Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre a inserção do DIU imediatamente após o parto e o abortamento

Adalberto Kiochi Aguemi[1], Mirna Namie Okamura[1], Cristina Aparecida Falbo Guazzelli[2], Maria Regina Torloni[2]

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos médicos brasileiros sobre a inserção do dispositivo intrauterino no pós-parto e pós-abortamento imediatos. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo enquete de plantonistas de hospitais públicos brasileiros. Os participantes responderam a um questionário *on-line* anônimo com perguntas fechadas para avaliar seu conhecimento, atitude e experiência quanto à inserção de dispositivo intrauterino de cobre no pós-parto e pós-abortamento imediatos. **Resultados:** Cento e vinte e sete médicos que trabalham em 23 hospitais nas cinco regiões geográficas do Brasil responderam ao questionário. A maioria era do sexo feminino (68,5%) e trabalhava em hospitais universitários (95,3%). O escore médio (desvio-padrão) de conhecimento (escala de 0-10) foi de 5,3 (1,3); apenas 27,6% dos participantes tiveram escores ≥ 7,0. A maioria dos médicos (73,2%) colocaria o DIU pós-parto em si/familiares. Cerca de 42% afirmaram não ter recebido nenhum treinamento sobre inserção de dispositivo intrauterino pós-parto ou pós-abortamento. Nos últimos 12 meses, 19,7%, 22,8% e 53,5% dos respondentes afirmaram não ter inserido nenhum dispositivo intrauterino durante uma cesariana, imediatamente após um parto vaginal e um abortamento, respectivamente. **Conclusão:** A maioria das participantes do estudo tem atitude positiva em relação à inserção de dispositivos intrauterinos no pós-parto imediato, mas tem conhecimento limitado sobre o uso desse método contraceptivo. Grande porcentagem dos participantes não teve treinamento anterior sobre inserção de dispositivo intrauterino pós-parto e pós-abortamento e não realizou nenhuma inserção nos últimos doze meses. São necessárias estratégias para melhorar o conhecimento, o treinamento e a experiência dos médicos brasileiros sobre a inserção de dispositivo intrauterino no pós-parto e pós-abortamento imediatos.

Descritores
Dispositivos intrauterinos de cobre; Período pós-parto; Aborto espontâneo; Aborto induzido; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde

1. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP, Brasil.
2. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente
Adalberto Kiochi Aguemi
Rua General Jardim, 36, Vila Buarque,
01223-906, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: adalbertoaguemi@gmail.com

Como citar:
Aguemi AK, Okamura MN, Guazzelli CA, Torloni MR. Conhecimento, atitude e prática de médicos brasileiros sobre a inserção do DIU imediatamente após o parto e o abortamento. Femina. 2023;51(9):510-9.

INTRODUÇÃO

A gravidez não planejada (GNP) é um problema de saúde pública global que afeta especialmente populações de países de baixa e média renda.[1] Entre 2015-2019, ocorreram aproximadamente 121 milhões de GNPs anualmente no mundo (64 GNP/1.000 mulheres em idade reprodutiva). Mais da metade dessas gestações terminou em abortamento induzido, expondo cerca de 73 milhões de mulheres por ano aos riscos associados a esse procedimento, muitas vezes realizado em condições inadequadas por ser ilegal em muitos países.[2] No Brasil, quase 55% das gestações não são planejadas,[3] e a prevalência de abortamento induzido é estimada em 15%.[4] Além das consequências físicas e mentais para as mulheres e suas famílias,[5] as GNPs também têm impactos econômicos. Estima-se que o custo anual total das GNPs no Brasil seja de R$ 4,10 bilhões, dos quais R$ 4,07 bilhões (99,2%) são gastos com gravidez e parto, e R$ 32,8 milhões (0,8%) são custos relacionados a abortamentos espontâneos ou induzidos.[6]

A falta de acesso a métodos contraceptivos eficazes, bem como a falha em seu uso, é o principal contribuinte para as altas taxas de GNPs. Os anticoncepcionais modernos de curta ação têm impacto menor na redução dessas gestações, quando comparados aos métodos contraceptivos de ação prolongada.[7] O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é um método anticoncepcional reversível de longa duração, seguro e barato, com poucas contraindicações. O DIU de cobre pode ser usado por 10 anos ou mais e pode ser inserido em nulíparas e adolescentes.[8] A taxa de falha desse método é de 0,8% gravidez/ano em uso típico e de 0,6% em uso perfeito, o que é praticamente equivalente à eficácia da laqueadura tubária.[9] No entanto, os DIUs ainda são subutilizados, especialmente em países de baixa e média renda. Na América do Sul, menos de 5% das mulheres usam DIUs,[10] em comparação com 10%-35% das mulheres nos países de renda média e alta.[11]

