



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**KATIA MELO CAVALARI**

**ACESSO AO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

**CAMPO GRANDE – MS  
2022**

**KATIA MELO CAVALARI**

**ACESSO AO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para, como parte dos requisitos para aprovação no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

**Orientador:** Prof. Dr. Rafael Aiello Bomfim.

CAMPO GRANDE – MS  
2022

## RESUMO

O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, é o método contraceptivo reversível mais utilizado em todo o mundo, é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), totalmente seguro e altamente eficaz, com baixas taxas baixas relacionadas a sua falha, porém, ainda subutilizado pela população brasileira. Essa restrição em sua adesão pode restringir o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras. Diante disso, o objetivo desse estudo foi de conhecer as condições de acesso das mulheres ao DIU na Atenção Primária no município de Campo Grande – MS. Para isso, realizou-se um estudo qualitativo, que envolveu a realização de entrevistas individualizadas baseadas em roteiros semiestruturados, como técnica de análise de dados utilizou-se o Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) como guia para estabelecer os constructos de avaliação. Utilizou-se os domínios do cenário interno; cenário externo e características dos indivíduos do CFIR para a análise resultados. Realizaram-se entrevistas com quatro grupos de 10 participantes cada: mulheres usuárias do SUS que buscam atendimento para a inserção do DIU, mulheres usuárias do SUS que inseriram o DIU, profissionais da atenção primária saúde que não fazem e que fazem a inserção do dispositivo. As entrevistas foram orientadas por um roteiro previamente estabelecido, a partir de questões disparadoras sobre o fluxo, acesso e disponibilidade do DIU. Foram analisadas 40 entrevistas, a partir destas, os relatos foram organizados e categorias foram definidas. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas, lidas e relidas. Após essa etapa procedeu-se a análise de conteúdo seguindo suas etapas: leitura flutuante, pré-análise e categorização temática. Destaca-se a partir dos resultados encontrados que apesar de serem reconhecidas algumas facilidades, ainda existem muitas limitações e barreiras do conhecimento, organizacionais e operacionais que dificultam o acesso das mulheres à inserção do dispositivo intrauterino pelas usuárias das unidades de saúde a que são subordinadas.

**Palavras-chave:** Dispositivos intrauterinos. Planejamento familiar. Saúde Sexual e Reprodutiva. Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

The copper intrauterine device (IUD) is a reversible contraceptive method most used worldwide, it is offered by the Unified Health System (SUS), being totally safe and highly effective, with low rates related to its failure, but still underutilized by the Brazilian population. This restriction on their membership may restrict the full exercise of sexual and reproductive rights by Brazilian women. Therefore, the objective of this study was to know the conditions of women's access to the IUD in Primary Care in the city of Campo Grande - MS. For this, a qualitative study was carried out, which involved conducting individualized interviews based on semi-structured scripts. As a data analysis technique, the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) was used as a guide to establish the evaluation constructs. The domains of the internal scenario were used; external scenario and characteristics of CFIR individuals for the results analysis. Interviews were carried out with four groups of 10 participants each: women users of the SUS who seek care for the insertion of the IUD, women users of the SUS who inserted the IUD, primary health care professionals who do not and who insert the device. The interviews were guided by a previously established script, based on triggering questions about the flow, access and availability of the IUD. 40 interviews were analyzed, from which the reports were organized, and categories were defined. The interviews were audio recorded, transcribed, read, and reread. After this step, the content analysis was carried out following its steps: floating reading, pre-analysis, and thematic categorization. It is noteworthy from the results found that despite some facilities being recognized, there are still many limitations and barriers of knowledge, organizational and operational that make it difficult for women to access the insertion of the intrauterine device by users of the health units to which they are attached.

**Keywords:** Intrauterine devices. Family planning. Sexual and reproductive health. Women's health.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
2.1. LEGISLAÇÃO E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	13
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	14
2.3. ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO.....	16
2.5. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	24
3.1. OBJETIVO GERAL.....	24
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	25
5.1. TIPO E LOCAL DA PESQUISA.....	25
5.2. CENÁRIO DA PESQUISA.....	27
5.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	28
5.4.1. Critérios de inclusão.....	29
5.4.2. Critérios de exclusão.....	29
5.5. OBTENÇÃO DOS DADOS.....	29
5.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	30
5.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
5.8. RISCOS E INCONVENIENTES: RISCO MÍNIMO.....	31
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	32
6.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DAS MULHERES.....	32
<b>6.2. Acesso ao conhecimento: redução da resistência e aumento da aceitabilidade</b> ....	36
<b>6.3. Planejamento familiar e uso de protocolos: barreiras organizacionais e individualização</b> .....	39
6.3.1. CFIR - cenário interno.....	40
6.4. Protocolos de encaminhamentos não-padronizados.....	40
6.5. Fluxo para a inserção do DIU: facilidades e vulnerabilidades.....	48
6.6. Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para a inserção do DIU.....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56
<b>ANEXO 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIAS</b> .....	66
<b>ANEXO 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ÀS UNIDADES QUE FAZEM A INSERÇÃO DO DIU</b> .....	69

## INTRODUÇÃO

As constantes mudanças nos paradigmas da sociedade e o surgimento de formas de organização familiar, reforça a necessidade de discussão acerca da definição e estratégias do planejamento reprodutivo. Integrar uma política pública, instaurada pelo Ministério de Saúde, no qual fomenta um conjunto de ações direcionadas a regulação da fecundidade, que auxiliam o adulto, jovem ou adolescente com vida sexual ativa ou que será iniciada, a decidir se deseja ou não ter filhos, e qual momento é mais oportuno para isso, de modo que possam planejar um método que garanta de forma segura os interesses desses indivíduos (BRASIL, 2013).

O planejamento reprodutivo é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde desde 1996, sendo compreendido como um modelo de pensar e viver adotado de maneira voluntária por pessoas e casais com base em conhecimentos, atitudes e decisões tomadas com o sentido de responsabilidade, a fim de promover a saúde e bem-estar da família, para contribuir ao desenvolvimento social do país (OMS, 1996).

Destaca-se que, o termo planejamento reprodutivo é o termo mais adequado para ser usado do que planejamento familiar. Assim, entende-se que não deve ser usado como sinônimo de controle de natalidade, visto que, nem sempre estamos lidando com família<sup>1</sup> e sim com a vida reprodutiva. A utilização do termo correto, possibilita abordar questões relativas ao planejamento reprodutivo, uma vez que, se baseia no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

O planejamento reprodutivo abrange aconselhamento, educação em saúde e atividade clínica de maneira sequenciada e integrada. Isto é, consiste em um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal, que visa esclarecer sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro. As atividades educativas

---

<sup>1</sup> Gostaríamos de realizar um pequeno adendo neste ponto. Contrapõe-se as duas terminologias, sendo que a primeira não está necessariamente sendo usada como terminologia ou conceito. Foi pensada por um eixo denotativo.

têm como objetivo oferecer às pessoas, os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada, proporcionando a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução. E, as atividades clínicas são direcionadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 2013).

O uso da contracepção é um direito humano, isto é, social. Discutir sobre a importância do uso dos métodos contraceptivos e suas vantagens e desvantagens é fundamental para o planejamento reprodutivo, pois, em muitos casos de gravidez indesejada, o desfecho é a prática de aborto não seguro, que poderia ser evitado caso o casal tenha acesso à educação em saúde e uso corretos de algum método contraceptivo (SILVA; PINTO, 2021).

Nessa perspectiva, a mulher, ou o homem, que participa do planejamento reprodutivo tem a liberdade para escolher de forma consciente a quantidade de filhos, o espaçamento entre eles e em que momento de sua vida realizar a concepção e a contracepção, se assim for a vontade do casal (JUNIOR *et al.*, 2020). Tem se tornado cada vez perceptível que, muitas vezes, a assistência profissional concentra-se no ciclo puerperal e pré-gravídico, esquecendo-se da prevenção de gravidez indesejada, dessa forma é importante educar sobre os métodos contraceptivos (LEAL; RODRIGUES, 2019).

Ainda que o planejamento reprodutivo seja de responsabilidade de todos os níveis, cabe sobretudo a Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), oferecendo esse tipo de assistência. A APS possui atributos essenciais, como, por exemplo: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação e mais três derivados, orientação familiar, comunitária, e competência cultural. Sendo assim, é responsável pelo primeiro contato do usuário com o sistema único de saúde e deve proporcionar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde no âmbito individual, familiar e coletivo (BRASIL, 2017).

A assistência em planejamento reprodutivo deve fazer parte do *rol* de ações das equipes de saúde que atuam na APS, cuja implementação necessita de preparo profissional para abordagem de assuntos complexos, como, por

exemplo, liberdade e autonomia, com vistas ao pleno exercício da sexualidade por parte de todas as pessoas (BRASIL, 2018).

Atualmente, o SUS disponibiliza diversos métodos contraceptivos temporários ou reversíveis, sendo eles: pílulas combinadas, minipílulas, injetáveis mensais, injetáveis trimestrais, preservativo feminino e masculino, diafragmas, contraceptivos de emergência e o Dispositivo Intrauterino Tcu-380 (DIU T de cobre). Vale destacar que, a oferta de métodos contraceptivos se dá, majoritariamente, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, instância central na organização do SUS, que tem como principais atributos ser o primeiro contato dos usuários no sistema de saúde, configurando-se como a porta de entrada preferencial para a rede de atenção à saúde. A população por meio do SUS tem acesso aos métodos contraceptivos/anticoncepcionais e a informações que auxiliem na escolha do método que melhor se adequar (LEAL; RODRIGUES, 2019).

O conhecimento e a escolha pelo método contraceptivo apresentam impacto positivo na saúde da mulher. Atualmente, os contraceptivos reversíveis de longa ação, chamados de LARC - *Long Acting Reversible Contraceptive* - são tidos como uma importante estratégia custo-efetiva, pois, são métodos com alta eficácia, entre eles, destaca-se o dispositivo intrauterino – DIU de cobre, que é um método ofertado pelo SUS (BRASIL, 2009; MORAIS, *et al.*, 2021).

O DIU apresenta uma retomada da fertilidade imediata após a retirada, além de ser um método ofertado seguramente a maioria das mulheres, incluindo adolescentes e nulíparas, as indicações vão desde o pós-parto ao pós-aborto. Possui uma taxa de continuação de 85% em um ano com efeitos colaterais já conhecidos, no entanto, mesmo com seus benefícios, o DIU é pouco utilizado no Brasil com taxa de 1,9% e diversas barreiras organizacionais foram identificadas para sua ampliação (BARRETO *et al.*, 2021).

Estudo realizado, no nordeste do Brasil, identificou que as mulheres de 15 a 50 anos optaram pelo DIU de cobre como método contraceptivo, aproximadamente, 75% destas mulheres tinham entre 20 e 34 anos, faixa condizente com o pico do período reprodutivo da mulher. Por outro lado, apenas 8% das mulheres que inseriram o DIU eram consideradas adolescentes com 15 e 19 anos. Fatores como: atividade sexual na

adolescência e a insegurança técnica na prescrição do dispositivo intrauterino de alguns profissionais de saúde constituem barreiras para a difusão desse método contraceptivo (MORAIS *et al.*,2021). A falta de diálogo a respeito de tais assuntos são representados como é possível averiguar na baixa adesão dos adolescentes.

No Reino Unido, 31% das mulheres utilizam métodos contraceptivos de longa duração, o que reflete em uma taxa de gravidez não planejada de 16,2%. O México, por exemplo, reduziu para 36% o percentual das gestações não planejadas depois da implantação de um programa que aumentou para 15% o percentual de mulheres com DIU ou implantes. No Brasil, aproximadamente, 1,9% das mulheres utilizam DIU Tcu (PNDS, 2006) e a taxa de gravidez não programada é de 55,4% (FIOCRUZ, 2016). Números expressivos que falam por si.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 2006, mostram que a utilização de métodos hormonais e a laqueadura tubária representam mais de dois terços (2/3) das alternativas anticoncepcionais apresentadas às mulheres. Ainda há uma alta incidência de laqueaduras, principalmente, nas mulheres de maior vulnerabilidade social, o que demonstra uma dificuldade dos serviços públicos em incorporar a anticoncepção não hormonal reversível, o DIU de cobre, nos serviços de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2018).

Nota-se, assim, a necessidade de ampliação às informações e acesso das mulheres a outros métodos anticoncepcionais, que sejam eficazes e que garantam autonomia para que elas possam decidir o melhor momento para o retorno à fertilidade, como é o caso do DIU.

Sabe-se que, mesmo com as conquistas das mulheres em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo no acesso aos métodos contraceptivos foram de suma importância, entretanto, ainda há dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como, as falhas nas orientações que estabeleçam a melhor maneira da mulher realizar o planejamento reprodutivo, de fácil acesso e livre de complicações para a saúde.

Contudo, com medidas simples como a difusão de informações claras e corretas, que orientem sobre a legislação e as diretrizes existentes, bem como, a disseminação de esforços coletivos empreendidos para desmistificar o

processo, torna-se possível ampliar o quantitativo de profissionais aptos à inserção, acompanhamento, monitoramento, retirada e demais cuidados relacionados ao método. Com vistas à ampliação do acesso ao método contraceptivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) orientam que a inserção do DIU seja realizada por profissional habilitado e treinado.

Aliadas a essa questão, estão uma série de problemas que vão desde a produção e logística de distribuição de anticoncepcionais, até o despreparo de gestores e profissionais de saúde para a efetiva atuação em planejamento familiar. Esses fatores impactam diretamente na continuidade de sua oferta e a precarização da atenção, gerando desigualdades de acesso, principalmente, para as famílias mais carentes e do meio rural (MORAIS *et al.*, 2021).

A redução das desigualdades, por meio do acesso aos serviços, é uma das premissas da APS e o desenvolvimento de profissionais qualificados, para ações de planejamento sexual e reprodutivo aumenta a possibilidade das mulheres de obterem acesso aos métodos de concepção e contracepção (BORGES *et al.*, 2020). A oferta universal de métodos para o Planejamento Reprodutivo compõe um conjunto de ações que visam garantir os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, tais como: métodos de barreira; métodos hormonais; métodos comportamentais; dispositivo intrauterino (DIU) e métodos definitivos (MORAIS *et al.*, 2021).

Dessa forma, é essencial o envolvimento do serviço de saúde e dos profissionais, para enter sua prontidão organizacional (Bomfim *et al.* 2021; Bomfim, Braff e Frazão., 2020) sobretudo, da APS, para o provimento de ações relativas ao planejamento reprodutivo, com vistas ao fortalecimento do conhecimento desta política pública. Considerando-se que, o DIU Tcu é método que apresenta altos níveis de efetividade, baixo custo, longa duração, poucas contra-indicações e reações adversas, sendo considerado um método superior a métodos mais utilizados, como, por exemplo, o anovulatório hormonal oral. Quais os fatores que estariam influenciando esta subutilização do DIU Tcu? Políticas públicas de saúde, valores socioculturais ou desconhecimento do método? Para tanto, questiona-se nesse trabalho quais os fatores facilitadores e dificultadores na inserção desse método contraceptivo na Atenção Primária a Saúde?

