

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fabiana Soares Fonsêca

Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde: fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no DF

Brasília

2021

Fabiana Soares Fonsêca

Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde: fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal

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

Orientador(a): Prof. Dr. Felipe Cavalcanti

Brasília

2021

Título do trabalho em inglês: Copper IUD offer and insertion in primary health care: obstacles in Family Health strategy scope at Distrito Federal

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

F676 Soares Fonsêca, Fabiana.
Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde: fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal / Fabiana Soares Fonsêca. Brasília, 2021.
103 f.: il. color.

Orientador: Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, 2021.
Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Ciências da saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Medicina de família e comunidade. 4. Direitos reprodutivos. 5. Contracepção. I. Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde.

CDD – 23.ed. – 610


Fabiana Soares Fonsêca

Oferta e inserção do DIU de cobre na Atenção Primária à Saúde: Fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no DF.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família (Saúde Coletiva).

Aprovado em 15/07/2021.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Kellen Cristina da Silva Gasque - Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília

Dra. Francini Lube Guizardi – Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Anna Claudia Romano Pontes - Programa de Saúde da Família – Fiocruz Brasília

Para minhas filhas Maria e Cecília, que o mundo se torne melhor por vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais a Leonardo dos Anjos Fonsêca, meu grande amor e parceiro de vida; a Paula Thaís Cardoso Menezes, minha sobrinha (e super parecida comigo) - não tenho dúvidas que a gente consegue o que quiser, porque temos a garra e coragem de mainha - a Victor Menezes Cardoso, marido de Paulinha, excelente professor, que me transmitiu excelentes orientações; a Sheylla Aparecida Ferreira da Silva, minha parceira de DIU, enfermeira espetacular, com quem aprendo todos os dias e a responsável pelo início desse trabalho tão mágico que fazemos juntas, diariamente na nossa UBS.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por eSF, no DF. **Métodos:** Foi aplicada pesquisa amostral por meio de questionário online estruturado junto aos médicos e enfermeiros de família que atuam em uma das 603 eSF das 174 UBSs do DF para caracterizar os profissionais e contextos de atuação em relação ao tema. **Resultados:** Das 174 UBSs, em 107 (61,49%) pelo menos 1 profissional se manifestou, abrangendo todas as 6 regiões de saúde do DF. Dos 321 respondentes, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 285, resultando em uma margem de erro de 5,07% para 95% de nível de confiança, considerado o universo de aproximadamente 1.200 profissionais. A maioria dos participantes da pesquisa era composta por médicos (50,79%), de gênero feminino, casados(as) ou vivendo em união estável, com a faixa etária predominante de 30 e 40 anos. 60,94% é favorável à inserção de DIU por enfermeiros e enfermeiras. Cerca de 66% dos respondentes registrou que a inserção do DIU foi suspensa em decorrência da pandemia de coronavírus. Os profissionais apontaram os seguintes fatores impeditivos ou prejudiciais à inserção do DIU de cobre: Falta de treinamento (53,78%), sobrecarga de trabalho (37,45%), indisponibilidade de material (30,68%), revogação da nota técnica que autorizava a inserção do DIU por enfermeiros (30,28%), outros motivos, tais como problemas de gestão (18,73%) e motivos religiosos (11,16%). Para 10,76% não houve fator impeditivo ou prejudicial, e 2,97% entende que o DIU não deve ser inserido na APS. Os profissionais também apontaram critérios para acesso ao DIU de cobre, sendo eles: não estar grávida (82,05%), não ter sinal de infecção local (70,94%), não ter sinais sugestivos de câncer de colo do útero (70,94%), ter coletado CCO recentemente (53,42%), indicação do médico ou enfermeiro (39,32%), ter participado do grupo de planejamento reprodutivo (33,76%), ter realizado USG (30,77%), ter acima de 18 anos (18,80%), estar menstruada (17,09%), outros critérios (11,54%) e ter filhos (6,84%). **Conclusão:** existem barreiras que dificultam o acesso à inserção do dispositivo intrauterino pelas usuárias das unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Esses entraves dizem respeito aos excessos de critérios estabelecidos pelos serviços de saúde, limitação da atuação do enfermeiro, ausência de capacitação adequada e um protocolo pré-estabelecido para inserção desse dispositivo na atenção básica, preferência de não inserção e escolha de outros métodos contraceptivos vindo dos profissionais de saúde devido à sobrecarga de trabalho ou medo de falhas e à gestão e organização do serviço.

Palavras-chave: Dispositivos Intrauterinos de Cobre, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Anticoncepção

ABSTRACT

Objective: To know the factors that influence the availability of IUD insertion by family health care teams in Distrito Federal. **Methods:** A sample research was applied through a structured online questionnaire with doctors and family nurses who work in one of the 603 family health teams of the 174 primary health care units in Distrito Federal, to characterize the professionals and their contexts. **Results:** From a total of 174 primary health care units, in 107 (61.49%) at least 1 professional manifested, covering all 6 Distrito Federal's health regions. From 321 respondents, after applying the inclusion and exclusion criteria, 285 remained, resulting in a margin of error of 5.07% for a 95% confidence level, considering the universe of approximately 1,200 professionals. Most research participants were doctors (50.79%), female, married or living in a stable relationship, with the predominant age group of 30 and 40 years. 60.94% support the insertion of an IUD by nurses. About 66% of respondents reported that IUD insertion was suspended due to the coronavirus pandemic. The professionals pointed out the following obstacles to the insertion of the copper IUD: Lack of training (53.78%), work overload (37.45%), unavailability of material (30.68%), revocation of technical note authorizing the insertion of the IUD by nurses (30.28%), other reasons, such as management problems (18.73%) and religious reasons (11.16%). For 10.76% there wasn't obstacles, and 2.97% understand that the IUD should not be inserted at primary health care. The professionals also pointed out criteria for accessing the copper IUD: not being pregnant (82.05%), not having a sign of local infection (70.94%), not having signs suggestive of cervical cancer (70.94%), a recent Papanicolaou test (53.42%), referral from a doctor or nurse (39.32%), having participated in the reproductive planning group (33.76%), having performed USG (30, 77%), being over 18 years old (18.80%), menstruating (17.09%), other criteria (11.54%) and having children (6.84%). **Conclusion:** there are barriers that hinder access to the insertion of the intrauterine device by users of basic healthcare units in the Federal District. These obstacles concern the excess of criteria established by the health services, limitation of the nurse's work, lack of adequate training and a pre-established protocol for IUD insertion in primary health care, professional preference for non-insertion or other contraceptives methods preference due to work overload or fear of failure, and due the management and service organization.