A inserção do DIU no pós-parto imediato (DIU-PPI) é segura e poderia aumentar o uso desse método, pois as mulheres estão muito motivadas a evitar uma nova gravidez nesse período. A inserção do DIU imediatamente após a extração da placenta não causa desconforto adicional, dispensa testes de gravidez e evita a necessidade de agendar uma consulta pós-alta para inserção do dispositivo.[12] É importante incentivar o uso de um método contraceptivo eficaz no período pós-parto imediato, pois o risco de GNP nesse período é alto, uma vez que a maioria das mulheres retomará a atividade sexual poucas semanas após o parto[13] e muitas se tornarão férteis rapidamente, especialmente se não estiverem amamentando.[14] No entanto, existem várias barreiras que dificultam o aumento do uso do DIU-PPI, como a falta do dispositivo nos centros obstétricos, as questões de custo ou reembolso, a falta de treinamento dos médicos para sua inserção e as preocupações desses profissionais quanto ao risco de expulsão, assim como a falta de interesse das mulheres por esse método contraceptivo.[15] A inserção de um DIU imediatamente após um abortamento espontâneo ou induzido (DIU-PAI) é outra janela de oportunidade para expandir o uso desse método contraceptivo e prevenir GNP.[16] O rápido retorno da fertilidade imediatamente após um abortamento espontâneo,[17] juntamente com o fato de que a maioria das mulheres volta a ter atividade sexual nas primeiras duas semanas após uma perda gestacional precoce, reforça a importância de oferecer um método contraceptivo eficaz imediatamente após o esvaziamento uterino.[18] As barreiras ao uso do DIU-PAI incluem fatores relacionados aos profissionais, como a falta de treinamento para inserção nessas pacientes e medo de complicações, bem como a falta de informação e medo das mulheres sobre esse método.[19]

Estudos de conhecimento, atitude e prática são importantes para descrever o conhecimento atual de uma população, bem como sua postura sobre um determinado tópico, informações importantes para planejar intervenções eficazes.[20] Existem vários estudos de conhecimento, atitude e prática sobre DIU-PPI e DIU-PAI envolvendo profissionais de saúde de outros países,[15,21-24] mas não identificamos estudos semelhantes no Brasil.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de médicos que trabalham em hospitais públicos brasileiros sobre o uso de DIU-PPI e DIU-PAI. O objetivo secundário foi identificar possíveis barreiras ao uso desse método nessas instituições.

MÉTODOS

Este estudo transversal descritivo foi realizado em fevereiro-maio de 2020. O delineamento do estudo planejou a inclusão de uma amostra representativa de hospitais brasileiros públicos, filantrópicos ou mistos (privados-públicos) de médio porte (>2.000 partos/ano). Criamos uma lista de todas as instituições elegíveis para cada uma das cinco regiões geográficas do país a partir do *site* do Ministério da Saúde.[25] Em seguida, para cada região, usamos uma lista de números aleatórios gerada eletronicamente (Microsoft Excel) para identificar as instituições que seriam convidadas a participar do estudo. O total de instituições selecionadas em cada região geográfica foi proporcional ao número de nascimentos naquela região em 2019, ou seja, incluímos mais instituições das regiões Sudeste, Nordeste e Sul e menos instituições das regiões Norte e Centro-Oeste. A partir dessa lista aleatória de instituições, contatamos (por *e-mail* e telefone) os diretores das instituições selecionadas em cada região para convidá-los a participar do estudo. Os hospitais foram incluídos no estudo depois que os diretores aceitaram o convite e o estudo foi aprovado pelos comitês de ética locais. Os participantes do estudo foram os médicos que atuavam como plantonistas nos centros obstétricos de cada uma das instituições

selecionadas. Foram considerados inelegíveis os médicos que não fossem fluentes em português ou que não fizessem partos. Os diretores das instituições participantes enviaram a todos os médicos elegíveis um *e-mail* padrão (criado pelos pesquisadores) explicando o objetivo do estudo, com o *link* para um questionário eletrônico. Foram incluídos no estudo todos os médicos elegíveis que aceitaram o convite e preencheram o questionário eletrônico (amostra de conveniência).

O questionário foi desenvolvido pelos autores do estudo seguindo as recomendações metodológicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para pesquisas de conhecimento, atitude e prática[20] e com base em estudos semelhantes realizados em outros países. O questionário foi inicialmente testado em um grupo de 10 plantonistas que trabalhavam em maternidades inelegíveis, depois foi modificado e testado novamente em outro grupo de 10 plantonistas dessas mesmas instituições, até que todas as perguntas e respostas estivessem claras para todos os participantes. A versão final foi convertida em um questionário eletrônico (Google Forms) para ser aplicado *online*. O questionário era anônimo e dividido em duas partes. A primeira parte coletou as características dos participantes. A segunda parte consistia em nove questões de múltipla escolha para avaliar o conhecimento teórico dos médicos (indicações, contraindicações, riscos e complicações) sobre DIU-PPI e DIU-PAI, três questões para avaliar a atitude dos participantes em relação à inserção do DIU em mulheres atendidas em diferentes serviços e setores de saúde, quatro questões sobre sua experiência pessoal e capacitação para inserção de DIUs pós-parto e pós-abortamento, e três questões sobre possíveis barreiras ao uso desses métodos no hospital público onde trabalhavam. Usamos as melhores evidências disponíveis na época para criar as perguntas e as respostas corretas.[8,18,26,27]

Apresentamos as características dos participantes e os resultados das questões de conhecimento, atitude e prática de forma descritiva (número, porcentagens, média e desvio-padrão). Convertemos as pontuações das nove questões de conhecimento para uma escala decimal (0 a 10).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (CAAEE 06756219.0.0000.5505) e pelos comitês de ética das instituições participantes. Obtivemos o consentimento informado de todos os participantes eletronicamente antes que eles tivessem acesso ao questionário online anônimo.