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. LEGISLAÇÃO E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O planejamento reprodutivo é um direito constitucional, definido como um conjunto de ações educativas e preventivas que garantem a informação, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade, garantindo a liberdade de opção pelo método contraceptivo (BRASIL, 1988).

A Lei nº 9.263, promulgada em 12 de janeiro de 1996, é conhecida como a Lei do Planejamento Familiar e tem por finalidade regulamentar o §7º do Art. 226 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as penalidades e dá outras providências (BRASIL, 1996).

A Lei nº 9263/1996 determina em seu artigo 1º que:

O planejamento familiar é direito de todo cidadão e que o art. 5º define que é dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instancias componentes do sistema educacional, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva (BRASIL, 1996).

Já em seu art. 2º está disposto que:

[...] entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal", e no art. 9º afirma que "para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou a Resolução n° 690/2022, que normatiza a atuação da enfermagem no Planejamento Reprodutivo. O documento, em seu anexo, coloca como competência do enfermeiro(a) realizar a inserção, revisão e retirada do Dispositivo Intrauterino (DIU), desde que, o mesmo realize curso de capacitação, presencial, em *Inserção, revisão e retirada de DIU*, com carga horária mínima de 70 (setenta) horas, sendo no mínimo 20 (vinte) horas teóricas e teórico-práticas, de 50 (cinquenta) horas práticas, com no mínimo 20 (vinte) inserções supervisionadas durante consulta de Enfermagem nos serviços de Saúde (COFEN, 2022).

## 2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O conceito de saúde reprodutiva é relativamente recente. Foi definido, em 1994, pela Conferência de População do Cairo como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (COSTA, 2009, p. 1074). A integralidade deve ser o foco dos serviços de planejamento reprodutivo, garantindo que a questão reprodutiva seja considerada prioritária (BARRETO *et al.*, 2021)

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva são áreas de atuação prioritárias da APS e pode contribuir para uma melhor qualidade de vida e saúde das pessoas. Deve ser ofertada observando-se como princípio, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como, em consonância com as diretrizes de promoção da igualdade racial, étnica, de gênero, de geração e de orientação sexual, em um contexto de enfrentamento a toda forma de discriminação (BRASIL, 2017).

As ações educativas mostram-se igualmente importantes, uma vez que, o índice de arrependimento referente aos métodos definitivos, como a laqueadura e a vasectomia, ainda é uma realidade constatada pelas pesquisas que envolvem o tema. Com mais informação e acesso aos métodos anticoncepcionais, muitos casais elegeriam outros métodos contraceptivos em detrimento de procedimentos cirúrgicos (BARBOSA *et al.*, 2009).

As ações de planejamento reprodutivo (PR) são importantes intervenções de saúde, pois, o uso dos métodos de contracepção e, conseqüentemente, a redução do tamanho das famílias acarretam redução da morbimortalidade. No Brasil, por exemplo, a mortalidade materna por complicações do aborto se configura como a quinta causa de óbitos no país. Dados da Pesquisa Nacional do Aborto, de 2016, evidenciaram que 13% das mulheres entrevistadas tiveram um abortamento provocado por não desejar a gestação. Identificar os indicadores de cobertura, ou seja, a proporção de pessoas que recebem o serviço que desejam, torna-se fundamental para formular políticas públicas de saúde que visam o bem-estar materno e infantil.

É fundamental, nesta perspectiva, observar que atualmente as famílias assumem diferentes conformações, de forma que os profissionais de saúde precisam estar atentos aos agrupamentos de pessoas em novas configurações familiares que devem ser acolhidas (SOUZA *et al.*, 2021).

O conceito sobre saúde reprodutiva avançou em relação às concepções anteriores por incorporar de forma explícita os homens nesse contexto. É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões, que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida, e para promover o envolvimento e corresponsabilidade dos homens (BORGES *et al.*, 2020).

A atenção em planejamento reprodutivo deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência. Sendo assim, a definição de planejamento reprodutivo se distancia do termo controle de natalidade, e em nada se aproxima na ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades (BOTELHO, 2021).

O Caderno de Atenção Básica, nº 26, de 2013, busca abordar a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida, de saúde das pessoas e o papel fundamental que as equipes de Atenção Primária/Saúde da Família têm na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Esta publicação tem a finalidade de oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Primária na atenção básica à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos (BRASIL, 2012).

De acordo com o Protocolo de Atenção Básica à Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, o planejamento reprodutivo designa um conjunto de ações de regulação da fecundidade, as quais podem auxiliar as pessoas a prever e controlar a geração e o nascimento de filhos, e englobam adultos, jovens e adolescentes com vida sexual com e sem parcerias estáveis, bem como, aqueles e aquelas que se preparam para iniciar sua vida sexual (BRASIL, 2016).

Todavia, nem sempre o planejamento reprodutivo foi priorizado. A saúde da mulher foi incorporada, gradativamente, às políticas nacionais de saúde, mas, os programas implementados ainda se voltavam, exclusivamente, para a assistência aos aspectos referentes à gestação e ao parto (COSTA *et al.*, 2020). Portanto, as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, são compelidas a garantir a atenção integral à saúde que inclua a assistência aos direitos sexuais e reprodutivos, à concepção e contracepção (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013).

No entanto, os municípios ainda registram dificuldades de implantação de um serviço de planejamento reprodutivo responsivo, que atenda às reais necessidades da população quanto ao fornecimento de anticoncepcionais, ao aconselhamento com enfoque educativo, pautado na escolha livre e informada, e quanto à garantia de acompanhamento continuado das usuárias e dos casais (BRASIL, 2004).

### 2.3. ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO

A assistência à anticoncepção tem o objetivo de prestar atendimento aos homens, às mulheres e/ou casais em idade fértil que desejam espaçar a gravidez, proporcionando informações claras acerca dos métodos anticoncepcionais, bem como, o acesso aos métodos disponíveis pelo programa, após a escolha e indicação dele.

Na indicação do uso dos métodos anticoncepcionais, devem ser consideradas as seguintes características:

- Inocuidade, ou seja, ausência de efeitos secundários adversos;
- Eficácia;

- Aceitabilidade;
- Disponibilidade ou acesso gratuito;
- Facilidade de uso;
- Reversibilidade, ou recuperação total da fertilidade correspondente à faixa etária do usuário.

Existem também fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários que devem ser considerados à indicação do método contraceptivo:

- Estado de saúde;
- Escolha pessoal;
- Característica da personalidade da mulher e/ou do homem;
- Condições econômicas;
- Fase da vida;
- Estilo de vida;
- Padrão de comportamento sexual;
- Aspirações reprodutivas, entre outros.

O profissional deverá orientar o usuário sobre o método mais adequado a ele, considerando em sua abordagem o disco/roda de critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) para uso de métodos anticoncepcionais.

Uma pesquisa realizada, em 2019, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2013, mostrou que o uso de métodos contraceptivos no Brasil ainda permanece centrado em três métodos: a pílula (40,6%), o preservativo masculino (20,4%) e a esterilização feminina (17,3%) (IBGE, 2021), dos quais dois são considerados métodos de curta ação (TRINDADE *et al.*, 2019). A principal desvantagem dos métodos de curta ação é a necessidade da motivação, muitas vezes, diária, por parte da usuária, para a manutenção de sua eficácia. Alguns métodos de curta ação ainda necessitam de uma intervenção de profissional de saúde, como por exemplo, os injetáveis (BRADLEY *et al.*, 2009; CURTIS *et al.*, 1997; MONTGOMERY *et al.*, 1997; STAVETEIG, 2015), o que pode gerar a descontinuidade do uso.

Ainda que o Brasil apresente uma alta taxa de prevalência de uso de

métodos contraceptivos, semelhante a de países de alta renda como, por exemplo, Reino Unido e Noruega (ALKEMA *et al.*, 2013), o uso de anticoncepcionais difere entre as mulheres a depender da escolaridade, renda e raça/cor; portanto, as brasileiras com algum grau de vulnerabilidade são as mais expostas ao não uso de métodos contraceptivos (TRINDADE *et al.*, 2019) e, conseqüentemente, a vivenciar uma gestação não intencional, que chega a 55% no país (THEME-FILHA *et al.*, 2016).

Sabe-se que, os métodos contraceptivos de longa duração, os chamados LARC (*long-acting reversible contraception*) são pouco usados. O dispositivo intrauterino (DIU), por exemplo, apesar de ser o segundo método anticoncepcional reversível mais utilizado no mundo, com prevalência de uso de 17% (UNITED NATIONS, 2019), era utilizado por apenas 1,9% das brasileiras em 2013 (BRASIL, 2009) e 4,4% em 2019 (IBGE, 2021). Estudos regionais confirmam que o uso do DIU é realmente baixo, sendo da ordem de 3% no Rio Grande do Sul em 2015 (GONÇALVES *et al.*, 2018) e 2,5% em São Paulo, no mesmo ano (LAGO *et al.*, 2020). O implante, por sua vez, apresenta barreiras e dificuldades no acesso, devido ao seu alto custo e indisponibilidade na atenção primária, utilizado por 2% das mulheres (UNITED NATIONS, 2019).

Por serem métodos que oferecem ação contraceptiva por longo período, cujo efeito não depende da memória ou de nenhuma outra ação adicional de quem os utiliza, como, por exemplo, procurar um serviço com regularidade para a obtenção do método, os LARC têm maior eficácia contraceptiva quando comparados aos métodos de curta ação, com taxa de gravidez menor que 1% a ano (WHO, 2018).

Sobre os tipos de métodos de contracepção utilizados, os cirúrgicos, que antes lideravam o *ranking*, perderam seu posto para os contraceptivos orais. A industrialização, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a elevação da escolaridade, a urbanização, o empoderamento feminino e o desejo de controlar o ciclo menstrual são algumas hipóteses para a maior adesão das mulheres aos anticoncepcionais orais. As pílulas são eficazes se tomadas corretamente, práticas e não interferem na vida sexual do casal. Também são adquiridas, facilmente, no balcão das farmácias no Brasil além de estarem

disponíveis, gratuitamente, no serviço público do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou alta queda em sua fecundidade, assim como, vários outros países da América Latina. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que a taxa de fecundidade de 6,3 filhos, em 1960, diminuiu para 1,7 filho por mulher em 2015. Contudo, essa redução aconteceu de diferentes formas entre as classes sociais. Primeiramente, ocorreu entre as mulheres que tinham maior escolaridade e que habitavam as zonas urbanas. Essa desigualdade pode ser observada no Brasil a partir dos dados do Censo de 2010, que demonstraram taxa de fecundidade das regiões menos desenvolvidas do país, Norte e Nordeste, respectivamente 2,4 e 2,0 filhos, enquanto nas regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, eram de 1,8 e 1,7 filho por mulher (IBGE 2019).

Apesar dessa redução, mais da metade das gestações que ocorrem no Brasil não são planejadas, segundo a pesquisa nacional “Nascer no Brasil”. Além disso, as mulheres que planejam suas gestações são, na maioria, brancas, com maior nível de instrução escolar, com mais de 35 anos de idade e se encontram em um relacionamento estável (UNFPA; 2018).

Mesmo que grande proporção de mulheres use algum tipo de contracepção, mais da metade das gestações no Brasil não são planejadas e/ou indesejadas. Uma possível justificativa para essa incoerência seria que os métodos encontrados como mais utilizados são os de curta duração, ou seja, dependem da usuária para garantir sua efetividade, o que pode gerar falhas. A alta prevalência por métodos temporários com pouca durabilidade, como os contraceptivos hormonais orais, preservativos, diafragma, tabela e contraceptivo de emergência também foi evidenciada.

A utilização de hormônios aumentou no Brasil, pois, a última pesquisa sobre PR mostrou que aproximadamente uma em cada cinco mulheres de 15 a 49 anos utilizavam pílula (BRASIL, 2009). Há diversas evidências de efeitos colaterais e alterações fisiológicas no corpo da mulher ocasionados pelo uso prolongado dos anticoncepcionais orais (ACO). No Brasil, por exemplo, cerca de 20% das mulheres que utilizam ACO não deveriam fazê-lo, pois, possuíam alguma contraindicação<sup>28</sup>. Tal fato reforça que o corpo feminino, até mesmo quando não é indicado, é muito medicalizado.

O declínio dos métodos cirúrgicos é um indicador importante, uma vez que, nos mostra que, atualmente, as mulheres estão tendo mais informações e opções de escolha para outros métodos também eficazes, porém, reversíveis.

#### 2.4. O DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU

De acordo com o Manual Técnico para Profissionais de Saúde, de 2018, o DIU com cobre é um método contraceptivo do grupo dos LARCs, sigla em inglês para Método Contraceptivo de Longa Duração. Quando inserido dentro do útero, exerce ações locais que culminam por evitar a gestação, apresentando-se como um método seguro para evitar a longo prazo uma gestação.

Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura. A ampliação do acesso ao DIU com cobre nas maternidades (pós-parto e pós-abortamento imediatos – inserção em até 10 minutos) é uma estratégia compartilhada e complementar às ações de saúde reprodutiva da Atenção Básica e demais pontos de atenção do sistema de saúde local (BRASIL, 2018).

O DIU com cobre TCU 380 é constituído por um pequeno e flexível dispositivo de polietileno em formato de T, revestido com 314 mm<sup>2</sup> de cobre na haste vertical e dois anéis de 33 mm<sup>2</sup> de cobre em cada haste horizontal (FONSECA, 2021).

Dentre os benefícios do uso do DIU, apresentam-se a sua alta taxa de eficácia (taxa de falha em torno de 0,2%), comparável com a laqueadura tubária, além de mínima ou nenhuma interferência durante a relação sexual, boa relação custo-efetividade, não dependência de modo de uso pela usuária, baixo registro de efeitos sistêmicos no organismo, além de rápido retorno à fertilidade após a descontinuação do uso (WHALEY *et al.*, 2015). Além disso, não contém hormônios, método de longa duração de até 10 anos, não interfere na lactação, tem alta taxa de continuidade as maiores entre os métodos reversíveis e não aumenta o risco de contrair Infecção Sexualmente Transmissível (IST) (BRASIL, 2018).

O DIU com cobre pode ser inserido em qualquer dia do ciclo menstrual (desde que excluída gravidez), no pós-parto ou pós-abortamento imediatos.

Para as usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo. Não há indicação de profilaxia antibiótica para a inserção do DIU (GONZAGA *et al.*, 2017).

O dispositivo age, provocando mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, à medida que os íons são liberados na cavidade uterina, levando a uma ação inflamatória e citotóxica com efeito espermicida. O cobre é responsável pelo aumento da produção de prostaglandinas e pela inibição de enzimas endometriais. Tal ação terá efeito tanto nos espermatozoides como nos ovócitos secundários (MORAIS *et al.*, 2021).