Keywords: Intrauterine Devices, Copper; Primary Health Care, Family Health Strategy, Contraception

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Proporção de mulheres que fazia uso de métodos para evitar a gravidez, na população de mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses e ainda menstruam, com indicação.	24
Figura 2 -	Registro da visita do consultor da ONU, Dr. Carlos Anigstein, à ESF Amarela da UBS 3 do Guará II em 31/10/2019	34
Figura 3 -	Divisão Administrativa Distrito Federal.....	46
Figura 4 -	Distribuição pelo estado civil.....	50
Figura 5 -	Distribuição pelo ano de nascimento.....	50
Figura 6 -	Distribuição de profissionais que saíram do modelo tradicional e foram para uma eSF durante o Convert.	53
Figura 7 -	Inserção do DIU por enfermeiros.....	55
Figura 8 -	Critérios utilizados para acesso ao DIU de cobre.....	66
Figura 9 -	Alternativas oferecidas para inserção do DIU.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição percentual das mulheres de 18 a 49 anos de idade que ainda menstruam e usam algum método para evitar a gravidez, segundo o método contraceptivo utilizado (%).	25
Tabela 2 -	Distribuição percentual das mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, ainda menstruam e não usam algum método para evitar a gravidez, segundo o principal motivo da não utilização de algum método para evitar a gravidez (%).	26
Tabela 3 -	Evolução Quantitativa eSF – Converte APS.....	29
Tabela 4 -	Quantidade de UBSs por Região de Saúde.....	45
Tabela 5 -	Distribuição por gênero.....	51
Tabela 6 -	Cargo/função dos profissionais de saúde da ESF.....	52
Tabela 7 -	Relação entre inserção de DIU da eSF e profissionais que fizeram parte do Convert Brasília. 2021	54
Tabela 8 -	Fatores impeditivos ou prejudiciais à inserção.....	57
Tabela 9 -	Capacitação ou aperfeiçoamento para inserção de DIU.....	58
Tabela 10 -	Comparação entre o treinamento aos profissionais que têm residência ou título em Saúde de Família e Comunidade e os que não possuem.	59
Tabela 11 -	Treinamento aos profissionais que possuem residência em Saúde de Família e Comunidade ou retirou o título em MFC.	59
Tabela 12 -	Disponibilidade de DIU, bandeja e instrumento pelas eSF e UBS	61
Tabela 13 -	Critérios utilizados para acesso ao DIU de cobre.....	67
Tabela 14 -	Alternativas oferecidas para inserção do DIU.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DF	Distrito Federal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	<i>Federal Drug Administration</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GDF	Governo do Distrito Federal
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
MFC	Médico(a) de Família e Comunidade
ONU	Organização das Nações Unidas
PROFSAÚDE	Programa de pós-graduação stricto sensu em Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família

SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	CONTEXTO HISTÓRICO.....	26
1.2	O PROCESSO DE CONVERSÃO DA APS DO DF AO MODELO DA ESF	28
1.3	A PANDEMIA DE COVID-19.....	30
2	RESUMO DO HISTÓRICO PROFISSIONAL	32
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	36
3.1	DO DIREITO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	36
3.2	SURGIMENTO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MODERNOS E A APS	36
3.3	A INSERÇÃO DO DIU.....	38
4	OBJETIVOS.....	43
4.1	GERAL.....	43
4.2	ESPECÍFICO.....	43
5	METODOLOGIA.....	45
5.1	CENÁRIO.....	45
5.2	POPULAÇÃO.....	46
5.3	DELINEAMENTO.....	46
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS DE	49

	SAÚDE	
6.2	PERFIL PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES.....	52
6.3	INSERÇÃO DO DIU DE COBRE EM USUÁRIAS DA EQUIPE...	53
6.4	BARREIRAS RELACIONADAS A INSERÇÃO DE DIU.....	56
6.4.1	Falta de treinamento.....	57
6.4.2	Sobrecarga de trabalho	60
6.4.3	Disponibilidade de material	61
6.4.4	Aspectos religiosos	62
6.4.5	Gestão e organização do serviço	63
6.4.6	Demais fatores impeditivos	64
6.5	CONDICIONANTES PARA INSERÇÃO DO DIU	65
6.6	ALTERNATIVAS À INSERÇÃO DE DIU NA EQUIPE	68
6.7	PERSONA – UMA REPRESENTAÇÃO HUMANIZADA: O USO DO ROLE-PLAY COMO ESTRATÉGIA PROBLEMATIZADORA PARA AS LINHAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE	70
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A – Questionário	87
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	97
	ANEXO B – Termo de anuência institucional.....	101
	ANEXO C – Termo de concordância	103

1 INTRODUÇÃO

A aprovação do uso do Enovid como contraceptivo oral, em 23 de junho de 1960, pela agência americana FDA, se deu num controverso cenário de interesses políticos, religiosos e econômicos, de questionáveis métodos de avaliação que priorizavam a eficácia em detrimento da segurança e efeitos colaterais do medicamento e que alijavam as mulheres do processo, o que as feministas da época classificaram como atitudes paternalistas do Estado e medicina dominada por homens, que as tomavam como meras porcas da Guiné (cobaias) para seus testes (JUNOD; MARKS, 2002). A “pílula” - nomenclatura popular atribuída aos contraceptivos orais - revolucionou o cenário do planejamento reprodutivo, ampliando a disponibilidade de métodos contraceptivos e trazendo importantes impactos até o presente.

De fato, segundo a OMS (2019, tradução nossa):

A contracepção oferece uma gama de benefícios potenciais que abrangem o desenvolvimento econômico, saúde materno-infantil, educação e empoderamento da mulher. O planejamento familiar, fundamentalmente, promove os direitos humanos. [...] permite que as pessoas alcancem o número desejado de filhos e determinem o intervalo entre as gestações. É alcançado por meio de informação, educação e uso de métodos contraceptivos.

Atualmente, entretanto, apesar de uma ampla gama de métodos contraceptivos disponíveis para as populações, notadamente os femininos, 190 milhões de mulheres em idade reprodutiva em regiões em desenvolvimento não têm suas necessidades de contracepção atendidas (UNITED NATIONS, 2019).

Dentre os métodos contraceptivos, destaca-se o Dispositivo Intrauterino (DIU), utilizado por aproximadamente 160 milhões de mulheres em todo o mundo, sendo o método contraceptivo reversível mais utilizado e a segunda alternativa de planejamento reprodutivo de longo prazo depois da esterilização (UNITED NATIONS, 2019). Trata-se de um método altamente efetivo com excelente custo-benefício, com taxas de gravidez inferiores a 0,4% (ou quatro mulheres a cada mil) no primeiro ano. Nos anos seguintes, a taxa de gravidez é ainda menor (BRASIL, 2018, p. 11).

Os DIUs se dividem em duas grandes categorias, os DIUs com hormônio e os de cobre. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza gratuitamente estes últimos, de modo que serão o foco desse trabalho. Entre os DIUs de cobre mais usados, são três os mais eficazes: o TCU-380A, o TCU-220C e o MLCu-375, sendo o TCU-380A o mais eficaz dos três. Kaneshiro e Aeby (2010, p. 212) afirmam que o seu mecanismo de ação principal se deve à produção de uma reação inflamatória, citotóxica, que é espermicida, determinando especificamente alterações endometriais, de modo a comprometer a qualidade e a viabilidade dos espermatozoides. Além

disso, o DIU de cobre é o método mais eficaz na contracepção de emergência disponível para uso após o intercurso sem proteção (CLELAND et al., 2014, p. 3).

Outrossim, acerca da contracepção de emergência, Cleland e colaboradores já haviam assinalado (2012, p. 1998, tradução nossa):

O custo, os protocolos clínicos e a falta de conscientização entre pacientes e profissionais ainda são barreiras para uma maior utilização do DIU como contracepção de emergência. Aumentar o uso de DIUs como contracepção de emergência é uma estratégia importante para reduzir a chance de uma mulher engravidar após uma relação sexual desprotegida. Além disso, se deixado no local para contracepção contínua, o DIU de cobre fornece contracepção altamente eficaz por pelo menos 10 anos e pode contribuir para diminuir as taxas de gravidez não intencional a longo prazo. O DIU deve ser rotineiramente incluído como uma opção contraceptiva de emergência sempre que clinicamente viável e apropriado.