RESULTADOS

Entramos em contato com os 178 hospitais selecionados aleatoriamente (50% das 357 instituições elegíveis), e 23 concordaram em participar. O principal motivo da recusa, segundo os diretores das instituições que responderam ao nosso contato, foi o fato de suas equipes de médicos estarem sobrecarregadas, devido à primeira onda da pandemia de COVID-19, que nessa altura se alastrava pelo país. Como a situação foi se agravando com o tempo e o sistema público de saúde estava entrando em colapso devido à pandemia, e como não podíamos prever a duração dessa situação, decidimos encerrar o estudo no final de maio de 2020, quatro meses depois de iniciado. Ao final do estudo, 127 médicos atuantes em 23 hospitais localizados nas cinco regiões geográficas do Brasil haviam respondido ao questionário. A maioria dos participantes era do sexo feminino (68,5%), tinha idade média de 40,6 anos, havia se formado há cerca de 15 anos, tinha residência médica em ginecologia e obstetrícia (72,4%) e trabalhava em hospitais de ensino (95,3%) localizados em capitais (84,2%) da região Sudeste (51,2%) do Brasil (Tabela 1).

O escore geral médio (desvio-padrão) das questões de conhecimento foi de 5,3 (1,3), variando de 2,2 a 8,8 (escala de 0 a 10), e apenas 27,6% (n = 35) dos 127 participantes tiveram escores gerais ≥7. Mais de três quartos (77,2%) dos médicos superestimaram a taxa de expulsão do DIU inserido durante uma cesariana; a maioria (55,1%) superestimou o risco de expulsão do DIU inserido imediatamente após um parto vaginal; e cerca de 61% (n = 77) superestimaram o risco de perfuração uterina do DIU inserido após um parto vaginal. Por outro lado, a maioria (50,4%) das participantes subestimou o risco de perfuração uterina do DIU inserido imediatamente após um abortamento. Quase todos os participantes responderam corretamente às perguntas sobre a segurança geral do DIU-PPI (100%) e do DIU-PAI (98,4%), e a maioria respondeu corretamente às perguntas sobre os riscos de endometrite nas inserções do DIU após o parto vaginal (72,4%), taxas de expulsão de DIU-PAI (63%) e contraindicações para DIU-PPI e inserção de DIU-PAI (60,6%) (Tabela 2).

A maioria dos profissionais (73,2%, n = 93) provável ou certamente colocaria o DIU-PPI em si ou em familiares, e quase 93% (n = 118) acham importante ou muito importante aumentar o uso do DIU pós-parto no Brasil. Cerca de 72% (n = 91) dos respondentes afirmaram que recomendam com frequência (ou seja, para ≥ 50% das mulheres elegíveis) o uso do DIU para pacientes atendidas em ambulatórios públicos de ginecologia, enquanto 53,5% (n = 68) o fazem para mulheres atendidas em ambulatórios privados de ginecologia. A proporção de médicos que frequentemente recomendam o uso de DIU-PPI para mulheres elegíveis foi quase duas vezes maior para mulheres atendidas em hospitais públicos do que em hospitais privados (61,4% *vs.* 29,9%, respectivamente). Menos da metade dos participantes respondeu que recomenda frequentemente o uso do DIU-PAI para mulheres atendidas em hospitais públicos ou privados (48,0% e 26,8%, respectivamente) (Tabela 3).

Cerca de 58% (n = 74) dos participantes relataram ter participado de algum tipo de treinamento sobre

inserção de DIU-PPI ou DIU-PAI. A maioria desses médicos (74,3%, n = 55/74) relatou que o treinamento havia ocorrido mais de 12 meses antes, havia sido promovido por instituições públicas (Ministério da Saúde ou Secretaria de Saúde local) e havia ocorrido no hospital

Tabela 1. Características de 127 médicos plantonistas de centros obstétricos de 23 hospitais públicos brasileiros

Características	n (%)
Sexo	
Feminino	87 (68,5)
Masculino	40 (31,5)
Idade, anos	
Mínimo-máximo	24 a 66
Média (DP)	40,6 (10,4)
Tempo de formado, anos	
Mínimo-máximo	1 a 42
Média (DP)	15,4 (10,7)
Formação/Especialização*	
Doutorado	13 (10,2)
Mestrado	14 (11,0)
Residência em GO	92 (72,4)
Título de especialista em GO	8 (6,3)
Número de hospitais nos quais trabalha	
1	93 (73,2)
2	14 (11,0)
3 ou mais	20 (15,8)
A instituição onde dá plantão é um hospital de ensino	
Sim	121 (95,3)
Não	6 (4,7)
Carga horária semanal no hospital onde dá plantão	
<24 horas	48 (37,8)
≥24 horas	79 (62,2)
Região onde se situa o hospital onde dá plantão	
Sudeste	65 (51,2)
Nordeste	29 (22,8)
Sul	16 (12,6)
Norte	11 (8,7)
Centro-Oeste	6 (4,7)
Tipo de cidade onde se situa o hospital onde dá plantão	
Capital	107 (84,2)
Interior	20 (15,8)

*Maior título relatado pelo participante. A maioria dos participantes tinha mais de um título. DP: desvio-padrão; GO: ginecologia e obstetrícia.