Provoca também uma alteração no muco cervical, tornando-o mais espesso. Considera-se que, o DIU interfere na motilidade e qualidade espermática, atrapalhando a ascensão dos espermatozoides, desde a vagina até as tubas uterinas, levando também à morte dos mesmos pelo aumento na produção de citocinas citotóxicas com posterior fagocitose (ANDRADE *et al.*, 2022). As mulheres que têm contraindicações ao estrogênio ou mulheres que amamentam podem ser boas candidatas para o uso do DIU com cobre. Durante o período de lactação, mostra-se um método vantajoso por não gerar interferência na qualidade e quantidade do leite materno.

Mulheres jovens e adolescentes podem utilizar o DIU com cobre, devendo-se aconselhar sempre o uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino) para a prevenção de IST. O DIU com cobre é um dos métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC) e de maior custo-efetivo para as adolescentes (MORAIS *et al.*, 2021). Nuligestas, ou seja, mulheres que nunca engravidaram, também podem utilizar DIU com cobre, pois, não existe diferença significativa de expulsão por idade e paridade. Não há contraindicação para o uso do DIU com cobre em mulheres com ectopia cervical, história de cesariana prévia ou cistos ovarianos (SOUZA *et al.*, 2021).

Quanto às mulheres na perimenopausa, inicialmente o DIU é uma boa opção, sobretudo naquelas que têm contraindicações, relativas ou absolutas, à contracepção hormonal combinada, como, por exemplo, as tabagistas, obesas, hipertensas e diabéticas, pois, estes fatores associados levam a um maior risco cardiovascular (COSTA *et al.*, 2018).

É contraindicado em anormalidades uterinas, alguns miomas uterinos, presença de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite. No pós-parto não deve ser inserido na presença de febre e mulheres em uso de anticoagulantes (BRASIL, 2018). O método faz parte das estratégias de contracepção no atendimento, durante o planejamento familiar e apresentam vantagens e desvantagens em relação a sua utilização, que variam de acordo com os usuários e seus estilos de vida (BRASIL, 2013).

O DIU está entre os contraceptivos mais vantajosos em comparação aos outros métodos o que está relacionado com o seu mecanismo de ação, tempo de funcionamento e modo de uso (SOUZA FILHO, 2017). Portanto, a oferta e ampliação do serviço de anticoncepção com a utilização deste dispositivo é necessária e importante nas ações do planejamento familiar, garantindo a informação sobre tal método e permitindo a comparação com outros para a escolha autônoma e orientada (BRASIL, 2018).

## 2.5. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cabe aos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família adequarem à escolha do método de acordo com as necessidades de saúde do casal, da mulher ou do homem. Ademais, uma vez que cada um dos métodos tem suas limitações, é importante que os profissionais conversem com os usuários sobre as vantagens e desvantagens, para que o método mais adequado seja escolhido. A partir das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, cada equipe da APS poderá definir quais estratégias serão utilizadas na implementação das ações de planejamento familiar na sua prática cotidiana (BRASIL, 2018).

As equipes de Atenção Primária têm um papel fundamental na promoção da saúde bucal na atenção materno-infantil (de Souza et al., 2020), sexual, reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social (BRASIL, 2017).

A orientação sobre métodos contraceptivos e oferta de DIU pode ser feita a qualquer momento da vida reprodutiva da mulher, por ocasião do contato do profissional com a usuária, em consulta clínica, grupos educativos, atividades preventivas ou visita domiciliar, intermediada ou não pelo uso de materiais informativos. A participação em grupos educativos deve ser estimulada, pois, auxilia na aceitação e adesão ao método (BORGES *et al.*, 2020).

São poucos os municípios que não disponibilizam o DIU. Indisponibilidade do método no serviço e as dificuldades enfrentadas para a sua colocação, independente do motivo, seja ele, burocrático, logístico, informativo ou mesmo por opção do município de não o inserir na Atenção Básica, se constituem em barreiras organizacionais, o que na maioria das vezes impossibilita o acesso das mulheres (GONZAGA *et al.*, 2017; BORGES *et al.*, 2020).

Estudos internacionais, feitos por Secura, Allsworth (2010-2013), mostram que quando o DIU é ofertado mediante adequado aconselhamento, a maioria das mulheres tendem a optar por sua colocação. A Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, trata do planejamento familiar e prevê a oferta de todas as alternativas de métodos contraceptivos, cujo dever de compra e distribuição cabe ao Ministério da Saúde (Portaria n.1.555, de 30 de julho de 2013), vinculado ao SUS, e importante na integração ensino-serviço-comunidade (De-Carli *et al.* 2019), garantindo a mulher autonomia no controle da sua fecundidade e escolha no método em que melhor se adaptar (BRASIL, 2013).

A inserção do DIU pode ser realizada pelo enfermeiro (a) na Atenção Básica, após treinamento, conforme a Resolução COFEN nº 358/2009 ou pelo médico (a), após uma anamnese completa, coleta e análise de todas as informações. Para implantação do DIU na Atenção Primária à Saúde, o protocolo da Atenção básica Saúde das Mulheres, orienta sobre a implantação de um projeto sobre planejamento familiar e saúde reprodutiva, descrevendo indicações, contraindicações e rotinas frente a inserção e manejo do DIU e outros métodos, podendo ser reestruturado conforme necessidades do município (BRASIL, 2016).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso ao dispositivo intrauterino (DIU) por usuárias da Atenção Primária à Saúde no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a organização dos serviços de planejamento reprodutivo e o fluxo existente para inserção do DIU no município de Campo Grande/MS;
- Identificar os fatores facilitadores e barreiras organizacionais para a inserção do DIU nos serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Campo Grande/MS;
- Analisar a percepção das mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde do município de Campo Grande/MS em relação ao acesso ao dispositivo intrauterino.

#### **4. JUSTIFICATIVA**

Apesar do aumento no uso de métodos contraceptivos percebidos nos últimos anos, estudos recentes sinalizam dificuldades dos serviços públicos em incorporar, de forma efetiva, a assistência anticoncepcional, por meio de métodos reversíveis e não hormonais, como, por exemplo, o grupo dos LARCs, grupo no qual se enquadra o DIU (BRASIL, 2018, OLSEN *et al.*, 2018, GONZAGA *et al.*, 2017).

Barreiras organizacionais, de acesso ao método, e individuais, como o desconhecimento sobre os benefícios do uso do DIU, ainda que seja por parte dos profissionais que indicam ou por parte das usuárias, são situações comumente vivenciadas nos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) no país, que prejudicam ou até mesmo anulam as chances de acesso ao DIU e, por consequência, constituem percalços aos direitos sexuais e reprodutivos (HEILBORN *et al.*, 2009). Dessa forma, o baixo acesso ao DIU prejudica todo um programa voltado para a saúde e planejamento familiar e da mulher.

Somados aos fatos estão os escassos estudos recentes que exploram com detalhes essas barreiras organizacionais no país. Assim, fica evidente a necessidade de analisar barreiras, tais como, o sistema organizacional, disponibilidade, suporte da APS e na ESF, bem como, os critérios para inserção, visando o enfrentamento dos problemas advindos da falta de planejamento familiar na atenção primária no Brasil, de forma a fomentar/subsidiar ações que visem garantir um melhor e amplo acesso das mulheres aos benefícios deste método.

#### **5. METODOLOGIA**

##### **5.1. TIPO E LOCAL DA PESQUISA**

Para o presente estudo foi utilizado como opção metodológica a abordagem qualitativa. A investigação incluiu a realização de entrevistas semiestruturadas junto a quatro tipos de participantes da pesquisa.

Segundo Groulx (2008), a abordagem qualitativa pretende modificar tanto a prática como o modo de gestão e coopera com a pesquisa na

observação dos problemas sociais e atuação dos profissionais e instituições, com objetivo de modificar a visão dos problemas e avaliação dos programas e serviços.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu, pelo fato deste tipo de pesquisa realizar uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que, ambos são da mesma natureza, constituindo os chamados atores sociais: ela está relacionada aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas, como afirmam Minayo e Sanches (1993).

Para levantamento dos dados foi aplicado um questionário específico para cada grupo de entrevistados (Anexo I), totalizando quatro tipos de questionários, utilizou-se também a ferramenta NET-MAP (SCHIFFER, 2012). A NET-MAP é uma ferramenta de análise participativa de redes sociais que permite analisar, mapear conexões, influências e interesses em uma rede através de entrevistas. Paletto (2016) ressalta que esta ferramenta é importante, pois, consegue analisar redes sociais e as relações entre indivíduos ou organizações nela inseridos a partir da ótica e posição de cada um dos autores envolvidos.

Esta análise vem sendo utilizada para nortear decisões de gestão de recursos naturais e, para definir e priorizar estratégias, além de destacar possíveis influenciadores e facilitadores, podendo ser adaptada para diversas áreas (BODIN, PRELL, 2011; HAUCK *et al.*, 2015; PALETTO *et al.*, 2016).

Assim, Camargo; Andrade e Campos-Júnior (2012) trazem a seguinte explicação:

[...] a ferramenta pode ajudar a melhorar o entendimento de qualquer situação na qual determinado número de pessoas, grupos e organizações interagem para atingir objetivos comuns ou conflitantes. Essas situações podem incluir preparação e monitoramento de intervenções políticas, aprimoramento e coordenação de governos com vários atores, facilitação de projetos comunitários, esboço e discussão de intervenções diretas para projetos em equipe e o entendimento e aprimoramento estratégico de redes de influência pessoal (CAMARGO; ANDRADE; CAMPOS-JÚNIOR, 2012. p. 2).

## 5.2. CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste, com a população de 786.797 (Censo de 2010), com as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) totalizando 237.733.

A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) tem sua estrutura básica definida pelo Decreto n. 13.340, de 29 de novembro de 2017. Possui seis superintendências, sendo uma delas a Superintendência da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que está dividida em sete distritos sanitários que possuem a função de gerenciar unidades de saúde separadas por região, são elas: Região Prosa, Região Segredo, Região Anhanduizinho, Região Imbirussu, Região Bandeira, Região da Lagoa e Região do Centro.

A RAS está dividida em Coordenadoria da Rede de Atenção Básica, Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada, Coordenadoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Coordenadoria de Urgências, Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial e Coordenadoria da Rede de Atenção Odontológica.

Na Coordenadoria da Rede de Atenção Básica se encontra a Divisão de Ações Programáticas Estratégicas da APS, responsável pela gerência técnica da Saúde da Mulher e na Coordenadoria da Rede de Atenção Especializada (CRAE) se encontra o Centro de Atendimento à Mulher (CEAM) que realiza atendimento à saúde sexual e reprodutiva, métodos definitivos (laqueadura e vasectomia) e métodos de longa duração (DIU e Implante Contraceptivo), os procedimentos realizados na APS seguem rotinas e normas contidas no Fluxograma de Assistência de Enfermagem por Ciclo de Vida de 2020.

No município de Campo Grande existem 57 Unidades de Saúde da Família (USF) e 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 71 unidades. Desse total, apenas 10 unidades fazem a inserção do DIU na atenção básica. As usuárias das demais unidades que manifestam o desejo de fazer a inserção do dispositivo, após o acolhimento e escuta pela equipe, são agendadas via Central de Regulação (SISREG) para consulta em ginecologia, planejamento familiar, no CEAM.

### 5.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

A seleção das mulheres entrevistadas teve como critério 'ser usuária do SUS', ter inserido o DIU ou ter sido encaminhada para inserção do DIU de cobre pelas equipes da APS. As entrevistas foram realizadas nas unidades básicas por meio de contato prévio da pesquisadora com algum profissional da APS, onde foi repassado o contato da usuária e realizado um agendamento para a entrevista na própria UBS. Algumas usuárias que aceitaram participar, foram entrevistadas pela pesquisadora de modo aleatório durante a coleta do citopatológico do colo uterino quando relatavam que havia inserido o DIU ou estavam na lista de espera.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista. Após a primeira abordagem foram convidadas a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos, o conteúdo das questões e as etapas da entrevista. O instrumento contemplou questões sobre as características sócio-demográficas (idade, escolaridade), história reprodutiva (número de filhos, uso de métodos contraceptivos), além de questões sobre o conhecimento e uso do DIU e o desejo de usar.

Foram incluídas no estudo 20 usuárias, sendo 10 mulheres que fizeram a inserção do DIU em unidades básicas (Grupo 1), e 10 que aguardam para realizar a inserção do dispositivo (Grupo 1). Também foram entrevistados 20 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, 10 profissionais que atuam nas unidades que fazem inserção do DIU e 10 profissionais das unidades que não realizam a inserção do DIU, todos concursados no município de Campo Grande, (Grupos 3 e 4). Todas as entrevistas foram realizadas nas unidades básicas de saúde.

- Grupo 1: mulheres usuárias do SUS que inseriram o DIU.

- Grupo 2: mulheres usuárias do SUS que buscam atendimento para a inserção do DIU.
- Grupo 3: profissionais da atenção primária saúde que não fazem a inserção do dispositivo.
- Grupo 4: profissionais da atenção primária saúde que realizam a inserção.

#### 5.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

A população, do estudo, foi composta por mulheres adultas, que procuraram o serviço de planejamento reprodutivo nas unidades da Atenção Primária em Saúde do SUS no município de Campo Grande, que optaram por métodos anticoncepcionais de longa duração. Também participaram do estudo profissionais da saúde vinculados a estas unidades.

##### 5.4.1. Critérios de inclusão

- Mulheres em idade fértil, que foram encaminhadas ao serviço de planejamento reprodutivo do SUS do município de Campo Grande (MS), para colocação do DIU;
- Enfermeiros, médicos e gerente de unidade. Todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, atuantes no SUS.

##### 5.4.2. Critérios de exclusão

- Entrevista (usuárias e funcionários) com alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool ou drogas;
- Entrevistado (usuárias e funcionários) com capacidade mental temporariamente afetada;
- Funcionários que estavam em férias ou atestado médico.

#### 5.5. OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados primários foram obtidos após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Esta coleta de dados se deu pela realização de entrevista que foi respondida pelos participantes do estudo e funcionários das UBS participantes.

## 5.6. ANÁLISE DOS DADOS

Há diversos aportes teóricos originários tanto do setor saúde quanto fora dele que podem favorecer a compreensão dos fatores facilitadores e barreiras de acesso ao DIU. Dentre os aportes teóricos estudados, o CFIR foi aquele que apresentou mais elementos que foram incorporados na pesquisa, sobretudo, no processo de definição das categorias de análise. O CFIR, que representa um dos diferentes modelos propostos no âmbito da ciência da melhoria da qualidade do cuidado de saúde, foi elaborado por Damschroder com base na revisão de mais de 500 fontes publicadas relacionadas a 13 diferentes disciplinas científicas, tendo como uma das principais inspirações a teoria de difusão de inovações de Rogers.

Categorias de análise foram definidas com base no CFIR e refinadas no decorrer do processo de codificação das entrevistas, para o melhor ajuste a dados captados. Os três principais domínios a serem utilizados na análise foram o cenário externo; cenário interno e características dos indivíduos que recebem ou estão aguardando o recebimento da intervenção (DIU) na atenção primária à Saúde. A seleção dos locais entrevistados teve o propósito de abranger diferentes setores da APS, sendo entrevistado apenas um funcionário de cada unidade, com o objetivo de conhecer diversas realidades. Num total foram abrangidos 20 unidades básicas diferentes.