No Brasil, as duas últimas edições do sobre anticoncepção de emergência para profissionais de saúde sequer relacionam o DIU como método para tanto (BRASIL, 2005, 2011). Tampouco o fazem as cartilhas para o público em geral sobre o tema, falando apenas em pílula anticoncepcional de emergência (BRASIL, 2005, 2009).

A Febrasgo (2018), entretanto, reconhece o método, ao divulgar que:

Os métodos Yuzpe e levonorgestrel devem ser preferencialmente utilizadas até 72 horas após as relações sexuais e o acetato de ulipristal e o DIU de cobre até 120 horas. [...] O DIU deve ser inserido até 120 horas após a relação sexual, não devendo ocorrer mais do que cinco dias da ovulação se puder ser estimado esse dia, podendo fornecer proteção por 10 anos da sua inserção como contraceptivo de longa ação (LARC). A taxa de gravidez acumulada de 1 ano em mulheres que escolheram o DIU foi de 6,5% contra 12,2% das que escolheram o levonorgestrel. [...] Algumas barreiras importantes são apontadas para a baixa utilização da contracepção de emergência, tais como práticas prescritivas, conhecimento na utilização, valor na aquisição do produto e acesso.

Segundo Brasil (2018, p. 15–16), o DIU é contraindicado nos casos de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta, anormalidades uterinas como útero bicorno, septado ou com intensa estenose cervical, câncer de colo uterino e em mulheres cujo fluxo menstrual seja intenso a ponto de causar anemia. Como efeito adverso, após a inserção do DIU pode ocorrer aumento do fluxo menstrual e o aparecimento transitório de cólicas menstruais, quadro que geralmente se resolve de 3 a 6 meses após sua inserção.

O DIU pode ser inserido a qualquer momento, trata-se de um procedimento simples e de baixa complexidade. Em nossa experiência, infelizmente, com frequência, usuárias relatam ter recebido, de forma isolada ou combinada, as seguintes condicionantes para a inserção do DIU:

- Estar menstruada;
- Ter assistido ou assistir a uma palestra de planejamento reprodutivo;

- Apresentar ultrassonografia transvaginal recente;
- Apresentar exame de rastreamento do câncer de colo uterino recente;
- Não ser nulípara.

Esses são apenas alguns exemplos das mais frequentes dentre várias condicionalidades para inserção do DIU. Vale salientar, entretanto, que nenhuma delas é reconhecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Além de inadequadas, elas podem acabar dificultando ou postergando o acesso ao método contraceptivo, podendo gerar, como consequência, gestações não planejadas. Em nossa experiência, percebemos ainda o mito que circula entre pacientes e profissionais, de que o DIU seria um método abortivo, sendo então evitado e até condenado por motivos religiosos.

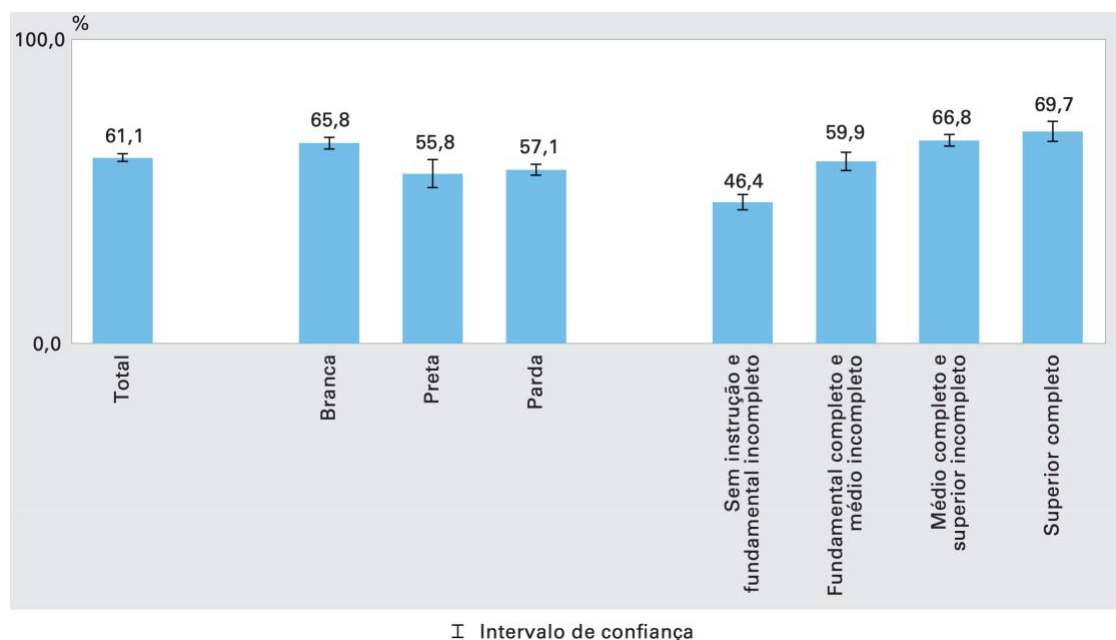
No Brasil, em 2013, 61,1% das mulheres de 18 a 49 anos de idade sexualmente ativas nos últimos 12 meses e que ainda menstruavam utilizou algum método contraceptivo. As mulheres negras e as com menor instrução ficaram bem abaixo desse número (IBGE, 2015a, p. 31).

Conforme assinala Brasil (2018, p. 5–6),

Dados da PNDS 2006 mostram que, apesar de ter aumentado o uso de métodos contraceptivos em comparação à última pesquisa em 1996, a utilização de métodos hormonais e a laqueadura representaram mais de dois terços das alternativas anticoncepcionais apresentadas às mulheres. Evidenciaram, também, presença excessivamente alta da laqueadura tubária entre as mulheres sem escolaridade, demonstrando a dificuldade dos serviços públicos em incorporar, de forma efetiva, a assistência anticoncepcional, através de métodos reversíveis e não hormonais, nos serviços de atenção primária. É notória a necessidade de ampliar a informação e o acesso das mulheres a outros métodos, a fim de disponibilizar escolha informada de uma opção que melhor se adapte a cada perfil. Objetiva-se uma contracepção mais eficiente e eficaz com autonomia para as mulheres decidirem o melhor momento para o retorno à fertilidade. Dentre os métodos contraceptivos existentes, o dispositivo intrauterino (DIU) com cobre possui uma larga utilização em nível mundial (em torno de 15 %). Em contraste, há baixo registro de utilização no Brasil, com estimativa de uso, conforme dados da PNDS 2006, em torno de 1,9%.

Já a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apontou que, entre as mulheres de 18 a 49 anos que ainda menstruam e usam algum método para evitar a gravidez, apenas 3% utiliza o DIU como método contraceptivo (intervalo de confiança de 95%) (IBGE, 2015b), o que demonstra um pequeno crescimento no período. Vale observar que no questionário da pesquisa de 2013, as opções “ligou as trompas” e “o companheiro fez vasectomia” são relacionadas como motivos da mulher não ter evitado a gravidez, e não como métodos contraceptivos.

Figura 1 – Proporção de mulheres que fazia uso de métodos para evitar a gravidez, na população de mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses e ainda menstruam, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo a cor ou raça e o nível de instrução - Brasil – 2013



I Intervalo de confiança

Fonte: IBGE (2015a)

O SUS oferece a inserção de DIU gratuitamente, sendo previsto que a Atenção Primária à Saúde (APS) ofereça este serviço, por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), que têm a responsabilidade na assistência ao planejamento reprodutivo. No entanto, como pode-se perceber pelos dados acima, a inserção de DIU ainda está muito aquém do que seria possível, tendo em vista a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil. Nesse sentido, este estudo visa compreender melhor esse cenário, a partir de uma pesquisa junto aos profissionais de saúde das eSF do DF, especificamente os médicos e enfermeiros de família e comunidade, por serem esses profissionais os principais responsáveis por ofertar a inserção de DIU na APS. Até pouco tempo, ambas categorias eram autorizadas a inserir o DIU, porém, uma a decisão do Ministério da Saúde revogou a Norma Técnica que autorizava enfermeiros a fazerem a inserção do dispositivo (BRASIL, 2019), conforme será discutido adiante.