Tabela 2. Conhecimento de 127 médicos plantonistas sobre a inserção do DIU no pós-parto e pós-aborto imediatos

Pergunta	n(%)
1. É seguro inserir DIU no pós-parto imediato?	
Sim (opção correta)	127(100)
Não	0
2. É seguro inserir DIU no pós-abortamento imediato?	
Sim (opção correta)	125(98,4)
Não	2(1,6)
3. Taxa habitual de expulsão de DIU inserido imediatamente pós-parto vaginal	
>27%	19(15,0)
16%-26%	51(40,2)
5%-15% (opção correta)	45(35,4)
<5%	12(9,4)
4. Taxa habitual de expulsão de DIU inserido imediatamente pós-cesárea	
>16%	17(13,4)
11%-16%	30(23,6)
5%-10%	51(40,2)
<5% (opção correta)	29(22,8)
5. Taxa habitual de expulsão de DIU inserido imediatamente pós-abortamento	
<6% (opção correta)	80(63,0)
6%-11%	29(22,8)
12%-16%	11(8,7)
≥17%	7(5,5)
6. Risco habitual de endometrite de DIU inserido imediatamente pós-parto vaginal	
<2% (opção correta)	92(72,4)
2%-3%	18(14,2)
4%-5%	12(9,5)
>6%	5(3.9)
7. Risco habitual de perfuração uterina de DIU inserido imediatamente pós-abortamento	
0,1 a 0,2 em cada 1.000 inserções	64(50,4)
1 a 2 em cada 1.000 inserções (opção correta)	54(42,5)
3 em cada 1.000 inserções	4(3,2)
4 em cada 1.000 inserções	5(3,9)
8. Risco habitual de perfuração uterina de DIU inserido imediatamente pós-parto vaginal	
>4%	3(2,4)
2%-3%	22(17,3)
0,5%-1%	52(40,9)

0,5% (opção correta)	50(39,4)
9. Contraindicações para inserção de DIU no pós-parto ou pós-abortamento imediatos	
Abortamento infectado e corioamnionite (opção correta)	77(60,6)
Ruptura das membranas há mais de 12 horas	33(26,0)
Abortamento infectado	1(0,8)
Corioamnionite	0
Mulheres com diabetes	0

DIU: dispositivo intrauterino.

onde trabalhavam (59,5%, n = 44). Quase 54% dos participantes (n = 68) relataram não ter inserido nenhum DIU-PAI nos últimos 12 meses, cerca de 23% (n = 29) não haviam inserido nenhum DIU imediatamente após um parto vaginal e cerca de 20% (n = 25) referiram não ter inserido nenhum DIU durante cesariana no último ano (Tabela 4).

Mais de 70% dos participantes consideram a resistência das mulheres ao método uma barreira importante ou muito importante para a inserção do DIU-PPI ou DIU-PAI no hospital público onde trabalham. Mais de 60% apontaram a indisponibilidade do DIU de cobre no centro obstétrico e a falta de protocolos hospitalares como barreiras importantes ou muito importantes para a inserção do DIU-PPI ou DIU-PAI. Outras barreiras importantes ou muito importantes mencionadas pela maioria dos participantes foram a falta de experiência dos médicos e o medo da expulsão do DIU (em inserções após partos vaginais ou cesáreas), o medo de infecção ou perfuração (em inserções após parto vaginal ou aborto) e a falta de apoio dos gestores hospitalares (para inserção do DIU-PAI) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os achados desta enquete nacional indicam que os médicos plantonistas que trabalham em hospitais públicos brasileiros têm conhecimento limitado sobre inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI. A maioria dos participantes tem atitude favorável à inserção do DIU-PPI, mas não do DIU-PAI. Uma porcentagem considerável dos respondentes não teve nenhum treinamento anterior sobre inserção de DIU-PPI e DIU-PAI e não havia realizado esses tipos de inserções nos últimos 12 meses. As principais barreiras apontadas como importantes ou muito importantes para as inserções do DIU-PPI e do DIU-PAI foram a resistência das mulheres, a indisponibilidade do DIU no centro obstétrico, a inexistência de protocolos hospitalares para essas inserções e a falta de experiência dos médicos plantonistas.