As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise dos dados. Todas as entrevistas foram transcritas descaracterizando-se possíveis elementos de identificação individual dos participantes. Após esta etapa, os relatos foram lidos e relidos, exaustivamente, desde uma leitura flutuante até momentos de procurar ordenar o conteúdo, sendo a releitura, muitas vezes, necessária do material, para organização dos relatos e das observações. Foram destacados aspectos importantes sobre as experiências e perspectivas vivenciadas pelas pacientes e pelos profissionais de saúde no cenário dos

serviços de saúde procurando-se entender o processo de captação, informação e inserção do DIU.

Os registros das entrevistas foram apresentados sem correções gramaticais e para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa foram codificados com as letras e numerados aleatoriamente: Usuária 1, 2, 3 ... 10 com DIU ou aguardando inserção do DIU e Profissional 1, 2, 3 ... 10 da Unidade de Saúde que realiza a inserção do DIU ou que não realiza.

Figura 1 - Categorias de análise do estudo.

Cenário externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Necessidades dos pacientes e recursos</li> <li>✓ Políticas e incentivos externos</li> </ul>
Cenário interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Características estruturais</li> <li>✓ Redes de relação e comunicação</li> <li>✓ Recursos disponíveis</li> </ul>
Características dos indivíduos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecimento de crenças</li> <li>✓ Educação</li> </ul>

## 5.7. ASPECTOS ÉTICOS

Os que tiveram interesse em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/2012 de pesquisas realizadas em seres humanos. Foi garantido o sigilo da identidade dos que foram substituídos por representações alfa numéricas.

## 5.8. RISCOS E INCONVENIENTES: RISCO MÍNIMO

Essa é considerada uma pesquisa com risco mínimo para os participantes, uma vez que, podem sentir-se cansados, constrangidos e/ou desconfortáveis ao responderem as questões relacionadas a sexualidade e reprodução. Riscos semelhantes aos encontrados no desenvolvimento de atividades como conversar, andar ou ler.

Estes danos foram minimizados com o esclarecimento verbal sobre os benefícios da pesquisa, a importância das contribuições desta e a garantia do anonimato das declarações. Esclareceu-se que, a participação era voluntária e que o participante possuía plena autonomia para decidir se gostaria ou não participar, bem como da possibilidade de retirar sua participação a qualquer momento.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 40 entrevistas no total, distribuídas, segundo tipo de entrevistado, conforme Tabela 1.

Na Tabela 2 é mostrado o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres. Já na figura 2 é apresentada uma síntese dos resultados, com as principais barreiras e aspectos facilitadores para o acesso ao DIU na Atenção Primária à Saúde.

**Tabela 1**

Total de entrevistas realizadas, por tipo de entrevistado	n
<b>Entrevistados</b>	
Unidades que fazem inserção do DIU	10
Unidades que não fazem inserção do DIU	10
Usuárias que fizeram inserção do DIU	10
Usuárias que aguardam inserção do DIU	10
<b>Total</b>	<b>40</b>

### 6.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E REPRODUTIVO DAS MULHERES

Nessa pesquisa, evidenciou-se perfis similares com relação às características sociodemográficas e histórico obstétrico das mulheres que possuíam o DIU e as que estavam aguardando a inserção, observando-se uma maior frequência para ambos os grupos de mulheres adultas jovens, na faixa etária de 30 anos, casadas, com parcela significativa possuindo o nível superior completo e com pelo menos uma gestação anterior (Tabela 2). Tais achados

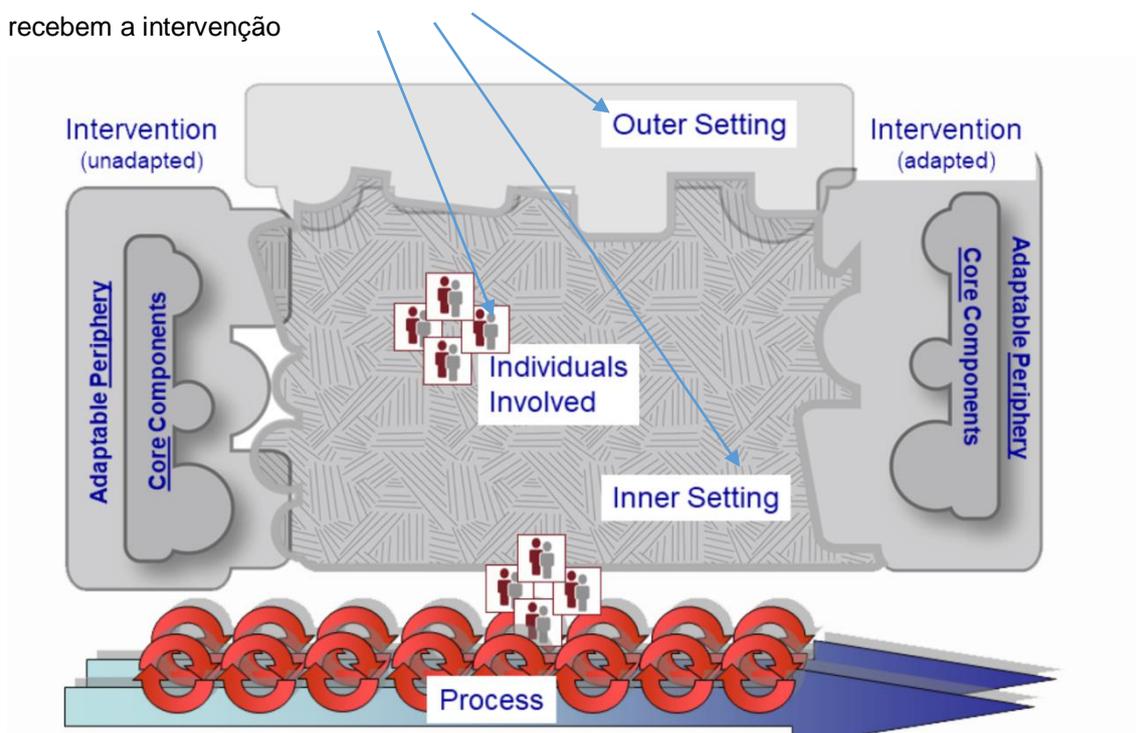
são equivalentes aos apresentados pelos estudos de Aminen, Lake, Mekuriaw (2018), Barreto (2021), Botelho (2021) e Morais *et al.* (2021).

**Tabela 2. Perfil sociodemográfico e reprodutivo das participantes do estudo. Campo Grande/MS, 2022.**

Categorias	Usuárias com DIU			Usuárias aguardando DIU		
<b>Idade (média/faixa)</b>	33 anos (26-40 anos)			32,7 anos (17-48 anos)		
<b>Estado civil</b>	<i>Solteira</i>	<i>Casada</i>	<i>Divorciada</i>	<i>Solteira</i>	<i>Casada</i>	<i>Divorciada</i>
	22,2%	55,6%	22,2%	40%	60%	0%
<b>Escolaridade</b>	<i>Fundamental</i>	<i>Médio</i>	<i>Superior</i>	<i>Fundamental</i>	<i>Médio</i>	<i>Superior</i>
	44,4%	11,2%	44,4%	0%	70%	30%
<b>Nº de filhos</b>	<i>0</i>	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>	<i>0</i>	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>
	11,1%	66,7%	22,2%	30%	30%	40%

Fonte: Autoria própria.

Abaixo segue a figura, elucidando que no estudo focamos nos 3 principais domínios a serem analisados: Cenário externo à organização, cenário interno e características das mulheres que recebem a intervenção



Fonte: CFIRGUIDE.org

Figura 2

<b>Categoria</b>	<b>Barreiras</b>	<b>Facilitadores</b>
Cenário externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ausência incentivo por parte da gestão</li> <li>✓ Necessidade das mulheres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inserção após o parto</li> <li>✓ Nulíparas</li> </ul>
Cenário interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falta de material e demora agendamento</li> <li>✓ Falta de capacitação e resistência dos profissionais</li> <li>✓ Falta de protocolos padronizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aconselhamento profissional</li> <li>✓ Promoção/educação em saúde</li> <li>✓ Procedimento descentralizado (realizado na unidade de saúde)</li> <li>✓ Processo de trabalho com respaldo legal</li> </ul>
Características dos indivíduos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falta de esclarecimento e educação reprodutiva das mulheres</li> <li>✓ Crenças/mitos sobre o método</li> <li>✓ Falta comprometimento profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Maior nível de escolaridade</li> <li>✓ Conhecimento</li> <li>✓ Desejo inserção</li> </ul>

Mulheres, com mais idade, tendem a ter mais filhos, assim, aumenta a possibilidade do desejo de querer espaçar os nascimentos ou limitar o número de filhos, além de que, mulheres multíparas, tendem a visitar com mais frequência os serviços de saúde para atendimento pré-natal, parto, e pós-natal ao mesmo tempo em que são espaços onde podem obter aconselhamento sobre métodos contraceptivos com os profissionais de saúde, como o DIU (ANIMEN, LAKE, MEKURIAW, 2018). A seguir temos o seguinte exemplo;

X. Domínio CFIR - Características dos indivíduos

**1. Falta de esclarecimento e educação reprodutiva das mulheres**

*“... eu tenho quatro filhos, sendo um de parto normal e três cesárias, os últimos três foram cesárias, e no último parto o médico perguntou se poderia colocar o DIU pois eu não podia e nem quero engravidar mais, ele me explicou como funciona, já tinha ouvido falar um pouco, daí eu aceitei...” (Usuária 5, com DIU)*

*“Já tenho cinco filhos e não quero mais ter não... já tenho várias crianças e não consigo usar outras formas de prevenção direito” (Usuária 8, com DIU)*

É perceptível que nos resultados desse estudo uma maior adesão ao DIU pelas mulheres com maior nível de escolaridade. A relação pode estar

associada ao maior acesso dessas mulheres à informação sobre os métodos contraceptivos e sobre a variedade destes, inclusive sobre aqueles mais inovadores, o que lhes confere maior empoderamento e autonomia na escolha dos mesmos (MORAIS *et al.*, 2021). Como é possível constatar logo a seguir:

Após eu ler e pesquisar a respeito do DIU, uma amiga de confiança me indicou um profissional onde eu fui consultar, tirei todas as dúvidas e optei pelo DIU (Usuária 6, aguardando o DIU).

O acesso à educação permite às mulheres o conhecimento sobre o DIU, abrindo espaço para conhecer os impactos de ter muitos filhos em sua família e no país, assim, podem ter uma atitude positiva em relação ao DIU para que não aceitem informações equivocadas sobre o método (AMINEM, LAKE, MEKURIAW, 2018). A saber:

Eu já tinha ouvido falar do DIU, ..., através de pessoas que usavam e outras informações tipo internet, mas nunca me ofereceram e nem me explicaram, fiquei sabendo um pouco mais quando eu estava grávida da minha menina e estava lendo o cartão de gestante e li informações a respeito no cartão da gestante, achei interessante e resolvi ler mais a pesquisar na internet... (Usuária 4, com DIU).

Observou-se que muitas mulheres, principalmente, as mais jovens e com maior nível de escolaridade, se utilizavam do acesso à internet para entender melhor o método e sanar suas dúvidas. Isso, por um lado, é positivo, pelo fácil e rápido acesso à informação que as mídias sociais oferecem, entretanto, deve-se ter cuidado, uma vez que, nem todos os sites sobre contracepção são confiáveis (BORGES *et al.*, 2020). Um estudo norte-americano constatou que a qualidade das informações sobre o DIU disponíveis em sites especializados é inconsistente e que cerca de metade desses fornece informações enganosas, o que pode contribuir para a subutilização do método (MADDEN *et al.*, 2016).

Diante do perfil apresentado, pode-se inferir que as mulheres mais vulneráveis à uma gestação não planejada, ou seja, jovens, solteiras e de baixo nível de escolaridade têm menos acesso à informação adequada, sinalizando, assim, para a importância do profissional de saúde em diminuir essa iniquidade, na medida em que sua orientação aumenta o interesse e a utilização.

## 6.2. Acesso ao conhecimento: redução da resistência e aumento da aceitabilidade

É possível que mulheres com baixo nível de escolaridade sejam mais vulneráveis a incorporar como verdades os mitos disseminados popularmente sobre o DIU (MORAIS *et al.*, 2021). Muitos pensam ser abortivo, que pode causar infertilidade ou até mesmo câncer, ainda que não seja indicado para mulheres jovens ou nulíparas, e outros expressam grande receio quanto ao procedimento de inserção (SILVA-FILHO *et al.*, 2016).

Estudos internacionais relataram proporções expressivas de percepções errôneas sobre o DIU na APS e demonstraram a interferência direta do aconselhamento profissional preciso na qualificação do conhecimento das mulheres sobre o método, aumentando a probabilidade de adesão ao DIU (CHAN, WESTHOFF, 2010; HLADKY *et al.*, 2011).

Sabia o básico, algumas pessoas falam até mal sobre o método e confundem a gente, tudo falta de conhecimento, de ler, eu era assim... achava que ia ter muita dor para colocar e depois ia permanecer, mas não é bem assim. Acho que o DIU tem que ser desmistificado, falam muita coisa que não é real. Geralmente quem fala é porque não usou (Usuária 9, aguardando o DIU).

(...) quando comecei a ter relação sexual procurei a unidade de saúde e na época foi me oferecido a pílula anticoncepcional que usei durante alguns anos. Durante o pré-natal a enfermeira falou do DIU, que poderia ser colocado ainda no parto, mas ainda fiquei com receio, a gente ouve falar muitas coisas. (Usuária 7, aguardando o DIU).

Acho que o trabalho e orientação sobre o método deveria ser mais cobrado, trabalhado mais com as equipes, existem muitos mitos ainda, algumas mulheres são muito resistentes em relação ao DIU (Profissional 3 de unidade que faz inserção).

## 2. Mitos e crenças sobre o DIU

Nesse sentido, confirma-se que, o DIU é um método cercado de equívocos entre as mulheres (POTTER, RUBIN, SHERMAN, 2014). Percepções e medos são muito comuns em diversos contextos sociais. Como no caso a seguir:

(...) logo no começo a gente ouve muitas coisas do tipo... que causa câncer, que faz mal, que causa aborto, que menstrua muito. Depois a gente vai conhecendo pessoas que usam e que não é tudo isso (Usuária 6, com DIU).

O nível de conhecimento está, fortemente, associado ao uso e interesse em usar o DIU. Dessa forma, intervenções educativas aumentam a proporção de mulheres com atitude positiva em relação ao DIU e mulheres com conhecimento prévio sobre o método têm mais interesse em utilizá-lo (BORGES *et al.*, 2020). Gomez *et al.* (2015) sugerem que, se os serviços e profissionais de saúde fornecerem informações oportunas e adequadas sobre o método, a confiança no DIU pode aumentar e, conseqüentemente, a motivação para usá-lo.