Tabela 1 – Distribuição percentual das mulheres de 18 a 49 anos de idade que ainda menstruam e usam algum método para evitar a gravidez, segundo o método contraceptivo utilizado (%).

Método contraceptivo utilizado	%
Pílula	61,6
Tabela	3,9
Camisinha masculina	36,7
Camisinha feminina	1,1
Contraceptivo injetável	10,1
Diafragma	0,3
DIU	3
Implantes (Norplant)	0,1
Creme/óvulo	0,2
Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)	2,1
Outro	2,7

Fonte IBGE (2015b).

Nota: Cada mulher pôde assinalar o uso de mais de um método contraceptivo.

Assim, a presente dissertação tem como objetivo apresentar a pesquisa acerca da disponibilização do DIU de cobre à população, no âmbito da APS do DF, seus resultados e análise. Com o objetivo de melhor contextualizar a APS no DF, apresentamos a seguir um breve histórico da reestruturação ocorrida nessa esfera de atenção, com o processo de conversão das equipes ao modelo de ESF. Em seguida, abordaremos um resumo do histórico profissional que motivou o presente trabalho. Os capítulos seguintes contemplam a metodologia da pesquisa, apresentação e discussão dos resultados, concluindo com algumas considerações à guisa de conclusão.

Tabela 2 – Distribuição percentual das mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, ainda menstruam e não usam algum método para evitar a gravidez, segundo o principal motivo da não utilização de algum método para evitar a gravidez (%).

Motivo	%
Quer engravidar ou não se incomoda de engravidar	16,8
Falta de informação ou motivos religiosos	3,5
Está grávida	7,4
Ligou as trompas	46,1
O companheiro fez vasectomia	8,7
Não tem relações sexuais com homens	3,6
Outro	13,8

Fonte: IBGE (2015b)

1.1 Contexto histórico

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994 e promovido à Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998, sendo alçado ao lugar de modelo prioritário de organização da APS brasileira. A APS no DF entretanto, funcionava num modelo em que médicos das especialidades básicas eram responsáveis pelo cuidado ambulatorial (NABUCO et al., 2019, p. 2222). As especialidades eram Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia-Obstetrícia.

Na nossa experiência, existia uma fragmentação no cuidado e uma excessiva especialização profissional, inclusive dos enfermeiros, que trabalhavam em áreas específicas, tais como Sala da Criança, Sala da Mulher e Sala do Adulto, a última com foco em hipertensão e diabetes. Havia ainda uma percepção de que o acesso ao atendimento era difícil, uma vez que a estruturação da atenção se dava por meio das ações programáticas, de modo que não havia ou havia poucas vagas para atenção à demanda espontânea. Mesmo quanto às ações programáticas, era comum o paciente precisar entrar na fila durante a madrugada para agendar uma consulta para

uma data distante. Estes aspectos não necessariamente estão vinculados ao modelo, sendo que na própria ESF há relatos de arranjos rígidos quanto ao agendamento e à atenção à demanda espontânea, mas tais aspectos eram então percebidos como características intrínsecas do modelo predominante e foram as justificativas para a mudança então proposta.

Em que pese o fato de que existiam cerca de 277 equipes de Saúde da Família no DF no ano de 2017, elas eram quantitativamente muito inferiores em relação ao total de profissionais atuando no modelo tradicional e muito abaixo do necessário para uma cobertura adequada. Ainda, do ponto de vista qualitativo, esse predomínio do modelo tradicional incidia sobre a cultura dos profissionais e usuários do sistema.

Em 30 de junho de 2016, o governo do Distrito Federal lançou o projeto Brasília Saudável, com fins de fortalecer a Atenção Primária com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em todo o Distrito Federal, o programa Brasília Saudável propõe que a porta de entrada na saúde pública se dê pela atenção primária, com Estratégia de Saúde da Família. Isso significa que o atendimento ao cidadão se dará de forma direta, sempre por uma mesma equipe formada por médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Para iniciar o processo de reestruturação do sistema de saúde no Distrito Federal, a Secretaria de Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, a Política de Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica e da Resolução nº 465/2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Mais recentemente, a Lei Distrital nº 6.133, de 06 de abril de 2018, estabelece a ESF como modelo de APS do Distrito Federal (APS REDES, 2018).

Nabuco e colaboradores (2019, p. 2229) afirmam que:

Como alternativa para a ampliação e a qualificação da cobertura de APS, apresentou-se a proposta de reorganização do modelo convencional em Equipes de Atenção Básica (EAB), compostas por clínicos, pediatras e ginecologistas, cujo processo de trabalho seguia, porém, os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Segundo a SES/DF (2018a) o objetivo do Projeto Brasília Saudável era que todas as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal funcionassem com base no modelo da ESF, como modelo assistencial substitutivo ao modelo tradicional, pois o anterior era considerado defasado e não atendia às necessidades da população do Distrito Federal.

[...]O modelo tradicional, já ultrapassado [...], comprovadamente com baixa resolutividade, ineficiência na longitudinalidade e integralidade do cuidado, restrição de acesso, baixo vínculo com os usuários, inexistência de responsabilidade territorial e desarticulado com a rede de atenção à saúde (APS REDES, 2018).

O governo do DF do período impôs uma agenda de mudanças no campo da APS, realocando os profissionais atuantes no modelo anterior com vista à formação de equipes de Saúde

da Família, acabando com a organização tradicional baseada nas especialidades médicas focais. Para isso, ofereceu aos profissionais de saúde que atuavam na APS no modelo tradicional a possibilidade de integrar equipes de saúde da família no novo modelo adotado. Vale dizer que estes profissionais tinham como alternativa virar médicos de família e comunidade, no âmbito da secretaria de saúde, permanecendo na APS, ou ir para outro nível de atenção (ambulatórios especializados e/ou pronto-socorro), o que representaria uma redução salarial, com perdas das gratificações vinculadas à APS. Além disso, conforme pudemos perceber em contato com outros médicos à época, muitos não tinham interesse ou prática em trabalhar em pronto-socorro/emergência, o que reduzia ainda mais as suas opções. Assim, pudemos observar que a conversão teve fatores que enviesaram a decisão de boa parte dos médicos, que aderiram à conversão sem necessariamente acreditar ou engajar-se no modelo da ESF, trazendo consequências que ainda hoje podem comprometer o serviço.

A Portaria SES/DF nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 (DISTRITO FEDERAL, 2017), regulamentando o art. 51 da portaria 77/2017, permitiu que estes profissionais fizessem parte das chamadas equipes de transição. Isso ocorreu mediante capacitação e cumprimento de requisitos para composição das equipes de Saúde da Família, num processo que ficou conhecido como Converte APS.

1.2 O processo de conversão da APS do DF ao modelo da ESF

As equipes de transição foram formadas no segundo semestre de 2017 e foi proposto um processo de capacitação que incluía temas chaves na atenção primária como: Saúde da Criança, Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, Saúde da Mulher e Acolhimento. Essa capacitação durou em média 3 meses e ao final desse processo, os profissionais médicos e enfermeiros foram inseridos em equipes de Saúde da Família, passando a ser responsáveis pela atenção ao conjunto de problemas de saúde da população, e não mais focalmente quanto a determinada especialidade (DISTRITO FEDERAL, 2019, p. 24–28).