O conhecimento geral de nossos participantes sobre DIU-PPI e DIU-PAI foi semelhante ao relatado em

Tabela 3. Atitude de 127 médicos plantonistas sobre a inserção do DIU pós-parto e pós-abortamento imediatos

Pergunta	n(%)
Colocaria DIU em si própria/familiar no pós-parto imediato?	
Com certeza não	14(11,1)
Provavelmente não	20(15,7)
Provavelmente sim	31(24,4)
Com certeza sim	62(48,8)
Você acha importante aumentar o uso do DIU pós-parto no Brasil?	
Muito importante	92(72,4)
Importante	26(20,5)
Pouco importante	6(4,7)
Nada importante	3(2,4)
Recomenda/orienta o uso de DIU para mulheres atendidas em ambulatório público de ginecologia?	
Nunca	7(5,5)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	6(4,7)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	23(18,1)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	91(71,7)
Recomenda/orienta o uso de DIU para mulheres atendidas em ambulatório privado de ginecologia?	
Nunca	14(11,1)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	12(9,4)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	33(26,0)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	68(53,5)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PPI em hospitais públicos?	
Nunca	9(7,1)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	15(11,8)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	25(19,7)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	78(61,4)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PPI em hospitais privados?	
Nunca	40(31,5)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	24(18,9)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	25(19,7)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	38(29,9)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PAI em hospitais públicos?	
Nunca	17(13,4)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	24(18,9)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	25(19,7)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	61(48,0)
Recomenda/orienta o uso de DIU-PAI em hospitais privados?	
Nunca	43(33,9)
Raramente (para <10% das mulheres elegíveis)	22(17,3)
Às vezes (para 10%-49% das mulheres elegíveis)	28(22,0)
Frequentemente (para ≥50% das mulheres elegíveis)	34(26,8)

DIU: dispositivo intrauterino; DIU-PAI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um abortamento; DIU-PPI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um parto.

estudos comparáveis envolvendo profissionais de saúde de países desenvolvidos e melhor do que o relatado em estudos conduzidos em países de baixa ou média renda.[15,21,23,24] Embora a maioria dos médicos brasileiros conhecesse a segurança geral do DIU-PPI e do DIU-PAI e suas principais contraindicações, eles tinham algumas lacunas de conhecimento sobre os riscos específicos

Tabela 4. Treinamento e experiência de 127 médicos plantonistas sobre inserção de DIU no pós-parto e pós-abortamento imediatos

Perguntas	n(%)
Participação em treinamento de inserção de DIU-PPI ou DIU-PAI	
Sim	74(58,3)
Não	53(41,7)
Quanto tempo atrás foi esse treinamento (n = 74)	
<12 meses	19(25,7)
12-24 meses	30(40,5)
>24 meses	25(33,8)
Local do treinamento (n = 74)*	
No meu próprio hospital/maternidade, promovido por Ministério da Saúde/Secretaria de Saúde	44(59,5)
Na residência médica	34(45,9)
Em congresso/jornada/simpósio – Febrasgo ou Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia	15(20,3)
Inserção de DIU-PPI pós-parto vaginal nos últimos 12 meses (n = 127)	
0	29(22,8)
1 a 5 por mês	63(49,6)
6 a 10 por mês	19(15,0)
>10 por mês	16(12,6)
Inserção de DIU-PPI em cesárea nos últimos 12 meses (n = 127)	
0	25(19,7)
1 a 5 por mês	65(51,2)
6 a 10 por mês	20(15,7)
>10 por mês	17(13,4)
Inserção de DIU-PAI nos últimos 12 meses (n = 127)	
0	68(53,5)
1 a 5 por mês	40(31,5)
6 a 10 por mês	11(8,7)
>10 por mês	8(6,3)

DIU: dispositivo intrauterino; DIU-PAI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um abortamento; DIU-PPI: dispositivo intrauterino inserido imediatamente após um parto; Febrasgo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Tabela 5. Barreiras para inserção do DIU pós-parto e pós-abortamento imediatos em hospitais públicos brasileiros

Possíveis barreiras	Inserção de DIU pós-parto normal n(%)	Inserção de DIU durante Cesárea n(%)	Inserção de DIU pós-abortamento n(%)
Indisponibilidade do DIU no centro obstétrico			
Nada importante	28(22,0)	31(24,4)	34(26,8)
Pouco importante	18(14,2)	12(9,5)	9(7,0)
Importante	32(25,2)	30(23,6)	26(20,5)
Muito importante	49(38,6)	54(42,5)	58(45,7)
Resistência das mulheres			
Nada importante	9(7,1)	10(7,8)	8(6,3)
Pouco importante	23(18,1)	25(19,7)	25(19,7)
Importante	48(37,8)	53(41,7)	51(40,2)
Muito importante	47(37,0)	39(30,7)	43(33,8)
Falta de protocolo de inserção na maternidade			
Nada importante	27(21,2)	30(23,6)	17(13,4)
Pouco importante	18(14,2)	17(13,4)	15(11,8)
Importante	41(32,3)	42(33,0)	39(30,7)
Muito importante	41(32,3)	38(29,9)	56(44,1)
Falta de prática dos plantonistas			
Nada importante	18(14,2)	32(25,2)	14(11,0)
Pouco importante	24(18,9)	24(18,9)	27(21,3)
Importante	48(37,8)	40(31,5)	46(36,2)
Muito importante	37(29,1)	31(24,4)	40(31,5)
Falta de apoio da chefia			
Nada importante	42(33,1)	42(33,1)	36(28,3)
Pouco importante	25(19,7)	23(18,1)	26(20,5)
Importante	26(20,5)	33(26,0)	35(27,6)
Muito importante	34(26,7)	29(22,8)	30(23,6)
Medo do risco de expulsão			
Nada importante	17(13,4)	23(18,1)	23(18,1)
Pouco importante	29(22,8)	38(29,9)	43(33,8)
Importante	50(39,4)	48(37,8)	43(33,8)
Muito importante	31(24,4)	18(14,2)	18(14,2)
Medo do risco de infecção			
Nada importante	17(13,4)	23(18,1)	13(10,2)
Pouco importante	34(26,8)	42(33,1)	37(29,1)
Importante	53(41,7)	44(34,6)	50(39,4)
Muito importante	23(18,1)	18(14,2)	27(21,3)
Medo do risco de perfuração			
Nada importante	19(15,0)	43(33,9)	18(14,2)
Pouco importante	44(34,6)	46(36,2)	45(35,4)
Importante	45(35,4)	28(22,0)	42(33,1)
Muito importante	19(15,0)	10(7,9)	22(17,3)