Algo que vale a pena ser destacado é, por exemplo que a promoção da saúde, busca ativa de mulheres em vulnerabilidade social e ações de Educação em Saúde foram essenciais, para a tomada de decisão e motivação de mulheres pela inserção do DIU (AMINEN; LAKE; MEKURIAW, 2018) evidenciaram que o aconselhamento sobre o DIU foi um fator significativo para a utilização do método, uma vez que, os participantes que receberam aconselhamento sobre o DIU se apresentaram 3,08 vezes mais propensos a usá-lo em comparação com os que não receberam.

Isso pode ser justificado pelo fato de que o aconselhamento funciona como um espaço de discussões oportuno para abordar informações equivocadas sobre o DIU e, portanto, desmitificá-lo, reduzindo a resistência das mulheres quanto ao seu uso. Como atestam a Usuária-9, a Usuária-10 e a profissional-4:

*Um dia quando fui coletar preventivo, a enfermeira me disse que os hormônios do anticoncepcional ao longo do tempo causam um estrago no corpo semelhante ao uso do cigarro, na circulação sanguínea, não sei explicar muito bem... fiquei com aquilo na cabeça, daí quando a médica me falou do DIU de cobre eu me senti motivada a colocar (Usuária 9, aguardando o DIU).*

*Depois do meu aborto, a última gestação, eu recebi a visita da agente de saúde e da enfermeira onde elas conversaram comigo se eu queria colocar o DIU, me explicaram certinho como ele funciona, nunca usei... aceitei colocar (Usuária 10, aguardando o DIU).*

*As estratégias que, pelo menos a gente adota na Unidade, é manter a Educação em Saúde para a população, as palestras de planejamento familiar e durante todas as consultas de pré-natal, tanto a equipe médica, quanto enfermeira, orienta os pacientes sobre a inserção de DIU. Virou quase um protocolo orientar sobre a inserção de DIU, imediatamente após o parto e os benefícios disso (Profissional 4 de Unidade que não realiza inserção do DIU).*

A educação em saúde tem fundamental importância em instrumentalizar as pessoas na escolha do método. Gonzaga *et al.* (2017) reforçam ainda que, o conhecimento inadequado sobre qualquer método contraceptivo pode ser um aspecto de resistência à aceitabilidade e uso do método, o que pode ser minimizado com a realização regular de grupos educativos.

Dessa forma, fica claro o papel dos serviços de saúde e da responsabilização profissional na ampliação da oferta de DIU e na criação de um ambiente mais favorável ao uso do DIU. É, justamente, nos serviços de atenção primária à saúde que mulheres e casais podem ter mais informações sobre a disponibilidade do método, sua segurança e eficácia (FERREIRA *et al.*, 2017; DE SOUZA *et al.*, 2020).

Apesar disso, um achado frequentemente reportado pelas entrevistadas foi que, em geral, os profissionais acabam priorizando informar sobre diversos métodos contraceptivos, rotineiramente, usados e com menores taxas de eficácia, como, por exemplo, a camisinha, anticoncepcionais orais e, muitas vezes, não abordam o uso do DIU. Com isso, assevera-se que, outros métodos contraceptivos, como o DIU, não têm sido incentivados ou desmitificados em muitos serviços de saúde. Vide exemplo a seguir;

*Quando a gente vai às consultas e pede um contraceptivo, geralmente a primeira opção é o anticoncepcional, ..., e hoje que estou estudando, sei que tá longe de ser a melhor opção, pela quantidade de hormônios que tem, e pelos efeitos a longo prazo (Usuária 10, com DIU).*

*Na primeira consulta que fiz, foi explicado sobre o anticoncepcional em comprimidos e me lembro que foi falado sobre a injeção mensal, mas optei mesmo pelo comprimido (Usuária 9, com DIU).*

*Quando a gente vai se consultar, sempre a primeira opção que nos dão é sobre o comprimido anticoncepcional (Usuária 2, com DIU).*

*Somente agora na minha terceira gestação, durante o pré-natal, é que foi oferecido o DIU após o parto (Usuária 8, aguardando o DIU).*

A seletividade, no repasse da informação observada, pode ser pelo fato de que os profissionais, algumas vezes, acabam por duvidar da capacidade de apreensão do conhecimento pelas mulheres, orientando apenas sobre o que acreditam “ser melhor” para a usuária. Tal fato não garante o direito da autonomia da mulher de conhecer e escolher a opção contraceptiva que melhor atenda às suas necessidades, implicando diretamente no seu processo de tomada de decisão. Com isso, as mulheres, muitas vezes, acabam por tomar conhecimento do DIU com outras mulheres que já realizaram a inserção, como nos casos a seguir:

Eu descobri sobre o DIU de outras formas, uma colega de faculdade que já usa, já li a respeito, até minha mãe me orientou já (Usuária 9, aguardando o DIU).

A decisão de inserir o DIU partiu de mim mesma, já tinha ouvido falar através de mulheres que conheço que fazem uso e se adaptaram, então achei interessante e decidi procurar uma unidade de saúde (Usuária 1, aguardando o DIU).

Através de uma amiga, com uma conversa informal com essa amiga, e depois eu fui pesquisar e comecei a ler a respeito, daí achei um método bem vantajoso (Usuária 6, aguardando o DIU).

Estudo realizado, por Scavuzzi *et al.* (2016), observou que mais de 90% das usuárias relataram confiar no método e na possibilidade de indicá-lo para outras pessoas. Essa corrente de informação entre as mulheres e seus familiares, amplamente, descrita no presente estudo é importante, uma vez que, o nível de conhecimento acerca do DIU ainda é baixo entre as mulheres, e aquelas que possuem algum conhecimento prévio sobre o método tendem a demonstrar maior interesse em utilizá-lo (BORGES *et al.*, 2020; BOTELHO, 2021).

### **6.3. Planejamento familiar e uso de protocolos: barreiras organizacionais e individualização**

Os serviços de saúde organizam grupos de planejamento reprodutivo como estratégia que proporciona orientação e informação às mulheres, aos homens e aos casais, para maior autonomia e segurança na escolha do método contraceptivo mais adequado às suas necessidades (BRASIL, 2002).

O planejamento reprodutivo continua sendo um desafio no Brasil devido ao alto percentual de gravidezes não planejadas que alcançam até 55,4% das puérperas (THEME-FILHA *et al.*, 2016). Esse é um dos fatores que levam ao aborto e, conseqüentemente, ao aumento da mortalidade materna, que em 2019 chegou a uma razão de 60,9 mortes a cada 100 mil nascidos vivos no Brasil (DATASUS, 2019), números bem acima da média alcançada pela Europa e América do Norte (OMS, UNICEF, UNFPA, DPNU, 2019).

Aumentar a participação do DIU no rol de métodos contraceptivos é, portanto, uma excelente estratégia para reduzir a ocorrência de gravidez indesejada, e, conseqüentemente, diminuir o número de abortos inseguros (MCNICHOLAS *et al.*, 2014).

O acesso ao serviço de planejamento familiar na Atenção Básica é uma necessidade de saúde e um direito constituído em lei, seu intuito é diminuir os índices de gestação não planejada e reforçar ações que visam o planejamento familiar (LACERDA *et al.*, 2021; ANDRADE *et al.*, 2022). Para isso, deve-se enfatizar a importância do planejamento reprodutivo, que ocorre de acordo com o conhecimento das políticas de saúde disponíveis no país e município, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres nos diferentes níveis de atenção (GONZAGA *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde participantes desse estudo relataram que no planejamento familiar, principalmente durante as consultas de pré-natal, realizam a orientação e captação das mulheres, informando acerca dos benefícios do uso do DIU como método contraceptivo.

### **6.3.1. CFIR - cenário interno**

#### **1. Protocolos de encaminhamentos não-padronizados**

Ah, eu incentivo sim, ... A gente incentiva e encaminha a paciente para o planejamento familiar. Lá a gente percebe que as pacientes são resistentes à inserção do DIU, mas o incentivo ele acontece, principalmente, em consultas de aconselhamento de contracepção e no pré-natal (Profissional 4 de Unidade que não realiza inserção do DIU).

O DIU, ele é oferecido durante o atendimento às mulheres que solicitam consulta de planejamento familiar. No dia a dia também, durante as consultas de pré-natal, para que seja feita a inserção. A gente orienta, incentiva também a inserção pós-parto, para que ela

solicite na maternidade, e também durante os atendimentos de rotina, quando alguém vem solicitar alguma consulta de planejamento, algum método contraceptivo, a gente está orientando sobre o DIU (Profissional 2 de Unidade que não realiza a inserção do DIU).

Deve-se ressaltar ainda, que, após a inserção é necessário realizar acompanhamento pela atenção básica e especializada, para esclarecer as dúvidas, monitorar efeitos adversos, complicações e se necessário orientar a troca do método (BRASIL, 2017).

É preciso ter cuidado para que a organização dos grupos educativos de planejamento reprodutivo não se torne barreiras instituídas pelos serviços de saúde para disponibilização do DIU (GONZAGA *et al.*, 2017). A ausência de grupos ou, ao contrário, o condicionamento do acesso ao DIU à participação em grupos pode dificultar o acesso das mulheres ao método.

O Ministério da Saúde preconiza como únicos critérios que devem ser exigidos para a inserção do DIU no âmbito do Planejamento Reprodutivo, o desejo da mulher, não estar grávida, não ter sinal de infecção local e não ter sinais sugestivos de câncer ao exame do colo do útero (BRASIL, 2018). Para a verificação e cumprimento dos requisitos, as unidades de saúde adotam protocolos organizacionais, clínicos e diretrizes terapêuticas nos serviços, para auxiliar os trabalhadores de saúde na tomada de decisões, visando um atendimento em saúde estruturado.

Os resultados permitiram verificar que a maior parte das unidades que realizam a inserção do DIU utilizam protocolos, muitos deles baseados no da Secretaria de Saúde Pública do município e apresentam flexibilidade para se ajustar às realidades locais e às necessidades da paciente.

Sim, fizemos um protocolo interno, baseado na nossa realidade, aqui da unidade, com os nossos materiais, mas também esse nosso protocolo foi adaptado seguindo regras e orientações da Sesau (Profissional 2 de Unidade que insere DIU).

Sim, a Fiocruz tem um próprio que nos direciona, é bem simples muito parecido com o do Ministério da Saúde que também parece com o da Sesau, a gente só adapta à nossa unidade, mas ele não é uma regra, pode ser flexível, a gente se adapta à paciente (Profissional 9 de Unidade que insere DIU).

Na verdade, não, não temos nenhum protocolo no papel, mas temos uns pré-requisitos que são usados para atender essas usuárias, só para controlar o fluxo e ter um controle interno (Profissional 4 de Unidade que insere DIU).

Os protocolos orientam fluxos, condutas e procedimentos, além de conferirem direcionalidade, atualidade e adequação às ações cotidianas de saúde. De acordo com o Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem (PIMENTA *et al.*, 2015), os protocolos protegem a população atendida dos procedimentos inapropriados. Para tanto, a ausência ou a não utilização destes, assim como a sua utilização de forma incorreta ou, ainda, a utilização de protocolos elaborados com equívocos nas orientações podem impor obstáculos à disponibilização do DIU e se tornarem barreiras organizacionais ao uso do DIU (GONZAGA *et al.*, 2017).

## **2. Falta de capacitação dos profissionais**

Nesse estudo, se observou uma tendência das unidades de saúde de utilizarem protocolos individualizados, próprios, de forma a melhor se adequar a cada realidade contextual. Essa atitude visa minimizar as barreiras que as mulheres possam encontrar no acesso à utilização e uso do DIU, contudo, resulta em uma heterogeneidade nas ações de saúde, o que pode gerar certa preocupação, decorrente do desencontro de informações e variabilidade das ações entre os profissionais, ou entre os profissionais de saúde e a mulher, provocando um processo de trabalho desorganizado e sem respaldo legal.

Desta maneira, o processo de trabalho nos serviços de saúde pode estar sendo realizado de acordo com o que cada profissional de saúde “pensa”. É importante considerar que, a existência ou a utilização de protocolo não fere a autonomia e nem desconsidera a responsabilidade do profissional (ANDRADE *et al.*, 2022). Contudo, vale destacar que, quando o profissional decide não usar o protocolo institucional, ele responde individualmente por sua conduta. Por outro lado, quando ele o utiliza, tem o respaldo institucional (PIMENTA, 2005).

Diante do exposto, depreende-se a importância do treinamento na correta aplicação das condutas previstas nos protocolos. Isso nos faz refletir que a utilização destes protocolos, além de impor barreiras às mulheres, pode ocasionar danos à população e à atuação do profissional que os utiliza, já que

profissionais com capacitação deficiente, pouca experiência ou desatualizados podem se apoiar integralmente neles.

Devido ao aumento da visibilidade e conhecimento por parte das mulheres, a taxa de inserção do DIU vem aumentando gradativamente. O acesso ao serviço de planejamento familiar na Atenção Básica, além de ser um direito garantido em lei, é uma necessidade de saúde (LACERDA *et al.*, 2021).

No Brasil, a política pública que trata do planejamento familiar é regida pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e define o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996).

Tudo leva a crer que, o Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica Nº 21/2021-DAPES/SAPS/MS, passou a não recomendar a inserção do DIU por enfermeiros, sendo a inserção um procedimento privativo dos médicos, por ser considerado invasivo e não isento de riscos e complicações. A mesma Nota Técnica cita uma Resolução do Conselho de Enfermagem (COFEN/COREN) (a Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAPS/MS), que dá autonomia ao enfermeiro para realizar tal procedimento, sendo pré-requisito uma qualificação, como habilitação e capacitação técnica adequada. Nesse mesmo parecer, o Ministério da Saúde é enfático que a resolução de 2019, não possui efeito legal, possuindo menor efeito que a Lei nº12.842/2013, que permite a enfermagem realizar procedimentos invasivos.

Os profissionais das Unidades de Saúde entrevistadas relataram que a inserção do DIU é feita tanto por enfermeiros, como; médicos clínicos-gerais, ginecologistas do NASF e residentes de medicina.

Somos uma unidade de preceptoría da Fiocruz, então aqui todos têm essa missão, os médicos, residentes de medicina e enfermeiras (Profissional 9 de Unidade que insere DIU).

Pode ser o médico, o residente supervisionado pelo médico ou as enfermeiras (Profissional 3 de Unidade que insere DIU).

Um médico ginecologista que faz parte do NASF (Profissional 4 de Unidade que insere DIU).

O COFEN aprovou, em 03 de fevereiro de 2022, a Resolução de Nº 690/2022, a qual respalda a inserção e retirada do DIU pelo Enfermeiro, no âmbito do SUS, na Atenção Primária e Especializada à Saúde, em ambiente

institucional, inserido na rede de atenção à saúde, a partir de protocolos assistenciais, normas e rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão-POP, de forma a buscar a garantia do acesso e integralidade da assistência no campo do Planejamento Familiar e Reprodutivo (COFEN, 2022).

