porque el conocimiento sobre el método puede estar relacionado con su uso⁽²⁹⁾, aunque esto no es un consenso con respecto a otros métodos, como, por ejemplo, la anticoncepción de emergencia⁽³⁰⁾.

En el presente estudio, no analizamos las fuentes de información sobre el DIU, pero se puede suponer que las mujeres más jóvenes acceden a Internet para comprender mejor el método o responder preguntas, lo que, por un lado, es positivo debido al fácil acceso a la información, sin embargo, debe tenerse en cuenta que no todos los sitios anticonceptivos son confiables. Un estudio de los EE. UU. encontró que la calidad de las informaciones sobre el DIU, disponibles en sitios web especializados, es inconsistente y que aproximadamente la mitad de ellos proporcionó información engañosa, lo que podría contribuir a perpetuar la subutilización del método⁽³¹⁾. Por otro lado, existe evidencia de que las intervenciones educativas aumentan la proporción de mujeres con actitudes positivas hacia el DIU y que las mujeres con conocimiento previo de este método están más interesadas en usarlo^(22,24).

A pesar del bajo porcentaje de uso actual y/o anterior del DIU, la proporción encontrada entre las mujeres estudiadas fue mayor que la observada en el ENDS de 2006⁽⁴⁾, pero esta comparación debe hacerse con precaución, dado que las mujeres que usan métodos irreversibles fueron excluidas de la submuestra analizada, así como aquellos que informaron no conocer el DIU, lo que puede haber sobreestimado nuestra estimación.

La razón por la cual el nivel de conocimiento del DIU está fuertemente asociado con su uso e interés en usarlo, como se observa en nuestros hallazgos, puede centrarse en el hecho de que es un método estigmatizado, tanto entre mujeres como entre profesionales de la salud. Un estudio⁽¹¹⁾ con adolescentes estadounidenses descubrió que la mayoría no consideraba el DIU como un método adecuado para ellas. Es decir, las adolescentes no incorporan el DIU en la lista de métodos anticonceptivos indicados para su grupo de edad. Sin embargo, la OMS considera seguro el uso del DIU para la mayoría de las mujeres, incluidas las nulíparas y adolescentes⁽¹⁶⁾. Por lo tanto, este resultado puede reflejar las barreras impuestas por los servicios de salud que estipulan

erróneamente la edad mínima de 18 años como criterio para la disponibilidad del DIU⁽⁷⁾ y terminan causando malentendidos entre las mujeres, posibles usuarias del método, y entre profesionales de la salud.

Aun así, aliado al hecho de que muchas mujeres ni siquiera consideran usar el DIU por las razones ya mencionadas, existen barreras en los servicios de salud, impuestas por ignorancia y/u obsoletas en cuanto a los criterios para su indicación. Un ejemplo es lo que se observó en los municipios de Minas Gerais, que requieren exámenes complementarios, como recuento sanguíneo o ultrasonido, antes de la inserción del DIU, una medida que no está incluida en los protocolos del Ministerio de Salud⁽³²⁾.

Este es un contexto desafiante en el que el conocimiento de las mujeres sobre el DIU es solo una parte de los desafíos para expandir su uso, que es la intención del propio Ministerio de Salud, presentado en una iniciativa lanzada el 8 de marzo de 2017 al proponer el objetivo de que el DIU sea utilizado por el 10% de las mujeres brasileñas⁽³³⁾.

Como lo demuestra la literatura internacional⁽³⁴⁻³⁶⁾, poco menos de la mitad de las mujeres entrevistadas desearía usar el DIU. La proporción es mucho más alta que la observada en un estudio que identificó al 31,7% de las mujeres interesadas en usar el DIU en los Estados Unidos⁽¹³⁾. El alto nivel de conocimiento sobre el método también se asoció con el interés en usarlo, como ya se discutió. Sin embargo, entre las mujeres que no tenían interés en usar el DIU, la razón principal era que estaban satisfechas con el método en uso. Este hallazgo difiere del estudio anterior⁽³⁷⁾, donde las dudas sobre la efectividad del DIU, el aumento del sangrado menstrual, el dolor, la posibilidad de contraer infecciones, infertilidad y cáncer, además del hecho de tener un objeto extraño dentro del cuerpo, fueron las principales razones dadas por las mujeres para no usar el DIU.