associados a esse tipo de inserção. Por exemplo, a maioria dos médicos brasileiros superestimou os riscos de expulsão e perfuração de DIUs inseridos imediatamente após um parto vaginal. Da mesma forma, os autores de uma pesquisa envolvendo 58 médicos americanos que trabalhavam em hospitais de ensino relataram que menos da metade dos participantes acertou as perguntas sobre a taxa de expulsão de DIUs inseridos imediatamente após um parto vaginal e a taxa de perfuração de DIUs inseridos imediatamente após um abortamento.[24] A superestimação dos riscos associados ao DIU-PPI pelos profissionais de saúde pode contribuir para a subutilização do método.[21]

A atitude da maioria dos nossos participantes em relação ao DIU-PPI e ao DIU-PAI foi heterogênea. Enquanto a maioria parece ter atitude positiva em relação à inserção do DIU-PPI em si mesmos/membros da família e em mulheres que dão à luz em hospitais públicos, a maioria também tem atitudes menos favoráveis sobre o DIU-PAI para mulheres atendidas nos setores público e privado. Isso pode ser devido à falta de conhecimento, treinamento e confiança dos participantes sobre a inserção do DIU-PAI. Da mesma forma, um estudo americano envolvendo 97 profissionais de saúde (32% deles médicos) que trabalhavam em ambulatórios de planejamento familiar relatou que 30% dos participantes não acreditavam que a inserção imediata do DIU após um aborto fosse adequada e segura.[28] Observamos uma diferença na atitude dos médicos brasileiros ao recomendar o uso de DIU para mulheres atendidas no setores público *versus* privado. Em todos os cenários (pacientes em ambulatórios de ginecologia e no pós-parto ou pós-aborto imediatos), os médicos brasileiros recomendaram a inserção do DIU a um número menor de mulheres elegíveis atendidas no setor privado do que no setor público. Não encontramos outros estudos que avaliassem a atitude dos profissionais de saúde sobre DIU-PPI e DIU-PAI para mulheres atendidas em diferentes setores da saúde. É possível que essa atitude reflita a percepção popular, embora informal, de muitos ginecologistas brasileiros de que o DIU de cobre é um método menos sofisticado ou moderno do que o DIU de levonorgestrel, um método contraceptivo com eficácia semelhante ao DIU de cobre,[9] porém muito mais caro e indisponível no setor público.

A falta de experiência de muitos participantes nas inserções de DIU-PPI e DIU-PAI pode ser decorrente de vários fatores. Isso inclui questões pessoais (falta de confiança, treinamento ou atitude negativa em relação ao método), deficiências institucionais (indisponibilidade do DIU, falta de apoio e de protocolos hospitalares) e fatores relacionados às pacientes (falta de conhecimento ou rejeição do método) identificados nas questões sobre barreiras ao uso do dispositivo. A resistência das mulheres ao método, uma das principais barreiras ao uso do DIU-PPI e do DIU-PAI, segundo os respondentes, também é relatada na literatura e seria decorrente da falta de informação das mulheres sobre a disponibilidade do DIU no centro obstétrico e sobre a eficácia contraceptiva do DIU inserido imediatamente após um parto ou aborto.[29] Segundo estudo brasileiro realizado em um hospital público da cidade de Campinas envolvendo 242 mulheres, 42% das participantes recusaram a oferta de inserção gratuita de DIU-PPI, e o fator mais importante para essa decisão seria a desinformação relacionada ao medo da dor, da falha do método, do possível aumento do sangramento menstrual e de preocupações quanto à possibilidade de o dispositivo vir a afetar sua futura fertilidade.[30] Há evidências de que a educação durante o pré-natal pode aumentar significativamente a decisão de inserir um DIU-PPI.[31] Por outro lado, a literatura indica que os médicos são a maior fonte de influência sobre a atitude das mulheres e sua escolha de métodos anticoncepcionais.[32] Considerando o impacto que os médicos têm sobre as escolhas das mulheres quanto ao uso de métodos contraceptivos, é importante melhorar o conhecimento, a atitude e a experiência prática dos médicos brasileiros sobre o DIU-PPI e o DIU-PAI para que eles possam superar sua própria resistência em relação a esse método. As outras três grandes barreiras para inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI identificadas nesta pesquisa (indisponibilidade do DIU no centro obstétrico, falta de experiência dos médicos plantonistas e falta de protocolos hospitalares) são questões organizacionais que poderiam ser resolvidas com intervenções institucionais relativamente simples. A falta de DIUs no centro obstétrico não deveria ser uma barreira para a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI nos hospitais públicos brasileiros, pois o Ministério da Saúde disponibiliza o DIU de cobre para todas as maternidades do Sistema Único de Saúde desde 2017.[33] Isso sugere possíveis problemas administrativos, ou desconhecimento dos gestores hospitalares, para garantir o fornecimento contínuo e ininterrupto de DIUs de cobre nos centros obstétricos de todos os hospitais públicos brasileiros.