Para que o profissional da enfermagem esteja apto a realizar a inserção do DIU, deve passar por um curso de capacitação presencial em inserção, revisão e retirada do dispositivo, com carga horária mínima de 70 (setenta) horas, sendo no mínimo 20 (vinte) horas teóricas e teórico-práticas e 50 (cinquenta) horas práticas, com no mínimo 20 (vinte) inserções supervisionadas durante consulta de Enfermagem nos serviços de saúde (COFEN, 2022).

Assim, do ponto de vista legal, os enfermeiros estão respaldados para inserir e realizar o manejo do DIU, apesar do Ministério da Saúde recomendar a sua inserção pelo profissional médico. Em algumas unidades entrevistadas foi relatada a necessidade do profissional ser submetido, previamente, a um processo de treinamento, capacitação e estar em constante atualização para posteriormente atuar na inserção do DIU.

*Recebemos um treinamento no ano passado, ministrado por dois médicos preceptores de família e comunidade e uma enfermeira com bastante experiência que auxiliou na parte prática. Foi um treinamento muito bom, onde conseguiram os modelos bonecos para fazer inserção, e nesse dia foram agendadas em torno de vinte mulheres para inserção do DIU (Profissional 7 de Unidade que insere DIU).*

*Como aqui é uma unidade de preceptoria da Fiocruz, com residência em Saúde da Família, todos os profissionais recebem treinamento da própria instituição da Fiocruz (Profissional 8 de Unidade que insere DIU).*

Estudos demonstram que enfermeiros treinados realizam o procedimento de forma tão segura quanto os médicos, sem comprometimento da qualidade do serviço, bem como, relatam que não há diferença entre a presença de intercorrências relacionadas à inserção por enfermeiros ou médicos (POLUS *et al.*, 2015; YADAV *et al.*, 2016; TRIGUEIRO *et al.*, 2020). Após adequada capacitação, o profissional da enfermagem torna-se, portanto, um ator importante em auxiliar no avanço das taxas de inserção do DIU na

APS com embasamento técnico-científico apropriado, contribuindo no acesso e ampliação da busca pelo método (LACERDA *et al.*, 2021).

Uma fala importante, de uma enfermeira que realiza a inserção do dispositivo, chama atenção para a ideia de que há diferenças na prática de médicos e enfermeiros, reforçando os papéis e a afinidade de ambos os profissionais com o método contraceptivo:

É padronizado assim porque os médicos têm mais experiência em inserção que as enfermeiras, e para nós da enfermagem temos mais segurança com o exame (ultrassom transvaginal) (Profissional 8 de Unidade que insere DIU).

Algo importante a ser destacado é que se pode identificar desigualdades na distribuição de profissionais capacitados para a inserção do DIU, entre as Unidades de Saúde. Alguns serviços possuíam apenas um profissional capacitado, enquanto outro possuía cerca de dez profissionais aptos a realizar o procedimento. Tal disparidade alerta para a desigualdade na distribuição dos profissionais capacitados entre as localidades dos serviços e para a necessidade de mais profissionais capacitados nas unidades que estão desabastecidas ou com poucos profissionais, de forma a evitar sobrecarga profissional e, conseqüente, redução da qualidade do serviço ofertado.

Na minha unidade tem enfermeira que realiza. Os outros não foram capacitados (Profissional 1 de Unidade que insere DIU).

Temos seis profissionais habilitados para inserir (Profissional 4 de Unidade que insere DIU).

No total em torno de seis profissionais médicos e quatro enfermeiras, os outros não foram capacitados (Profissional 7 de Unidade que insere DIU).

No total em torno de 5 profissionais médicos e quatro enfermeiras, 09 profissionais ao todo (Profissional 8 de Unidade que insere DIU).

Quando as entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde que não realizam a inserção do DIU pôde-se perceber não só a ausência de recursos humanos (profissionais capacitados), como também, de recursos materiais. Tais pontos foram os mais usados como justificativa, para a não realização do procedimento nesses locais.

### 3- Falta de materiais e demora no agendamento

*A gente não tem o material e também não tem o profissional capacitado para fazer a inserção (Profissional 3 de Unidade que insere DIU).*

*(...) nós enfermeiras, a gente não tem a capacitação sobre a inserção do DIU e eu acredito que os médicos também não tenham, além disso, a gente não recebe material de inserção, não tem nem a bandeja, não temos nem o DIU em s. (Profissional 6 de Unidade que insere DIU).*

*Atualmente o que impede é que tenha as bandejas para a inserção do DIU, que já faz, acho que um ano e pouco, que o Doutor, ele foi capacitado para a inserção, mas não tem a bandeja e nem o DIU para poder inserir (Profissional 8 de Unidade que insere DIU).*

Percebe-se que, a partir do momento em que há uma equipe capacitada, o acesso das mulheres ao DIU é facilitado, e se dá de forma a não gerar transtornos, nem dificuldades. Contudo, quando a UBS não tem acesso ao DIU em si, a primeira porta para esse acesso já é fechada. No Brasil, o SUS tem por dever disponibilizar o DIU de forma gratuita, visto que, a APS tem a responsabilidade na assistência ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013).

### 4. CFIR – Cenário externo – Falta de incentivos da gestão e colaboração intersetorial

Não disponibilizar o DIU constitui-se em barreira organizacional, que muitas vezes, é intransponível às mulheres (GONZAGA *et al.*, 2017). Mas, a barreira organizacional não existe apenas nas unidades que não realizam a inserção. Em algumas falas de profissionais de equipes que realizam a inserção, identifica-se também a ausência de recursos materiais na atenção terciária e reforça a escassez de insumos básicos nas unidades.

*(...), mas não foi colocado porque no dia do parto falaram que não tinha DIU, e eu saí de lá sem, fiquei frustrada em sair da maternidade sem o DIU (Profissional 4 de Usuária aguardando o DIU).*

*No momento, a Unidade possui 4 bandejas, porém estão incompletos esses kits (Profissional 1 de Unidade que insere DIU).*

*Temos quatro bandejas de material, só conseguimos atender quatro mulheres por vez (Profissional 2 de Unidade que insere DIU).*

*Atualmente o que impede é que tenha as bandejas para a inserção do DIU, que já faz, acho que um ano e pouco, que o Doutor, ele foi*

*capacitado para a inserção, mas não tem a bandeja e nem o DIU para poder inserir (Profissional 1 de Unidade que não insere o DIU).*

Como discutido, há programas de treinamento e capacitação para os profissionais. Por algumas falas de entrevistados, em unidades que não realizam a inserção, é perceptível que não há estímulo por parte dos gestores, nem de colaboração intersetorial entre saúde e educação (Bomfim & Frazão., 2021), o que contribui para a falta de acesso para as mulheres atendidas naquelas localidades. Lorezetti *et al.* (2014) verificaram em sua pesquisa sobre a gestão em saúde, que há fragilidades no exercício da administração e processos de gestão e de organização do trabalho. A saber:

Acho que a Rede deveria dar esse curso de inserção assim que a gente entra na Unidade de Saúde da Família, que como eu disse, facilitaria muito a vida dessas mulheres da região (Profissional 4 de Unidade que não realiza inserção do DIU).

Gostaria de ser capacitada para poder ofertar na Unidade de Saúde onde eu trabalho, a fim de proporcionar acesso rápido às usuárias do SUS (Profissional de Unidade que não realiza inserção do DIU).

Nós gostaríamos muito que fosse feito a inserção do DIU na Unidade, porque a gente tem uma demanda muito grande, a gente tem uma fila de espera, quase que diariamente tem mulheres procurando sobre a inserção do DIU na Unidade, só que a gente está aguardando a SESAU disponibilizar um treinamento, porque a gente não tem um treinamento, não tem disponível na rede (Profissional 2 de unidade que não faz inserção do DIU).

Por último, a fala a seguir chama atenção para um ponto, extremamente, importante: a responsabilidade profissional. A unidade pode dispor de todos os equipamentos necessários, cursos de capacitação, investimento financeiro, mas, se o profissional da saúde não exerce seu papel de disseminar o conhecimento para as pacientes e não assumindo o compromisso com a oferta do serviço, temos mais uma barreira para o acesso. Como no caso: “Aqui temos quatro médicos, mas, apenas um aceitou fazer o treinamento proposto, os outros não, não querem assumir esse compromisso” (Profissional 6 de Unidade que insere DIU).

Aqui, mais uma vez, fica ainda mais claro o papel dos serviços de saúde na ampliação da oferta do DIU e na criação de um ambiente mais favorável ao seu uso (BORGES *et al.*, 2020). É no âmbito da atenção primária que as

mulheres podem não somente obter informações sobre o DIU, mas sobretudo, no contato com os profissionais, compreender a eficácia e segurança do método.

### **6.5. Fluxo para a inserção do DIU: facilidades e vulnerabilidades**

Ao analisar as falas dos entrevistados, nota-se que, há protocolos para acesso e inserção do DIU, como já discutidos anteriormente. É perceptível que, nas Unidades de Saúde abordadas, há uma certa agilidade em relação ao fluxo das pacientes. A Constituição Federal (BRASIL, 1988) determina que a saúde é um direito de todos, atrelado ela está o direito ao planejamento reprodutivo. Ao fortalecer os serviços de referência e contrarreferência, corrobora com a compreensão do DIU como uma ótima estratégia de saúde pública para o planejamento reprodutivo.

Na unidade não demorou, fui num dia e marquei para outra semana, depois que inseri para consulta no Centro de Especialidades Multiprofissional (CEM) eles me ligaram em uma semana e agendaram para uns dez dias (Usuária 7, com DIU).

Um outro ponto a ser destacado é que, apesar do fluxo ser, relativamente, ágil quando a mulher já está inserida na rede, há uma demora para iniciar o processo para inserção, especificamente, na marcação da primeira consulta com o médico, porém, após esta, não há demora para o agendamento e realização do procedimento.

Eu acho que demorou sim. Demorou, ó, maio, junho, julho... demorou uns 2 meses e meio para me ligarem (Usuária 1, com DIU).

Na verdade, eu estava presa, sou interna, hoje estou no regime semiaberto, e consegui tirar o DIU no presídio, ... tive que pedir muito e incomodar muito. Com excesso de prazo eu consegui tirar dentro do presídio, lá não existe atendimento adequado para esse procedimento de DIU. Demorou muito para eu realizar a primeira consulta no CEM, em torno de 7 meses, ..., agora espero o agendamento da segunda consulta (Usuária 3, aguardando o DIU).

Caso a rede de atenção oferecesse maior agilidade na inserção do dispositivo, provável que esse fator não só aumente o acesso, como amplie a demanda de busca pelo DIU por parte das mulheres. O projeto *CHOICE*,

realizado nos Estados Unidos, revelou que, com a inserção imediata do método logo após a decisão de usá-lo, foram quebradas algumas barreiras de acesso (tempo de espera e custo) e aumentou o seu uso, de 3% para 56% (SECURA *et al.*, 2010). Diante da alta cobertura da população pela APS no Brasil, entende-se que, a inserção imediata do DIU é algo possível no processo de trabalho das equipes em saúde.

Ainda em relação ao fluxo que é proposto para as mulheres que desejam a inserção do DIU, as usuárias sinalizaram em suas falas algumas facilidades que encontraram nas etapas, e o quanto tais benefícios são importantes durante todo o processo. Uma das facilidades relatadas é a comodidade de realizar os agendamentos por telefone, assim como, a utilização deste meio de comunicação para dúvidas que possam ser sanadas. As usuárias, após o cadastro no sistema de regulação, aguardam o contato por telefone. Assim, deslocamentos e gastos desnecessários são evitados.

Todo processo de agendamento no CEM é por telefone (Usuária 7, com DIU).

(...) todo esse processo de agendar e remarcar lá no CEM a gente faz pelo telefone, eles nos ligam para agendar (Usuária 9, com DIU).

Outra facilidade relatada pelos entrevistados é a possibilidade da colocação do DIU, imediatamente, após o parto. Para aumentar a taxa de inserção, dois momentos são considerados oportunos: pós-parto e pós-abortamento (POHJORANTA *et al.*, 2017).

O DIU pós-parto, por exemplo, é uma grande facilidade, porque se a paciente refere que quer colocar o DIU pós-parto, é orientada sobre esse manejo de contraceptivo durante o pré-natal, ela consegue colocar imediatamente após o parto (Profissional 4 de Unidade que insere DIU).

(...) no último parto o médico pediu se poderia colocar o DIU pois eu não podia e nem quero engravidar mais, ele me explicou como funciona, já tinha ouvido falar um pouco, daí eu aceitei, nem sabia que poderia ser colocado assim, logo no parto, ele disse que é seguro. Hoje minha filha tem um mês e o DIU não me incomoda em nada (Usuária 6, com DIU).

A inserção do DIU no pós-parto deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros 10 minutos após a saída da placenta e até no máximo 48 h depois. A portaria nº. 3265 do Ministério da Saúde respalda tal prática como

um complemento das ações realizadas na APS buscando ampliar o acesso a este método (BRASIL, 2018).

A prática da inserção do DIU no período pós-parto é mais uma importante estratégia para incentivo do planejamento reprodutivo, para a ampliação da oferta de método contraceptivo seguro, bem como, a diminuição de gestações não planejadas na população (TRIGUEIRO *et al.*, 2021). É importante que a inserção seja realizada nos pacientes que já estão inseridas no serviço de saúde, evitando esperas demoradas e burocráticas, que é o motivo de muitas desistências.

Quando os profissionais das unidades foram questionados sobre as facilidades, também relataram a importância da agilidade no fluxo, da possibilidade da marcação via telefone e da inserção no pós-parto. Outras facilidades foram sinalizadas: a inserção na própria USB, a oferta por parte do SUS dos exames necessários e a oferta gratuita do próprio dispositivo em si.

*Sim, só o fato de colocar aqui na unidade mesmo é uma facilidade, não ter que se deslocar várias vezes até o CEM (Profissional 5 de Unidade que insere DIU).*

*(...) o fato de o SUS fornecer gratuitamente o DIU, seria a maior facilidade, além disso, o ultrassom também é realizado gratuitamente. Se é solicitado para essa mulher o preventivo, ele também é realizado pelo SUS com facilidade, não tem nenhuma burocracia, em qualquer Unidade de Saúde. (Profissional 7 de Unidade que insere DIU)*

*Gostaria que todas as unidades tivessem facilidade de inserir como a nossa tem, como somos unidade de preceptoria e residência nós temos mais facilidade (Profissional 8 de Unidade que insere DIU).*

Algo que também chamou a atenção em uma das falas, sobre o fluxo das Unidades, é a busca ativa, por parte dos profissionais, por mulheres em situação de vulnerabilidade social.

*(...) tive problemas com drogas junto com meu ex-companheiro, daí a gente não usa direto e nem chega a usar prevenção, cheguei a passar necessidade com as minhas crianças, e recebi um dia a visita da agente de saúde com a assistente social do postinho que me falaram do DIU e já agendaram minha consulta (Usuária 8, com DIU).*

Casos assim não só merecem a devida atenção, como um processo com maior celeridade. Na fala anterior nota-se não só a vulnerabilidade diante as condições sociais, mas também, em relação ao planejamento reprodutivo.