O curso de capacitação, voltado para enfermeiros e médicos ginecologistas, pediatras e clínicos contou com um total de 222 horas de aperfeiçoamento teórico prático. Os profissionais puderam optar por permanecer no processo de conversão após a frequência mínima no curso, e os médicos foram submetidos a uma prova de avaliação de conhecimentos (APS REDES, 2018).

Além do processo de conversão, a ampliação da ESF se deu também com a convocação de profissionais para a APS por meio de concursos vigentes, com ingresso direto em equipes de Saúde da Família. Já em 2018, foi realizado novo concurso para médicos em que, inclusive,

a titulação como Médico de Família e Comunidade foi pré-requisito. O concurso para enfermagem, apesar de não apresentar requisitos, também passou a determinar desde já o ingresso em equipes de Saúde da Família, com carga horária de 40h¹.

O programa Brasília Saudável, e particularmente o Converte APS, foi uma das bandeiras levantadas na gestão do setor saúde no Distrito Federal do final do ano de 2016 até 2018. Conforme demonstrado na Tabela 3, essa reestruturação da APS foi um movimento relativamente rápido e resultou num aumento significativo do número de eSFs no Distrito Federal, porém não permitiu a constituição de novas equipes em número suficiente para 100% de cobertura. Vale observar que os próprios parâmetros de cobertura da política são maiores que o nacional e que, ademais, não há de fato territorialização na maioria das equipes, devido à sua incompletude, com baixo número de agentes comunitários de saúde e adscrição de clientela incompleta ou inexistente, de modo que são poucas as equipes que têm uma estimativa real da população de sua área de abrangência, na nossa experiência.

Tabela 3 – Evolução Quantitativa eSF – Converte APS.

Período	Quantidade de eSF	Cobertura (%)
Janeiro/2017	277	34
Janeiro/2018	441	55,5
Fevereiro/2018	549	69,1

Fonte: (APS REDES, 2018)

Nota: Os números oficiais apresentados, sobretudo quanto à cobertura, podem ser objeto de questionamento, uma vez que se utiliza parâmetros de população por equipe maiores que o nacional. Além disso, vale registrar que a evolução do número se deu não apenas pela mudança dos médicos para MFC, mas também pela chamada dos concursos.

Durante esse processo, houve uma grande adesão dos enfermeiros, até mesmo por não terem recebido uma alternativa, que não permanecer na atenção primária, o mesmo não ocorrendo com os médicos, como evidencia o artigo do então Secretário da Saúde do DF:

Nesse processo, houve ampla adesão dos enfermeiros. No entanto, a resistência dos médicos foi grande, e somente um terço deles faz opção por aderir ao Converte. Os

¹ As carreiras da SES DF, com exceção daquelas para enfermeiros e médicos da APS, têm carga horária de 20h semanais.

profissionais que não aderiram foram realocados em outros níveis de atenção, e foram feitas 300 nomeações de médicos de família constantes do cadastro de reserva do concurso realizado em 2014. Cerca de 160 deles permanecem nos quadros da SES/DF hoje. Ao final do processo de capacitação, 110 médicos foram aprovados na avaliação de aproveitamento da capacitação e pediram a mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade (MFC) no cargo de médico. Ressalte-se que, até então, a SES/DF nunca havia exigido residência ou título de especialista para o ingresso na carreira de MFC. A capacitação do Converte não tinha por objetivo formar especialistas em MFC, mas dar as competências básicas para que pudessem atuar na APS, estimulando a formação continuada.

Com a maciça adesão da enfermagem, a mudança de especialidade dos médicos e as nomeações de médicos de família, a cobertura de saúde da família cresceu, em pouco mais de um ano, de cerca de 30% para 69,1%, com 549 (FONSECA, 2019, p. 1983).

Vale registrar que houve inúmeras polêmicas e oposições relacionadas a essa transição. Além disso, segundo Canuto (2019, p. 71), outro ponto negativo percebido foi em relação à formação médica e ao trabalho progressivo dos profissionais, a maioria deles nunca trabalhara na ESF, sem capacitação prévia para atuação nesse modelo. Esse problema é, em parte, reflexo da formação médica em nível de graduação, onde a Medicina de Família e Comunidade e a Saúde Coletiva não eram adequadamente contempladas antes das mudanças nos cursos propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, sobretudo as de 2014.

Necessário evidenciar que, em nossa experiência, esse processo foi bastante difícil; o espírito de Saúde da Família não “brotou” da noite para o dia. Os usuários, por exemplo, inúmeras vezes exigiam o “médico especialista” ou se negavam a “serem atendidos por um enfermeiro”, o que ainda ocorre, em menor medida.

Outro aspecto relevante é o fato de que os técnicos de enfermagem não receberam nenhum treinamento para adaptação ao novo processo, como os médicos e enfermeiros, dificultando que essa categoria profissional contribuísse com a melhoria da efetividade das intervenções e aprimoramento dos serviços prestados.

Assim, como resultante dessas mudanças, temos atualmente no DF uma APS ainda em adaptação ao modelo da ESF, com uma série de lacunas a serem preenchidas.

1.3 A pandemia de Covid-19

No curso da realização desta pesquisa, o mundo foi assolado pela pandemia de Covid-19, doença que trouxe uma dramática perda de vidas humanas, provocando, até o momento em que atualizamos este texto, 6 de setembro de 2021, 4.570.348 mortes no planeta, com um total de 220.825.788 casos (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2021). Além das mortes, a pandemia provocou ainda fortes impactos econômicos, desemprego, empobrecimento e um desafio sem precedentes para os sistemas de saúde do mundo (OMS, 2020).

No Brasil, a primeira morte por Covid-19 ocorreu em 17 de março de 2020 (G1 SP, 2020). Hoje, para registro, enquanto escrevo esse parágrafo, 4 de outubro de 2020, já são mais de 345 mil mortes pela doença e a média diária superou desesperadoras 4 mil mortes (CARVALHO, 2021).

Enquanto brasileira e, especialmente, médica do SUS, acompanhei de perto a catástrofe acontecendo e seus impactos nos pacientes, colegas e na minha própria vida. Agora vacinada, precisei manter-me, durante um tempo considerável, isolada da minha própria família, temendo levar para casa a doença letal, como relatei, à época, numa entrevista para a televisão (TV GLOBO BRASÍLIA, 2020).

Além disso, o negacionismo do governo brasileiro e de parte significativa da população, seus constantes ataques à ciência e às recomendações da OMS, as divergências e demissões dos ministros da saúde, as aparições sem máscaras e aglomerações, a recomendação de uso de drogas comprovadamente ineficazes contra a doença, além da recusa na oferta de 70 milhões de doses de vacinas, conseguiram piorar ainda mais o já desolador cenário em que nos encontramos, elevando o número de mortes, dificultando e pondo em xeque o trabalho do profissional de saúde no país. Inclusive, segundo BRUM (2020), “há indícios significativos para que autoridades brasileiras, entre elas o presidente, sejam investigadas por genocídio”.

Neste cenário, o significado da presente pesquisa, sua metodologia e prazos sofreram impactos, sendo necessário adaptar a metodologia ao novo contexto. Além disso, houve um significativo impacto na oferta de inserção de DIU, como demonstraremos adiante.