Curiosamente, jóvenes entre 18 y 24 años mostraron el mayor interés en usar el DIU en comparación con las mujeres mayores. Puede ser que el uso de un método a largo plazo esté en línea con la intención reproductiva de retrasar el embarazo. Sin embargo, en la población estudiada, la intención reproductiva no se asoció con el interés en usar el DIU, sino con la paridad. Las mujeres con hijos tenían más probabilidades de estar interesadas en usar el DIU en comparación con las mujeres sin hijos, a diferencia de las mujeres en una unión estable que tenían menos probabilidades de estar interesadas en usar el método. Esta imagen de asociaciones parece compleja, pero el perfil de las mujeres que estarían interesadas en usar el DIU es claro: jóvenes, solteras y con hijos. Estas mujeres aún no cumplen los requisitos para adoptar un método irreversible, pero tampoco

pueden estar dispuestas a utilizar un método que requiera autodisciplina y uso diario, como la píldora anticonceptiva, lo que hace que el DIU sea una opción muy conveniente.

A través del proyecto "CHOICE"⁽³⁸⁾, que ofrecía asesoramiento y suministros anticonceptivos a mujeres en una clínica en los Estados Unidos, con la diferencia de que los métodos estarían disponibles en el mismo día y sin costo, los investigadores notaron que, al recibir asesoramiento, seguimiento y la posibilidad de utilizar métodos reversibles a largo plazo, las adolescentes y las mujeres jóvenes, incluidas las mujeres nulíparas, a menudo optaron por implantes o DIU, lo que refuerza el hecho de que el conocimiento adquirido en el asesoramiento anticonceptivo puede marcar la diferencia en optar por utilizar el DIU.

Es claro, por lo tanto, el papel de los servicios de salud en la expansión del suministro de DIU y en la creación de un entorno más favorable para su uso. Es precisamente en los servicios de atención primaria que las mujeres y las parejas pueden obtener más información, tanto sobre la disponibilidad del método como sobre su seguridad y eficacia. La necesidad de información precisa proviene del hecho de que, en general, los profesionales de la salud priorizan informar a las mujeres y a las parejas sobre cómo usar y los procedimientos de inserción⁽³⁹⁾, lo que no siempre afecta la decisión sobre el método anticonceptivo a adoptar. Además, un estudio realizado en Minas Gerais demostró que es el médico quien realizó el procedimiento de inserción del DIU en esa región⁽⁷⁾. Sin embargo, es necesario resaltar que la enfermera capacitada y calificada puede insertar y extraer el DIU de cobre⁽¹⁾, con competencia legal para dicha práctica en Brasil⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾. La incorporación de la enfermera en la agenda de promoción, disponibilidad e inserción del DIU de cobre en las UBS puede facilitar el acceso de los usuarios del SUS al método.

Aunque las mujeres de las tres capitales son diferentes en términos de la mayoría de las características sociodemográficas y reproductivas investigadas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el interés en el uso del DIU entre las mujeres en los diferentes municipios. Sin embargo, las mujeres entrevistadas en Aracaju/SE tenían un mayor nivel de conocimiento sobre el DIU que las de São Paulo/SP, aunque el uso actual/anterior fue similar. Esto nos lleva a concluir que el desafío de establecer estrategias que minimicen los temores y conceptos erróneos ampliamente expresados sobre el DIU no se limita a una localidad o región del país.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Una de ellas es que no fue posible realizar un muestreo aleatorio en la segunda etapa del proceso de muestreo.

Esto puede haber influido en la estimación de algunos parámetros, dado que, en general, las mujeres que asisten a UBS son aquellas que ya tienen hijos o están embarazadas. Sin embargo, el perfil de nuestra muestra fue bastante diverso, habiendo participado en las entrevistas de mujeres jóvenes a mayores al final del ciclo reproductivo, así como nulíparas y mujeres que tuvieron hijos. Otra limitación se refiere al uso de la variable latente "conocimiento sobre el DIU" con respecto a la elaboración de las preguntas para medir el nivel de conocimiento. Ciertamente, puede haber divergencias en las respuestas consideradas correctas, como, por ejemplo, el DIU se inserta mediante cirugía. Un lector más cauteloso podría argumentar que el DIU puede insertarse después de una cesárea, lo que podría haber confundido a las mujeres que participan en el estudio, pero enfatizamos que esta práctica no es común en el país y las guías clínicas nacionales e internacionales enfatizan que es un procedimiento simple. Este posible sesgo se minimizó con estrategias metodológicas sólidas, que incluyeron el uso de las mismas preguntas empleadas en varios otros estudios nacionales e internacionales, la posibilidad de que las mujeres respondieran "no sé" y el uso de análisis estadísticos específicos que permitieron identificar qué elementos deberían componer la variable latente. Sin embargo, no recomendamos que las preguntas que conformaron la variable latente se adopten como una escala para medir el nivel de conocimiento del DIU en otros estudios.