Um dos princípios do SUS é a equidade, que objetiva ofertar mais para aqueles que menos possuem (BRASIL, 2009).

Com as iniquidades em saúde reconhecidas nas populações atendidas, a aplicação do princípio da equidade necessita ser retomada de forma mais efetiva ao ofertar o planejamento reprodutivo para mulheres com vulnerabilidades sociais (TRINDADE *et al.*, 2021).

#### 6.6. Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para a inserção do DIU

Diante das falas das usuárias e dos profissionais participantes desta pesquisa, algumas barreiras foram identificadas durante o processo para a inserção do DIU. Uma dessas barreiras é o longo tempo de espera entre a decisão da mulher e o momento da inserção. Esse longo tempo não só dificulta o acesso, como, em alguns casos, leva à desistência da continuação frente ao processo. A saber: *“Sim, por ser via Regulação, essa mulher, ela, às vezes, acaba até desistindo de fazer” (Profissional 3 de Unidade que não realiza inserção do DIU).*

O longo tempo de espera se dá pelas medidas burocráticas que esse o apresenta, muitas vezes, exaurindo as mulheres que acabam por desistir. Muitas dessas medidas poderiam ser reduzidas, facilitando o acesso e dando maior agilidade ao fluxo. Em uma pesquisa realizada no Estado de Minas Gerais, o tempo médio esperado pela mulher para ter o contraceptivo ultrapassou um mês em mais de um terço dos municípios avaliados (GONZAGA *et al.*, 2017). Somado ao tempo de espera, muitas vezes, está a necessidade do agendamento prévio, como um fator dificultador.

Diante das falas em relação ao fluxo no serviço de saúde para a inserção do DIU, foi identificado que o acesso ao DIU é, muitas vezes, centralizado em uma única localidade de saúde. Unidades que não realizam a inserção referenciam as pacientes para outras localidades que o fazem. Nesses casos, quando o local de referência é longe da residência da usuária, impõe-se a dificuldade com o deslocamento.

*(...) primeiro que demora para elas serem chamadas lá no lugar lá que faz o implante do DIU, e também, porque elas enfrentam uma fila*

*muito grande, acho que se fosse mais descentralizada essa inserção de DIU seria mais fácil o acesso para elas. O CEM é muito longe, para elas daqui da nossa Unidade fica longe (Profissional 1 de Unidade que não realiza inserção do DIU).*

A necessidade da descentralização também é constatada na realização dos exames. Há fila e demora significativa para a realização, o que dificulta ainda mais o fluxo. Portanto, se houvesse a oferta nas unidades, com certeza, muitas mulheres poderiam usufruir do serviço sem grandes dificuldades.

*A gente consegue ver um público já procurando para a inserção do DIU. E se a gente pudesse estar inserindo na Unidade para a população da área, quantas gestações não planejadas a gente poderia estar evitando? (Profissional 2 de Unidade que não realiza inserção do DIU).*

Segundo o princípio da descentralização, estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e a fiscalização e o controle por parte da sociedade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A partir da descentralização, os poderes e responsabilidades são distribuídos entre os serviços de saúde (NEVES; PINEDA, 2013). O que constatamos nas equipes entrevistada, é o contrário: concentração da prestação de serviços em algumas unidades, gerando sobrecarga, com menor agilidade no fluxo dos serviços.

*(...) ele me pediu um ultrassom onde eu procurei a unidade e falaram que eu tinha que inserir no sistema de espera, esse ultrassom levou mais ou menos uns 3 meses para sair, eu já tinha sido chamada, mas como não tinha dinheiro para pagar no momento tive que voltar na unidade para marcar a consulta do DIU no CEM de novo (Usuária 7, aguardando o DIU).*

Uma das consequências, desse período prolongado de espera, é uma gravidez não planejada ou indesejada. É importante salientar que, até a data da consulta na qual será realizada a colocação do DIU, diante da demora, muitas vezes relatada, a mulher pode engravidar ou encontrar diversas dificuldades que a impossibilite de voltar. Estudos apontam que a inserção do DIU deve, preferencialmente, ocorrer durante a própria consulta, pois, a

necessidade de vários retornos das mulheres para a realização do procedimento pode diminuir as possibilidades de adesão ao método (BERGIN et al., 2012; GONZAGA *et al.*, 2017)

Outra barreira identificada foram os inúmeros exames solicitados, para que a inserção seja realizada. Muitas vezes, trata-se de exames desnecessários, que geram entrave para as mulheres. Em muitas localidades o acesso aos exames não é simples e nem realizado de forma rápida.

Estudo de Heilborn (2009) mostrou que as dificuldades e os contratempos organizacionais, como a lentidão nos resultados de exames, geram limitação no acesso das mulheres ao DIU. Estas podem preferir optar por outro método contraceptivo que não atende às suas reais necessidades contraceptivas ou enfrentar uma gravidez não planejada ou indesejada.

Quando tive meu segundo filho, voltei no posto de saúde para consulta com bebê, pedi para a enfermeira me colocar no sistema para colocar o DIU, não queria tomar comprimido e fui “me cuidando”, mas durante o tempo de espera eu engravidei de novo, o nenê tinha 5 meses, e eu nem tinha sido chamada para primeira consulta (Usuária 4, aguardando o DIU).

(...) o ultrassom, os exames ... se a gente conseguisse, por exemplo, que a ultrassom fosse feita em um tempo mais rápido, até mesmo o resultado de preventivo, que a gente acaba utilizando junto ... esses são exames que poderiam, sim, ser mais rápidos para a gente conseguir agilizar mais essa inserção (Profissional 5 de Unidade que insere DIU).

Muitas vezes, precisa de teste rápido lá na hora, elas não têm, muitas não têm condições de comprar o teste rápido de gravidez para poder fazer (Profissional 1 de Unidade que não realiza inserção do DIU).

Segundo os critérios que são preditos nos manuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, o DIU pode ser inserido por um profissional de saúde treinado e habilitado; pode ser usado com segurança e eficácia pela maioria das mulheres, sem o requisito de exames de sangue ou testes preventivos para câncer cervical, bastando o uso dos Critérios Clínicos de Elegibilidade (BRASIL, 2002, WHO, 2011). A dispensa de tais exames e testes já é uma forma de facilitar o acesso e o processo da inserção.

Outras barreiras relatadas foram em relação aos horários de atendimento reduzido e ao deslocamento que as mulheres atendidas por

equipes que não realizam a inserção precisam realizar, até o local de oferta do procedimento, muitas vezes distante de suas residências.

(...) poderia ser realizado num horário estendido, à noite, algumas unidades têm horário estendido (Profissional 5 de Unidade que insere DIU).

Eu sei que têm unidades que colocam e isso deve facilitar muito, porque olha, a gente tem que andar muito para conseguir, é longe da minha casa, tem que pagar Uber, ou ir de ônibus, tenho filho pequeno pra levar, fui atendida no consultório médico onde uma sala na frente faz ultrassom, podiam facilitar esse exame pra gente que tá na fila, são muitas idas e tem gastado com locomoção (Usuária 7, aguardando o DIU).

A APS, como principal porta de entrada para o planejamento reprodutivo, é um cenário importante para a oferta e incentivo à inserção do DIU. A partir da ampliação das possibilidades de métodos contraceptivos, as mulheres podem, de acordo com sua autonomia e realidade, escolher o que mais se adeque à sua real necessidade. E o serviço pode planejar o escalonamento da tecnologia para outros territórios (Buccini & Bomfim., 2021).

Ao reconhecer as barreiras enfrentadas pelas mulheres no acesso e processo de inserção do DIU, os gestores e profissionais de saúde são beneficiados em suas tomadas de decisão, para saná-las, contribuindo para utilização do método. É fundamental a identificação de tais barreiras nos serviços de APS para planejar a ampliação do acesso ao método e avançar na implementação dos direitos sexuais e reprodutivos para as populações atendidas.

## **7. CONCLUSÃO**

Neste estudo, buscamos conhecer os fatores do cenário interno, externo e da característica dos indivíduos, permeados pelo CFIR para a análise dos resultados, o que evidenciou importantes barreiras e facilitadores para a implementação. O CFIR e os domínios cenário externo, cenário interno e característica dos indivíduos foi de fundamental importância para analisarmos os resultados da presente pesquisa.

Destaca-se os resultados encontrados que o caminho percorrido pela mulher até a inserção é condicionado e acompanhado de ações de educação

em saúde e busca ativa daquelas que estejam em situação de vulnerabilidade social (domínio: característica dos indivíduos), mas a oferta do DIU ainda carece de descentralização, uma importante característica do cenário interno da organização da atenção primária à saúde.

Esses entraves incluem a falta de informação pelos profissionais de saúde, a persistente mitificação do método, ausência de treinamentos e de um protocolo único para homogeneização das ações de inserção do DIU na atenção básica, ausência de capacitações e limitação da atuação do profissional da enfermagem, bem como, escassez de recursos materiais básicos.

Também foram destacadas dificuldades e limitações enfrentadas pelas usuárias para inserção do DIU, como longo tempo de espera para a primeira consulta, solicitação de inúmeros exames e gastos financeiros e de tempo com o deslocamento. Contudo, também foram reconhecidas algumas facilidades, como o agendamento por telefone, a possibilidade de colocação do DIU pós-parto, a inserção na própria USB, a oferta por parte do SUS dos exames necessários e a oferta gratuita do próprio dispositivo em si. O CFIR também se mostrou como ferramenta útil para a avaliação da implementação do DIU.

## REFERÊNCIAS

ALKEMA, L. *et al.* National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. **Lancet**. Vol. 381, pp.1642-52, 2013. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489750/>>. Acesso em: 05 Jan. 2021.

Almeida APF, Assis MM. **Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais**. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde 2017; 5(5):85-93.

ANDRADE, Érica da Conceição; SILVA, Leila Rangel da. Planejamento familiar: uma questão de escolha. **Revista eletrônica de enfermagem**, p. 85-93, 2009.

ANDRADE, Mirene Santos et al. Planejamento familiar no Sistema Único De Saúde: Uso do dispositivo intrauterino. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e38211326386-e38211326386, 2022.

ANIMEN, Simachew; LAKE, Selamawit; MEKURIAW, Esubalew. Utilization of intra uterine contraceptive device and associated factors among reproductive age group of family planning users in Han Health Center, Bahir Dar, North West Amhara, Ethiopia, 2018. **BMC Research Notes**, v. 11, n. 1, p. 1-6, 2018.

ALMEIDA APF, Assis MM. **Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais**. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde 2017; 5(5):85-93.

BOMFIM, Rafael Aiello et al. Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde. 2021. [recurso eletrônico] / organizador Rafael Aiello Bomfim – Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/3866/1/Introducao%20a%20Cienca%20de%20Implementacao.pdf>

Bomfim RA, Braff EC, Frazão P. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Organizational Readiness for Implementing Change questionnaire. *Rev Bras Epidemiol*. 2020 Oct 9;23:e200100. Portuguese, English. doi: 10.1590/1980-549720200100. PMID: 33053093.

Bomfim, R. A., Frazão, P. (2021). Ciência da implementação e colaboração intersetorial. In Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde. Campo Grande, MS: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/3866>

BARDIN, B. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA, 2009.

BARDIN, B. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BERGIN, Ashlee et al. A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. **Contraception**, v. 86, n. 6, p. 694-697, 2012.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 28, 2020.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0208-0216, 2016.

BOTELHO, Thalita Vital. Desfechos da inserção de dispositivo intrauterino de cobre por obstetrias e enfermeiras obstétricas em um centro de parto normal peri-hospital. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Brandão ER. **Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher**. Cien Saude Colet 2019; 24(3):875-879.

BRASIL. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico. 4ª ed.** Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Assistência em planejamento familiar: Manual técnico. Ministério da Saúde.** Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 4ª ed., n.40, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf> Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html) Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002.** Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2004.140p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde: Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2037.pdf> Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2019: Uma Análise da Situação de Saúde com Enfoque em Doenças Imunopreveníveis e na imunização.** Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília (DF): Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. **Lei No 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Brasília (DF): Congresso Nacional, 1996.

BRASIL. **Lei nº 9.263. Do Planejamento Familiar.** Brasília (DF): Senado Federal, 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm) Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Mais saúde direito de todos: 2008-2011.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria-executiva, 2008. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politiclas\\_Nacionales\\_Salud-Brasil\\_2008-2011\\_2ed.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politiclas_Nacionales_Salud-Brasil_2008-2011_2ed.pdf) Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. **Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre TCU 380A.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 21/2021-DAPES/SAPS/MS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 300 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/> Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)  
Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017.** Brasília (DF), Ministério da Saúde, Gabinete do Ministério, 2017.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolos-da-atencao-basica-saude-das-mulheres/> Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Resolução COFEN nº 358/2009.** Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html) Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **Cadernos de Atenção Básica, n. 26.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlwMg==> Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: MS; 2009.

BRASIL. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Departamento De Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).** 2012. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sistema-de-informacoes-sobre-nascidos-vivos-sinasc/> Acesso em: 27 jul. 2022.

BRADLEY, S.E.K.; HILARY, M.S.; SHANE, K. **Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation.** DHS Analytical Studies N°. 20, 2009. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro. Disponível em: <<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS20/AS20.pdf>.> Acesso em: 16 set. 2020.

BUCCINI, Gabriela et al. An analysis of stakeholder networks to support the breastfeeding scale-up environment in Mexico. **Journal of Nutritional Science**, v.9, n.10, 2020.

Buccini G, Bomfim RA. A implementação em escala de inovações e intervenções em saúde pública. 2021. In: Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde. Campo Grande, MS: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Disponível em:

<https://repositorio.ufms.br:8443/bitstream/123456789/3866/1/Introducao%20a%20Ciencia%20de%20Implementacao.pdf#page=103>

CABRAL, Cristiane da Silva. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde e Sociedade**, v.26, n.4, São Paulo, 2017.

CHAN, Lolita M.; WESTHOFF, Carolyn L. Tubal sterilization trends in the United States. **Fertility and sterility**, v. 94, n. 1, p. 1-6, 2010.

CIARLINI, Léa Martins Sales; CIARLINI, Álvaro Luis de Araujo Sales. A estrutura das políticas Públicas e os paradoxos da intervenção judicial por meio da ação civil pública: uma análise a Partir dos cinco estágios do ciclo político-administrativo de Michael Howlett, Ramesh e Perl. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas – Unifafibe**, v. 7, n. 1, 2019.

CLELAND, John; CONDE-AGUDELO, Augustin; PETERSON, Herbert; ROSS, John; TSUI, Amy. Contraception and health. **Lancet**, v. 14, n. 382 (9837), 2012.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; ANDRADE, Maria Lindiane de Souza; VITORIANO, Laís Vilanova Tavares; SOUZA, Jussilene de Jesus; SILVA, Diorlene Oliveira da; GUSMÃO, Maria Enoy Neves; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; ALMEIDA, Mariza Silva. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico das mulheres na área de cobertura de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.3, 2012.