Acreditamos, entretanto, na importância da continuidade nos trabalhos de planejamento reprodutivo durante a pandemia, enquanto um direito essencial das mulheres, especialmente num momento crítico como esse que passamos, pelo que continuamos atuando.

2 RESUMO DO HISTÓRICO PROFISSIONAL

O interesse no estudo proposto surge de forma entremeada à minha trajetória de auto-construção enquanto Médica de Família e Comunidade. Faz-se necessário entender esse contexto histórico-profissional para alcançá-lo.

Ainda na infância, acompanhava a minha mãe na farmácia da família e presenciava o seu cuidado com as pessoas; talvez daí tenha surgido meu interesse e satisfação em cuidar de gente. Durante o caminhar e nos primeiros trabalhos como médica recém-formada, percebi a própria realização em atender crianças. Realizei, então, o processo seletivo para residência médica em pediatria no Hospital Universitário de Brasília - UNB obtendo a aprovação.

Após a conclusão, inicialmente trabalhei na emergência e enfermagem pediátrica do Hospital Regional de Santa Maria. Em seguida assumi a chefia de neonatologia e a escala no alojamento conjunto, desenvolvendo várias estratégias e protocolos no serviço, até que a direção do hospital me convidou a assumir o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), cargo que já almejava, àquela altura.

Na oportunidade, fiz parte do suporte às equipes de saúde da família, ministrando treinamentos na saúde da criança, treinando médicos e enfermeiros, realizando atendimentos compartilhados. Além disso, atuei ainda como tutora dos três cursos: AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) Neonatal, AIDIPI Criança e Estratégia Amamenta Alimenta Brasil.

Como já evidenciado anteriormente, no início de 2017, quando eu ainda atuava como pediatra na APS, o GDF promoveu uma reestruturação e os especialistas tiveram que migrar da atenção primária para a atenção secundária ou terciária ou ainda, converter-se à medicina de família e comunidade. Foi então que aquela semente plantada ainda na infância com a paixão em cuidar de todo o “tipo de gente”, fez com que eu comprasse essa ideia.

Assim, realizei os treinamentos e mudei a especialidade na SES DF e, devido ao meu título de pediatra, também atuei como facilitadora de todos os treinamentos do Convert na Saúde da Criança. Logo, desde setembro de 2017, passei a atuar na UBS 3 do Guará II como Médica de Família e Comunidade e em outubro de 2018 obtive o título de especialista pela AMB e SBMFC.

Hoje, enxergo a Medicina de Família e Comunidade como a melhor maneira de fazer medicina de verdade. Além disso, entendo que não deixei de ser pediatra, pelo contrário, agora sou uma médica com uma resolutividade maior, pois passei a perceber o indivíduo com um olhar mais ampliado, considerando aspectos biopsicossociais e valorizando seu protagonismo

e controle social.

Ao chegar na minha UBS, encontrei cerca de 70 DIUs que já estavam próximos do vencimento, dali a seis meses, sendo que a validade daquele tipo de DIU é de sete anos. Ocorria que chegavam DIUs da Secretaria de Saúde, mas tinha uma saída muito baixa, não chegando a 10 por ano, mesmo havendo três ginecologistas na UBS, ainda vinculadas ao modelo tradicional.

Observei também a existência 82 pacientes grávidas. Destas, apenas 2 eram planejadas. Revolvi então participar de um treinamento sobre métodos contraceptivos e inserção do DIU, oferecido pela SES DF e passei a atuar com a orientação e inserção de DIU diariamente, em parceria com a enfermeira da equipe. Hoje, cerca de 3 anos depois, o número de gestantes com gravidez não planejada em minha área de abrangência reduziu de forma considerável.

Atualmente, temos uma inserção média de 10 DIUs por semana na nossa equipe (independente da área da usuária) e o número de gestantes caiu para uma média de 19 gestantes simultâneas no total. Vale dizer que não se pode atribuir essa queda unicamente em função do DIU, mas pelo processo de oferta e acesso a métodos contraceptivos em geral em todos os atendimentos.

Em outubro de 2019, o consultor da ONU, Dr. Carlos Anigstein, visitou a nossa UBS e a de Nova Colina, em Sobradinho I, além do HRAN, para conhecer o funcionamento da implantação do DIU do DF, com o objetivo de replicar a experiência em países da América Latina e Caribe (ONU, 2019).

O consultor do escritório regional da América Latina e o Caribe do Fundo de População das Nações Unidas, o médico e consultor internacional Carlos Anigstein está no país até a sexta-feira (1º) para conhecer como ocorre a colocação do DIU aqui na capital do país. A ideia é replicar a experiência do DF em países da América Latina e Caribe (RÁDIO NACIONAL, 2019).

O UNFPA Brasil já tem uma parceria com o governo local para expandir e promover ações em saúde reprodutiva no DF, conforme explica a oficial de programa para Segurança de Insumos em Saúde Sexual e Reprodutiva, Nair Souza. “O objetivo desta visita é conhecer boas práticas, criar um material substancial que possa ser compartilhado em outros países da América Latina e Caribe”, justifica (ONU, 2019).

Figura 2 – Registro da visita do consultor da ONU, Dr. Carlos Anigstein, à ESF Amarela da UBS 3 do Guará II em 31/10/2019



Fonte: Arquivo Pessoal

Nesse contexto, percebi que, apesar do Ministério da Saúde preconizar o acesso ao DIU de cobre nas Unidades Básicas de Saúde pelas usuárias do SUS, ainda existe uma resistência na divulgação e disponibilização desse método ao seu público-alvo pelos profissionais da APS do DF.

Ao tentar entender melhor a situação e procurar informações a respeito, encontrei resistência, sendo questionada pelos especialistas e por outros colegas, com frases como "Para que mexer com isso", "Você é doida?", "É perigoso!", "E se perfurar o útero?". Alguns colegas às vezes me chamam de "Louca do DIU", pelo meu interesse e ações acerca do assunto.

Essa experiência levou-me a levantar a hipótese de que existam fatores dificultadores relacionados à oferta e à inserção do DIU de cobre no âmbito das equipes de saúde da família do DF. Compreender a existência (ou não) de tais fatores e identificá-los passou a ser desde então um fato motivador para a realização desta pesquisa de mestrado, na medida em que, dessa forma, espera-se colaborar de forma direta com a gestão da APS no que concerne ao planejamento reprodutivo e à contracepção voltada às mulheres do DF, podendo haver um importante impacto na saúde das pessoas que vivem no DF.

Assim, considerando as já evidenciadas qualidades do DIU e por perceber a sua alta disponibilidade nas UBSs do DF, especialmente no decorrer da minha prática profissional na UBS 3 do Guará II do DF, por um lado e, intrigada pela dificuldade no acesso da população ao dispositivo na APS em geral, por outro, resolvi investigar, por meio da pesquisa objeto deste

estudo, eventuais fatores dificultadores para a oferta e inserção do dispositivo no âmbito da ESF no DF, o que, somado ao ingresso no ProfSaúde, levou à escolha do tema.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 *Do direito ao planejamento reprodutivo*

O planejamento familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu artigo 226, parágrafo 7º, e pela Lei 9.263, de 1996(2), que o regulamenta. Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção. (PIERRE; CLAPIS, 2010, p. 2; BRASIL, 1988, 1996)

Apesar disso, os tipos existentes, os testes, a distribuição e o uso dos métodos contraceptivos denotam recair sobre a mulher a maior responsabilidade sobre a contracepção. Além dos números, um outro corolário disso é inexistência de um método medicamentoso anticonceptivo masculino.