Este estudo tem vários pontos fortes, incluindo sua originalidade, o uso da melhor evidência disponível para criar o questionário e sua testagem em um grupo de voluntários antes de ser enviado aos participantes finais da pesquisa. Uma característica exclusiva desta pesquisa foi a inclusão de perguntas para detectar possíveis diferenças nas atitudes dos participantes em relação à inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI em pacientes atendidas nos setores público e privado e de perguntas sobre as principais barreiras ao uso desse método contraceptivo nos hospitais públicos brasileiros. A principal limitação do estudo foi que a maioria dos hospitais contatados não respondeu ou recusou o convite para participar da pesquisa. Isso provavelmente ocorreu porque o estudo coincidiu com a primeira onda da pandemia de COVID-19 no Brasil, quando a atenção dos diretores hospitalares estava voltada para

a adaptação e reorganização de sua infraestrutura e equipe para administrar essa emergência de saúde pública. Apesar da baixa adesão dos hospitais, conseguimos incluir instituições localizadas nas cinco regiões geográficas brasileiras, e a distribuição dos hospitais participantes foi proporcional ao total de partos no país. Outra limitação do estudo foi seu delineamento exclusivamente quantitativo, envolvendo apenas questões fechadas. Idealmente, a pesquisa *online* poderia ter incluído perguntas abertas, e poderíamos ter complementado o estudo com entrevistas individuais ou grupos focais *online* com uma amostra dos participantes (estudo misto quantitativo-qualitativo). Isso poderia ter permitido uma análise mais aprofundada das atitudes dos médicos sobre o uso do DIU-PPI e do DIU-PAI e a possível identificação de barreiras adicionais ao uso desse método. Finalmente, os achados deste estudo não podem ser extrapolados para todos os hospitais públicos brasileiros, pois quase todas as instituições participantes eram hospitais de ensino e mais de 20% dos médicos tinham pós-graduação.

Os resultados deste estudo têm várias implicações para a prática. O conhecimento limitado dos participantes sobre DIU-PPI foi surpreendente, uma vez que a maioria relatou ter recebido treinamento específico sobre esse tipo de inserção promovido por instituições públicas de saúde. Essa constatação indica a necessidade de reavaliar e melhorar a qualidade da formação teórica atualmente oferecida por essas autoridades ou oferecer cursos de atualização. A adição de um módulo de treinamento prático, incluindo uma demonstração clínica (em pacientes reais) e a supervisão de um tutor no centro obstétrico por alguns dias ou semanas após o módulo teórico, poderia reduzir a falta de experiência e aumentar a confiança dos plantonistas na inserção de DIU-IPP e, principalmente, de DIU-PAI em hospitais públicos brasileiros. O envolvimento, a atuação e o apoio dos diretores clínicos e gestores hospitalares são essenciais para superar as principais barreiras organizacionais à inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI relatadas pelos participantes do estudo.

Este estudo pode servir de modelo para pesquisas semelhantes envolvendo outros tipos de participantes (por exemplo, residentes) ou instituições (hospitais públicos menores, hospitais privados) no Brasil. Novos estudos também podem incluir um componente qualitativo para investigar mais a fundo as atitudes dos médicos e identificar barreiras adicionais ao uso de DIU-PPI e DIU-PAI. Finalmente, os resultados sugerem que é importante realizar estudos envolvendo gestantes e puérperas brasileiras, bem como mulheres que acabaram de passar por uma perda gestacional precoce, para investigar seu conhecimento e atitude sobre a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI. Os resultados desses novos estudos serão úteis para auxiliar no desenvolvimento de estratégias efetivas de expansão do uso desse método contraceptivo no Brasil.

CONCLUSÃO

Os médicos plantonistas que trabalham em hospitais públicos brasileiros têm conhecimento limitado sobre a inserção do DIU-PPI e do DIU-PAI. A maioria dos médicos tem atitude positiva em relação à inserção do DIU-PPI, especialmente para mulheres atendidas no setor público, mas sua atitude é menos favorável à inserção do DIU-PAI. Uma porcentagem considerável dos participantes relatou falta de treinamento e falta de experiência em inserção de DIU-PPI e, especialmente, de DIU-PAI. As principais barreiras para o uso desse método nos hospitais públicos seriam a resistência das mulheres, a indisponibilidade do DIU no centro obstétrico, a falta de protocolos institucionais e a falta de experiência dos médicos.