COFEN. **Resolução COFEN-690/2022**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022\\_96063.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.html) Acesso em 03 fev. 2022.

Corrêa, D, A, S; Felisbino-Mendes MS, Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G. **Fatores associados ao uso contraindicado de contraceptivos orais no Brasil**. Rev Saude Publica. 2017; 51:1-10.

DA SILVA BARRETO, Danyella et al. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2821-2821, 2021.

de Souza MS, Vaz JDS, Martins-Silva T, Bomfim RA, Cascaes AM. Ultra-processed foods and early childhood caries in 0-3-year-olds enrolled at Primary Healthcare Centers in Southern Brazil. *Public Health Nutr.* 2021 Aug;24(11):3322-3330. doi: 10.1017/S1368980020002839. Epub 2020 Aug 27. Erratum in: *Public Health Nutr.* 2021 Feb;24(2):377. PMID: 32847638.

De-Carli AD et al. Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2019. vol. 27 issue 4(2019) pp: 476-483

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def> Acesso em 09 de julho de 2022.

DE SOUZA, Elizangela Gonçalves et al. Ampliação do acesso ao dispositivo intrauterino Tcu 380A (DIU de cobre) no SUS: a experiência no município de Betim-Minas Gerais. TCC (Especialização em Formação de Educadores - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, 2014.

FERREIRA, Jéssica M. et al. Estimated disability-adjusted life years averted by free-of-charge provision of the levonorgestrel-releasing intrauterine system over a 9-year period in Brazil. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 43, n. 3, p. 181-185, 2017.

Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da Mulher - **Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2016 (Protocolo Enfermagem).

GALE, Nicola K.; HEATH, Gemma; CAMERON, Elaine; RASHID, Sabina; Redwood, Sabi. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. **Bmc Medical Research Methodology**, v. 13, n. 117, 2013.

GLASGOW, RE; VOGT, TM; BOLES, SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, 1999.

GOMEZ, Anu Manchikanti et al. Do knowledge and attitudes regarding intrauterine devices predict interest in their use?. **Women's Health Issues**, v. 25, n. 4, p. 359-365, 2015.

GONÇALVES, T.R. *et al.* Desigualdades sociais no uso contraceptivos em mulheres adultas no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 53, p. 28, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000861>>. Acesso em 10 Mar. 2022

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva et al. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03270, 2017.

GROULX, Lionel-Henri. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, Jean et al (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

GUARNIERI, Fernanda Yumi. **Planejamento familiar: plano de ação para diminuir a gravidez não planejada na UBS Dr. Jair Ferreira de Toledo na cidade de Mar de Espanha/MG**. 2015.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Unico de

Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, s. 2, p. 269-278, 2009.

HLADKY, Katherine J. et al. Women's knowledge about intrauterine contraception. **Obstetrics and gynecology**, v. 117, n. 1, p. 48-54, 2011.

HOFFMAN, B. L.; et al. **Ginecologia de Williams**. 2 ed. Artmed. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: ciclos de vida**. Rio de Janeiro. 2021.

International Federation of Gynecology and Obstetric (FIGO). Declaração da FIGO: COVID-19 e implicações para os serviços de planejamento reprodutivo/familiar [Internet]. FIGO; 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil em síntese [página na Internet]. [acessado 2019 Abr 12]. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>.

LACERDA, Laura Denise Reboa Castillo et al. Inserção de Dispositivo Intrauterino por Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 7, p. 99-104, 2021.

LAGO, T. et al. Diferencias da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional ouvindo mulheres. **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 36, nº. 10, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/3NjthK468fMgw8PSKhy6WFR/?lang=pt>>. Acesso em 20 jan. 2021.

LAZCANO, Alfonso Jaime Martinez. Inconvencionalidad del amparo mexicano por la eficacia En la protección judicial de derechos humanos. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas – Unifafibe**, v. 7, n. 2, 2019.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 1, 2005.

LEAL, Tatiane; BAKKER, Bruna. A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 11, n. 3, 2017.

LIMA, Bruno Gil de Carvalho. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 7, n. 3, 2000.

LOHR, Patricia A.; LYUS, Richard; PRAGER, Sarah. Use of intrauterine devices in nulliparous women. **Contraception**, v. 95, n. 6, p. 529-537, 2017.

LORENZETTI, Jorge et al. Gestão em saúde no Brasil: dialogo com gestores publicos e privados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 417-425, 2014.

MADDEN, Tessa et al. Accuracy of information about the intrauterine device on the Internet. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 214, n. 4, p. 499. e1-499, 2016.

MAYER, D. **Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros na atenção primária à saúde**. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2020.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016.

MARANHÃO, Thatiana Araújo; GOMES, Keila Rejane Oliveira; SILVA, José Mario Nunes da. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, 2014.

MATO GROSSO DO SUL. **Decreto n.º 14.684: Estrutura Básica SES** - Reorganiza a Estrutura Básica da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e dá outras providências. Disponível em: <https://www.content/uploads/sites/150/2017/03/SES.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.

MCNICHOLAS, Colleen et al. The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 57, n. 4, p. 635, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, 1993.

MORAES, Carlos Alexandre; AMARO, Mylene Manfriato dos Reis. Reprodução humana assistida: pela efetivação dos Direitos da personalidade. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, v. 7, n. 3, 2019.

MORAIS, Ianna Gil de Farias et al. Perfil das mulheres submetidas à inserção do dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Primária à Saúde de municípios da Paraíba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2649-2649, 2021.

MOROSINI, Liseane. Nascer é normal. **Revista RADIS**, 2014.

NEVES, Laudiceia Garcia; PINEDA, Norma Irene Soza. Descentralização: um estudo sobre sua interferência nos serviços de saúde no Brasil. **Textura FAMAM**, v. 6, p. 63-70, 2013.

NUCCI, Mariana. Seria a pílula anticoncepcional uma droga de “estilo de vida”? Ensaio sobre o atual processo de medicalização da sexualidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n.10, 2012.

OMS, UNICEF, UNFPA e DPNU. **Tendencias em la mortalidade materna de 2000 a 2017. Cálculos realizados por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU).** Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.23-spa.pdf>. Acesso em 09 de Julho de 2022.

OMS. World Health Organization. **Family Planning: a global handbook for providers.** Geneva: WHO; 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf)  
Acesso em: 09 de jul. 2022.

OSIS, Maria José Duarte et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2481-2490, 2006.

PAZ, Elizandra Cristina Muller; DITTERICH, Rafael Gomes. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, 2009.

PENNA, Ivan Andrade de Araújo; BRITO, Milena Bastos. A importância da contracepção de longo prazo reversível. **Femina**. 2015; 43 Supl 1:1-6.

PETERSEN, Janine. Feminismo e a polêmica da contracepção no Brasil 1970-1980. **Esboços: Histórias em contextos globais**, v. 11, n. 11, 2004.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** São Paulo: COREN-SP; 2015.

POHJORANTA Elina *et al.* Intrauterine contraception after medical abortion: factors affecting success of early insertion. **Contraception**, v. 95, n. 3. p. 257-262, 2017.

POLUS, Stephanie *et al.* Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. **Reproductive Health**, v. 12, n. 27, p. 1-13, 2015.

POTTER, J.; Julia; RUBIN, Susan E.; SHERMAN, Peter. Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. **Contraception**, v. 89, n. 5, p. 446-450, 2014.

PRIETSCH, Silvio Omar Macedo; GONZÁLEZ-CHICA, David Alejandro; CESAR, Juraci A.; MENDOZA-SASSI, Raúl Andrés. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 10, 2011.

Ritchie, Jane; SPENCER, Liz. **Qualitative data analysis for applied policy research.** In: Bryman, A., Burgess, R.G. (Eds.). In: Routledge L, editor. *Analysing Qualitative Data*. London, 1994.

RODRIGUES, Clícia Dias da Silva; LOPES, Arianna Oliveira Santana. A gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das unidades básicas de saúde. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 32, 201.

SCAVUZZI, Adriana; SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Adesão e grau de satisfação em nuligestas e mulheres com parto anterior usuárias de dispositivo intrauterino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 38, p. 132–139, 2016.

SECURA, Gina M. et al. The contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 203, n. 2, p. 1-12, 2010.

SILVA-FILHO, Agnaldo Lopes da et al. Non-hormonal and hormonal intrauterine contraception: survey of patients' perceptions in four Latin American countries. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 21, n. 3, p. 213-219, 2016.

SOARES, Maria Cidney da Silva et al. Conhecimento masculino sobre métodos contraceptivos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, 2014.  
SOUZA, Jussilene Jesus. **Circunstâncias da ocorrência de gravidez não planejada em mulheres adultas**. Universidade Federal da Bahia (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem). Salvador (BA), 120 p., 2011.

SOUZA FILHO, Kleber Domingues. **Workshop do DIU: instrumento educativo para alunos do curso de medicina**. Fundação Oswaldo Aranha. Centro Universitário de Volta Redonda. (Dissertação de Mestrado profissional em ensino em ciências da saúde e do meio ambiente), Volta Redonda, 79p, 2017.

TEIXEIRA, Cristina; CORREIA, Sofia; VICTORA, César G.; BARROS, Henrique. The Brazilian preference: cesarean delivery among immigrants in Portugal. **Plos One**, v. 8, n. 3, 2013.

THEME-FILHA, Mariza Miranda et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 235-243, 2016.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos Saúde Pública**. 2004;20 Supl. 2:S190-8.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira et al. Follow-up of copper intrauterine device insertion by nurses: a prospective longitudinal study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

TRINDADE, Raquel Elias et al. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, s. 2, p. 3493-3504, 2021.

TRINDADE, R.E. *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. Outubro 2019. Disponível em:

<<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372&id=17372#:~:text=Os%20m%C3%A9todos%20utilizados%20pelas%20brasileiras>>

UNITED NATIONS (UN). **Report of the International Conference on Population and Development: Cairo**; 1994 [Internet]. Disponível em:<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 23 mai. 2020.

UNFPA – United Nations Population Fund. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira. Brasília: UNFPA**; 2018.

VIELLAS, E, F; Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad Saude Publica 2014; 30(Supl. 1):S85-S100.

WEBER, ML, Adamy EK, Silva CB. **Melhores práticas na perspectiva de enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde**. Enferm Foco. 2020;11(3):87-92.

YADAV, Vivek et al. Comparison of outcomes at 6 weeks following postpartum intrauterine contraceptive device insertions by doctors and nurses in India: a case-control study. **Contraception**, v. 93, n. 4, p. 347-355, 2016.

ZUNTA, Raquel Silva Bicalho; BARRETO, Eliene Santos. Planejamento familiar: critérios para escolha do método contraceptivo. **J Health Sci Inst**, v. 32, n. 2, p. 173-8, 2014.

## ANEXO 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIAS

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casada  Solteira  Outros

Escolaridade:

- a) Fundamental incompleto
- b) Fundamental completo
- c) Ensino médio incompleto
- d) Ensino médio completo
- e) Superior incompleto

f) Superior completo |\_\_|

g) Pós-graduação |\_\_|

### **Questões**

1) Você tem filhos? Quantos?

2) Algum profissional do posto de saúde chegou a te falar sobre os métodos anticoncepcionais?

#### **Se sim:**

2.1 Sobre quais métodos foi falado?

2.2 Alguma vez te ofereceram a possibilidade de colocação do DIU e explicado como ele funciona?

#### **Se não:**

2.3 Onde obteve informações sobre os métodos anticoncepcionais que você conhece?

3) Antes da decisão de inserir DIU, o que você sabia sobre o método contraceptivo? Fale sobre isso.

4) Se você inseriu o DIU responda as seguintes questões:

a) Onde realizou o procedimento? Na unidade básica ou no Ceam?

b) Fale sobre como foi o processo, desde a sua decisão pelo método até o dia da inserção.

c) Na sua opinião, o agendamento da primeira consulta com o médico/enfermeira demorou? Se sim, quanto tempo demorou a marcação desta consulta? Desde o encaminhamento do posto de saúde até o primeiro atendimento.

5) De que maneira sua consulta foi marcada?

- a) Veio no balcão e marcou na mesma hora \_\_\_\_\_
- b) Não precisou marcar, pois já tinha vaga no mesmo dia \_\_\_\_\_
- c) Telefonou e foi agendada \_\_\_\_\_
- d) Foi encaminhada pelo posto de saúde \_\_\_\_\_

6) Se você está aguardando para inserir o DIU responda as seguintes questões:

- a) Fale como está sendo o processo de espera, desde a sua decisão até o momento.
- b) Há quanto tempo você foi encaminhada ao planejamento familiar?

## ANEXO 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ÀS UNIDADES QUE FAZEM A INSERÇÃO DO DIU

- 1) Quem realiza a inserção do DIU?
  - Médico ginecologista ( )
  - Médico clínico ( )
  - Enfermeira ( )
  - Outro ( )
- 2) Esses profissionais fizeram treinamento para inserção do DIU?
- 3) Existe algum protocolo específico que a unidade segue para fazer a inserção do DIU? Se sim:
  - Este protocolo é
    - ( ) do Ministério da Saúde
    - ( ) do município
    - ( ) intermo, feito pela própria unidade
- 4) Se a realização de exames é um critério para inserção do DIU, quais são eles?
- 5) Qual o tempo médio esperado pela mulher desde a manifestação do interesse em usar o DIU até a sua inserção?
- 6) Caso exista fila de espera, como ficam as questões abaixo:
  - a) Quantas mulheres estão no aguardo no momento?
  - b) Existe alguma prioridade para seleção das pacientes? Se sim, qual?
  - c) Como é feito o controle dessa fila?
  - d) Quantas inserções são feitas em média por semana?
  - e) Existe uma forma prática para diminuir ou acabar com esta fila?
- 7) Existe alguma mudança prevista no acesso a inserção do dispositivo dentro da unidade? Se sim, qual?
- 8) Existe material para quantas inserções do dispositivo? Esse kit de inserção pertence à unidade ou é compartilhado com outras unidades?
- 9) Você considera que as mulheres enfrentam dificuldades para inserirem o DIU? Se sim, quais dificuldades?
- 10) Você considera que as mulheres enfrentam facilidades para inserirem o DIU? Se sim, quais facilidades?
- 11) Existe algo a mais que gostaria de acrescentar sobre a inserção do DIU?

### **ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ÀS UNIDADES QUE NÃO FAZEM A INSERÇÃO DO DIU**

- 1) Você considera que o incentivo à inserção do DIU tem sido parte integrante do cotidiano das práticas de saúde de sua equipe? Se sim, como é feita essa integração?
- 2) Como são feitos os encaminhamentos das usuárias que desejam fazer a inserção do DIU?
- 3) O que impede que esta unidade de saúde faça a inserção do DIU?
- 4) Existem estratégias para que seja realizada a inserção do DIU nessa unidade? Se sim, quais?
- 5) Você considera que as mulheres enfrentam dificuldades para inserirem o DIU? Se sim, quais dificuldades?
- 6) Você considera que as mulheres enfrentam facilidades para inserirem o DIU? Se sim, quais facilidades?
- 7) Existe algo a mais que gostaria de acrescentar sobre a inserção do DIU?