Conclusión

Este estudio analizó el conocimiento y el interés en usar el DIU entre mujeres en edad reproductiva, usuarias de UBS en las ciudades de São Paulo/SP, Aracaju/SE y Cuiabá/MT. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre el DIU fue mayor entre las mujeres de 25 a 34 años, más educadas, blancas y que usaban o habían usado el DIU. A su vez, el interés en usar el DIU fue mayor entre las mujeres jóvenes solteras con hijos. El nivel de conocimiento sobre el DIU se asoció con el interés en usarlo. Con respecto al uso del DIU en sí, los resultados confirmaron que, de hecho, es poco común.

Referencias

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

- Plann Reprod Health Care. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 20];40(1):36-40. Available from: <http://srh.bmj.com/content/familyplanning/40/1/36.full.pdf>
11. Potter J, Rubin SE, Sherman P. Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. *Contraception*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 22];89(5):446-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141332/>
 12. Silva-Filho AL, Lira J, Rocha ALL, Ferreira MCF, Lamaita RM, Cândido EB, et al. Non-hormonal and hormonal intrauterine contraception: survey of patients' perceptions in four Latin American countries. *Eur J Contracept Reproduct Health Care*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 22];21(3):213-9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2015.1137281>
 13. Gomez AM, Hartofelis EC, Finlayson S, Clark JB. Do knowledge and attitudes regarding intrauterine devices predict interest in their use? *Women's Health Issues*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 19]; 25(4): 359-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26025424>
 14. McNicholas C, Madden T, Secura G, Peipert JF. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 21];57(4):635-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216614/pdf/nihms624012.pdf>
 15. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 22];30(Suppl 1):S85-S100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016
 16. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. [Internet]. Geneva; 2015 [cited 2018 Mar 5] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf
 17. Borges ALV, Santos OA, Araújo KS, Gonçalves RFS, Santa Rosa PLF, Nascimento NC. Satisfaction with the use of contraceptive methods among women from primary health care services in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infantil*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 19]; 17(4):749-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400008>
 18. Werth SR, Secura GM, Broughton HO, Jones ME, Dickey V, Peipert JF. Contraceptive continuation in Hispanic women. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22]; 212(3):312.e1-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.003>
 19. Daniele MAS, Cleland J, Benova L, Ali M. Provider and lay perspectives on intrauterine contraception: a global review. *Reproductive Health*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 22];14:119. doi: <http://doi.org/10.1186/s12978-017-0380-8>
 20. Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP. 2001. 120p.
 21. Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Womens Health Issues*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 21];24(3):281-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615438/>
 22. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 21];82(2):178-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153421/>
 23. Hladky KJ, Allsworth JE, Madden T, Secura GM, Peipert JF. Women's Knowledge About Intrauterine Contraception. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 23];117(1):48-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244817/>
 24. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception*. [Internet]. 2008 [cited 2018 Mar 23];78(3):211-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18692611>
 25. Devellis RF. Scale development: Theory and applications. 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2012. 216 p.
 26. Damásio BF. Uses of exploratory factorial analysis in psychology. *Avaliação Psicol*. [Internet]. 2012 [citado 2018 Mar 5];11(2):213-28. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
 27. Hall KS, Ela E, Zochowski MK, Caldwell A, Moniz M, McAndrew L, et al. "I don't know enough to feel comfortable using them:" Women's knowledge of and perceived barriers to long-acting reversible contraceptives on a college campus. *Contraception*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 22];93(6):556-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4853253/>
 28. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 22];382(9907):1807-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898922/>
 29. Frost JF, Lindberg LD, Finer LB. Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: associations with risk of unintended pregnancy. *Perspect Sexual Reproduct Health*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 24];44(2):107-16. doi: <https://doi.org/10.1363/4410712>

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

Recibido: 11.10.2018

Aceptado: 18.09.2019

Autor correspondiente:

Ana Luíza Vilela Borges

E-mail: alvilela@usp.br <https://orcid.org/0000-0002-2807-1762>**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.