REFERÊNCIAS

1. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. Perspect Sex Reprod Health. 2003;35(2):94-101. doi: 10.1363/3509403
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. Lancet Glob Health. 2020;8(9):e1152-61. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6
3. Leal MC, Gama SG. Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014;30 Supl 1:S5. doi: 10.1590/0102-311XED01S114
4. Domingues RM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EM, Menezes GM. Unsafe abortion in Brazil: systematic review of scientific production, 2008-2018. Cad Saúde Pública. 2020;36 Supl 1:e00190418. doi: 10.1590/0102-311X00190418
5. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy intention, demographic differences, and psychosocial health. J Womens Health (Larchmt). 2011;20(8):1215-23. doi: 10.1089/jwh.2010.2379
6. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. Int J Womens Health. 2014;6:663-70. doi: 10.2147/IJWH.S61543
7. Bradley SE, Poli CB, Bankole A, Croft T. Global contraceptive failure rates: who is most at risk? Stud Fam Plann. 2019;50(1):3-24. doi: 10.1111/sifp.12085
8. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use: a WHO family planning cornerstone [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2022 Dec 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf
9. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021
10. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. Lancet Glob Health. 2019;7(2):e227-35. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30481-9
11. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Contraceptive use by method: data booklet [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 15]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf
12. Whitaker AK, Chen BA. Society of family planning guidelines: postplacental insertion of intrauterine devices. Contraception. 2018;97(1):2-13. doi: 10.1016/j.contraception.2017.09.014
13. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual behavior, satisfaction, and contraceptive use among postpartum women. J Midwifery Womens Health. 2016;61(2):158-65. doi: 10.1111/jmwh.12409

14. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. Obstet Gynecol. 2011;117(3):657-62. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820ce18c
15. Holden EC, Lai E, Morelli SS, Alderson D, Schulkin J, Castleberry NM, et al. Ongoing barriers to immediate postpartum long-acting reversible contraception: a physician survey. Contracept Reprod Med. 2018;3:23. doi: 10.1186/s40834-018-0078-5
16. Roe AH, Bartz D. Society of family planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. Contraception. 2019;99(1):2-9. doi: 10.1016/j.contraception.2018.08.016
17. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion - a randomized controlled trial. PloS One. 2012;7(11):e48948. doi: 10.1371/journal.pone.0048948
18. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(7):CD001777. doi: 10.1002/14651858.CD001777.pub4
19. Luo Z, Gao L, Anguzu R, Zhao J. Long-acting reversible contraceptive use in the post-abortion period among women seeking abortion in mainland China: intentions and barriers. Reprod Health. 2018;15(1):85. doi: 10.1186/s12978-018-0543-2
20. World Health Organization, Stop TB Partnership. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2022 Dec 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43790/9789241596176_eng.pdf
21. Thompson EL, Vamos CA, Logan RG, Bronson EA, Detman LA, Piepenbrink R, et al. Patients and providers' knowledge, attitudes, and beliefs regarding immediate postpartum long-acting reversible contraception: a systematic review. Women Health. 2020;60(2):179-96. doi: 10.1080/03630242.2019.1616042
22. Stone L, Puri MC, Guo M, Shah IH. Assessing knowledge, attitudes, and practice of health providers towards the provision of postpartum intrauterine devices in Nepal: a two-year follow-up. Reprod Health. 2021;18(1):43. doi: 10.1186/s12978-021-01099-7.
23. Rupley DM, Morhe ES, Moyer CA, Dalton VK. Maternity care provider knowledge, attitudes, and practices regarding provision of postpartum intrauterine contraceptive devices at a tertiary center in Ghana. Int J Gynaecol Obstet. 2015;128(2):137-40. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.010
24. Holland E, Michelis LD, Sonalkar S, Curry CL. Barriers to immediate post-placental intrauterine devices among attending level educators. Womens Health Issues. 2015;25(4):355-8. doi: 10.1016/j.whi.2015.03.013 1
25. Ministério da Saúde. Datasus. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 10]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def
26. Jatlaoui TC, Whiteman MK, Jeng G, Tepper NK, Berry-Bibee E, Jamieson DJ, et al. Intrauterine device expulsion after postpartum placement: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2018;132(4):895-905. doi: 10.1097/AOG.0000000000002822
27. Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Munganyizi P, Odongo E, et al. FIGO postpartum intrauterine device initiative: complication rates across six countries. Int J Gynaecol Obstet. 2018;143 Suppl 1:20-7. doi: 10.1002/ijgo.12600
28. Philliber AE, Hirsch H, Brindis CD, Turner R, Philliber S. The use of ACOG guidelines: perceived contraindications to IUD and implant use among family planning providers. Matern Child Health J. 2017;21(9):1706-12. doi: 10.1007/s10995-017-2320-1
29. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. Lancet. 2012;380(9837):149-56. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60609-6
30. Kraft MB, Miadaira M, Marangoni Júnior M, Juliato CR, Surita FG. Postplacental placement of intrauterine devices: acceptability, reasons for refusal and proposals to increase its use. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021;43(3):172-7. doi: 10.1055/s-0041-1725053
31. Dev R, Kohler P, Feder M, Unger JA, Woods NF, Drake AL. A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. Reprod Health. 2019;16(1):154. doi: 10.1186/s12978-019-0824-4
32. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. Reprod Health. 2013;10:7. doi: 10.1186/1742-4755-10-7
33. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.265, 1 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a ampliação do acesso ao dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html