A Atenção Básica tem como uma das suas prioridades a área de atenção à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013, p. 9). Isso é garantido mediante a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005). Entretanto, a literatura evidencia que existem muitas barreiras relacionadas à assistência ao planejamento reprodutivo no Brasil. Elas vão desde o acesso aos serviços de saúde até a aplicabilidade do modelo de atenção (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006, p. 80–83; MOURA; SILVA, 2006, p. 155; BONAN et al., 2010, p. s112–s116).

3.2 *Surgimento dos métodos contraceptivos modernos e a APS*

Na década de 60, marcada no Brasil pelo golpe militar e início da ditadura ou regime de exceção, foi aprovada a primeira medicação anticoncepcional oral, lançado como Enovid nos Estados Unidos e Conovid no Reino Unido (JUNOD; MARKS, 2002).

Dias e colaboradores (2018, p. 14) ressaltam que

Os debates sociais suscitados pela difusão das pílulas anticoncepcionais no Brasil, veiculados por O Globo, nas duas primeiras décadas, reuniram, basicamente, atores com posições dominantes no status quo: médicos, autoridades públicas, religiosos, militares, parlamentares e a própria imprensa. A quase totalidade das vozes que opinavam – e, nas instituições, decidiam – sobre assuntos relacionados à vida sexual e reprodutiva das mulheres era do sexo masculino. As controvérsias envolvendo as pílulas anticoncepcionais – que no jornal O Globo tiveram cunho mais político do que científico – colocaram em disputa perspectivas conservadoras, como o neomalthusianismo, o nacionalismo e o dogmatismo católico. Em que pese discussões de aspectos médico-científicos e sanitários, a maior parte dos debates veiculados no jornal refletiu preocupações autoritárias e elitistas com a fecundidade das populações pobres, suas ameaças ao desenvolvimento econômico e à estabilidade política, e com a manutenção de uma ordem moral e sexual conservadora [...].

De fato, corolário dessas relações de poder masculino sobre o corpo e os direitos femininos, bem como da perspectiva neomalthusiana de parte da sociedade da época foi o flagrante episódio do lançamento, sucesso e censura da música “Uma vida só” (conhecida como “Pare de tomar a pílula”) do cantor popular Odair José. Em suas estrofes, o eu lírico, um homem que desejava ser pai, impunha uma violência sutil, sua dominação masculina do corpo e da mente feminina, num arroubo passivo agressivo, senão vejamos:

Já nem sei há quanto tempo / Nossa vida é uma vida só/ E nada mais / Nossos dias vão passando / E você sempre deixando /Tudo pra depois / todo dia a gente ama / mas você não quer deixar nascer / o fruto desse amor / Não entende que é preciso / Ter alguém em nossa vida / Seja como for /Você diz que me adora / Que tudo nessa vida sou eu /Então eu quero ver você / Esperando um filho meu / Pare de tomar a pílula / Pare de tomar a pílula / Pare de tomar a pílula / Porque ela não deixa o nosso filho nascer (ODAIR JOSÉ, 1973).

Ora, naquela época, o governo militar tinha interesse na distribuição da pílula conforme assevera Martins (2016):

Com o lançamento da canção Odair José, criava-se um cenário para um debate: de um lado uma campanha apoiada pelo governo militar pedindo à população “Tome a pílula”, de outro, uma canção do rádio dizendo “Pare de tomar a pílula.” [...] a canção foi proibida em todo território nacional, segundo o governo não eram toleradas referências explícitas à sexualidade. [...] O sucesso chegava num momento em que regime militar patrocinava uma entidade chamada Bemfam (Sociedade Civil de Bem-Estar Família no Brasil), que tinha uma campanha de controle de natalidade entre as mulheres de famílias de baixa renda que se empenhava na distribuição de pílulas anticoncepcionais e do chamado DIU (dispositivo intrauterino). A ação repressiva da canção era motivada também por interesses de ordem econômica, [...]sobre a venda do anticoncepcional. Pare de tomar a pílula permaneceu proibida durante os governos dos generais Médici e Geisel só deixaram de ser clandestina em 1979.

Cabe aqui uma distinção entre o neomalthusianismo e o propósito do planejamento familiar. Enquanto este prima pela garantia e avanço de direitos humanos e autonomia da mulher sobre o próprio corpo, e da saúde da população em geral, aquele imputa, na prática, às mulheres pobres e não brancas, o dever social da contracepção, atribuindo o crescimento populacional à degradação dos indicadores sociais. Neste sentido, aponta Zordo (2013, p. 48):

[...], os programas de planejamento familiar, implantados durante a Ditadura Militar, foram denunciados por representantes políticos do movimento feminista e do movimento negro como programas neomalthusianos e eugênicos, nos quais o controle da natalidade visava à população pobre do país. Esses programas tinham sido implantados por instituições privadas, como a Sociedade pelo Bem Estar Familiar (BEMFAM), financiadas por fundações estrangeiras, norte-americanas e internacionais, como a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), desde a metade dos anos 60. Nessa época, os economistas norte-americanos prescreviam o controle da natalidade como chave para garantir o desenvolvimento econômico e social dos países do Terceiro Mundo, e o Banco Mundial vinculava sua ajuda à aplicação de políticas populacionais.

Para Coelho (2017), os métodos anticoncepcionais modernos trazem “consigo as possibilidades de libertação da mulher na obrigatoriedade da concepção, a alternativa do controle populacional, a transgressão aos ditames religiosos de sexo só para a reprodução” e promovem uma inflexão sobre, dentre outros temas, o direito da mulher de decidir sobre o próprio corpo. Ela conclui então que “direitos reprodutivos são os direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidades pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade”.(COELHO, 2017)

Essas novas perspectivas de lidar com a saúde tiveram uma importância muito grande, pois, a partir de um certo ponto, como resultante da luta feminista até então, evidenciou-se que a decisão sobre as medidas adotadas quanto à saúde feminina deve ser sempre da mulher. Assim, “a implantação de políticas de direitos reprodutivos e, particularmente, de planejamento reprodutivo, tem sido um processo não linear, tendo em vista que a temática entrecruza sexualidade, reprodução e direitos, é objeto de acirradas disputas políticas e ideológicas (LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015, p. 672).

Apesar dos avanços, as mulheres ainda sentem dificuldade acerca dos cuidados com o corpo, inclusive a dificuldade com a relação ao sistema médico. Em muitas situações, ao buscar o apoio nos serviços de saúde, elas se sentem negligenciadas. Essas conjunturas pouco favoráveis à promoção da equidade, da autonomia e dos direitos devem ser examinadas também à luz dos desafios impostos à própria Atenção Básica, a quem compete a orientação e a implementação do planejamento reprodutivo, cujos impactos no indivíduo, família e sociedade já são reconhecidos internacionalmente.

3.3 *A inserção do DIU*

A oferta de métodos anticoncepcionais nas Unidades Básicas de Saúde deve visar a autonomia do indivíduo, sendo assim, há a necessidade de opções para que os usuários possam escolher livremente, o método mais adequado, considerando os momentos de sua vida reprodutiva, de acordo com sua história de saúde e adaptação (MOURA, 2003, p. 57).

O SUS oferece de forma gratuita métodos contraceptivos, são eles: preservativo masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, dispositivo intrauterino com cobre (DIU T Cu), diafragma, anticoncepção de emergência e minipílula. Em teoria, para ter acesso bastaria que o usuário (mulher, homem ou outro gênero não binário) busque a unidade básica de saúde e converse com a equipe de saúde da família sobre que método usar. Assim, é possível verificar riscos e benefícios para o próprio corpo.

Entretanto, na realidade, esse acesso não é assim tão simples, tanto pela ausência de

captura do grupo populacional masculino, para o qual não há aplicação de nenhuma estratégia, como relatou Moura (2003, p. 110–111), em sua pesquisa em Fortaleza, quanto pela indisponibilidade de métodos que também apontou:

Apenas dois tipos de anticoncepcionais mostraram-se disponíveis e com uma provisão mais ou menos estável, o anticoncepcional oral combinado (AOC) e a pílula exclusivamente de progestágeno (PEP), o que interfere diretamente na livre escolha. Há problemas de falta real dos insumos, como também problemas relacionados com a distribuição. A baixa renda familiar não oferece às mulheres o poder de aquisição dos anticoncepcionais em uma fonte privada, deixando 62% totalmente na dependência do que o serviço público oferece. Na falta de métodos, as referidas mulheres destacaram o coito interrompido como a única opção (MOURA, 2003, p. 112).

Neste mesmo diapasão, a pesquisa de Santos (2019, p. 86), realizada em Petrópolis, resulta:

[...]que há no município de Petrópolis uma grande dificuldade de acesso ao planejamento reprodutivo para a maioria das usuárias do SUS. Isso se deve em parte à falha da APS em relação à orientação sobre anticoncepção. Grande parte das usuárias só têm oferecidos pela APS os métodos hormonais e a LT [...].

No Brasil, até dezembro de 2019, a inserção e retirada do DIU podia ser realizada por médicos e enfermeiros, desde que fossem treinados e capacitados. Infelizmente, o CFM, revestido de um suposto interesse de proteção à saúde da população, porém numa flagrante incursão corporativista, de proteção à classe médica e ao ato médico, pressionou o Ministério da Saúde para que revogasse a nota técnica que regulava o assunto, restringindo apenas aos médicos a possibilidade da inserção do dispositivo, ao passo que o Ministério da Saúde chancelou o ato por meio de Nota Técnica em 18 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2019), como foi noticiado à época pelo jornal O Globo:

O Ministério da Saúde revogou norma que autorizava enfermeiros a fazerem o procedimento de inserção de Dispositivo Intrauterino e Contraceptivo (DIU) em pacientes na rede de atenção básica e de maternidades. A atividade passa a ficar restrita aos médicos (MADEIRA, 2019).

Até então, o Conselho Federal de Enfermagem regulamentara, por meio da portaria nº 358/2009 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), que “o enfermeiro, após treinamento, está apto para a realizar a consulta clínica, prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta”.

Apontou também a Folha de São Paulo, na sua seção “Opinião”:

Não existe qualquer evidência científica para proibir enfermeiros de inserirem DIUs. É uma prática simples, maiormente isenta de qualquer complicação em muitos países. Na Unicamp, inclusive, enfermeiras têm colocado DIU com enorme aceitação e sucesso, há mais de 40 anos, sem complicações e em números superiores aos dos médicos. O parecer do ministério deixa transparecer o ranço de reação corporativista e elitista. A decisão, mal fundamentada e inoportuna, afetará milhares de mulheres

que precisam de atendimento no SUS e não acrescenta qualidade ao importante trabalho que o sistema oferece. O profissional de enfermagem pode e deve cumprir um papel importante no acesso ao planejamento familiar, uma prioridade no Brasil. A colocação de DIU está, sim, dentre os seus atributos, que devem ser resguardados em pleno exercício de atividades regulares, e que sua prática, assim como para os médicos, esteja apenas a depender de sua correta e oportuna capacitação (BAHAMONDES, 2020).

Mais recentemente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou que Ministério da Saúde revogue nota técnica que impede que enfermeiros(as) insiram DIU:

Para o CNS, as enfermeiras, enfermeiros e obstetrias são profissionais habilitados para a realização de consulta de enfermagem na área da saúde sexual e reprodutiva, bem como na realização do procedimento de inserção de DIU. Segundo a recomendação, essa é também uma das formas de atender à Lei no 7.498/1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem no Brasil (BRASIL, 2020).

Existe um crescente movimento entre as mulheres que visam a quebra de tabus e a inserção desse dispositivo. As motivações para isso estariam relacionadas aos efeitos colaterais indesejados causados pelos métodos hormonais, à responsabilização desigual em relação às práticas contraceptivas entre homens e mulheres, e ao desejo de conhecer o corpo sem as intervenções hormonais (KLÖPPEL, 2017).

Peres (2012, p. 40) afirma que o Ministério da Saúde tem interesse em difundir e viabilizar o uso do DIU, entretanto grande parte da população brasileira ainda rejeita o uso do mesmo devido a muitos mitos. Além desse misticismo, existem muitas barreiras operacionais relacionadas ao não uso do DIU, como a falta ou baixa oferta de serviço de inserção, a baixa ou a indisponibilidade de materiais necessários e a não capacitação de profissionais para esse procedimento.

Atualmente, há um manual técnico do Ministério da Saúde que preconiza a orientação de métodos contraceptivos nos atendimentos realizados na APS, dentre eles o DIU Dispositivo Intrauterino, cuja inserção pode ser realizada por médicos, num procedimento simples, de fácil realização e sem entraves burocráticos. Não obstante, na nossa experiência, há diversos relatos de profissionais de saúde da APS de que existe uma resistência na divulgação e disponibilização do método ao seu público-alvo nas UBS.

No DF, entretanto, houve uma ampla divulgação sobre o processo de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) nos últimos meses de 2019. Uma reportagem realizada em outubro daquele ano demonstra que “os interessados podem procurar qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. O contraceptivo é oferecido gratuitamente nos postos de saúde e a colocação é feita no consultório, sem exigir internação” (G1 DF, 2019b).

Pouco antes disso, em junho de 2019, houve um mutirão no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) com mais de 546 interessadas para esse procedimento, conforme também

foi noticiado (G1 DF, 2019a). Vale dizer que nem todas as mulheres conseguiram ser atendidas e que esse movimento de centralização da demanda pelo DIU, contraria o próprio modelo da APS e da territorialização.

O DIU é direito da mulher, ofertado pelo SUS e pode ser requerido e inserido no âmbito da equipe de saúde da família. No entanto, nossa percepção é de que essa oferta ainda está muito aquém do que deveria, por uma miríade de fatores. Esse trabalho visa contribuir para ampliar a compreensão do problema, buscando compreender o cenário atual da disponibilidade de DIU e as percepções de médicos e enfermeiras em relação ao tema, tendo como recorte o Distrito Federal.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Conhecer os fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por equipes de Saúde da Família, no Distrito Federal.

4.2 Específico

Caracterizar os cenários de oferta e inserção do DIU de cobre na Atenção Primária do DF, pelas equipes de Saúde da Família, detalhando o número de eSF/UBS que ofertam a inserção de DIU, a quantidade de profissionais capacitados, a relação entre a inserção do dispositivo e motivos religiosos, mitos, e outros aspectos.

5 METODOLOGIA

5.1 Cenário

Inicialmente, o estudo seria realizado somente na Região de Saúde Centro-Sul do DF, pelo fato de eu trabalhar na UBS 3, localizada no Guará II, naquela região.

Com o surgimento da pandemia de Covid-19, entretanto, fez-se necessário alguns ajustes, com a aplicação do questionário online para as UBS de todo o DF, de forma a evitar o contato presencial.

O Distrito Federal foi dividido em regiões administrativas pela Lei 4.545/64 (BRASIL, 1964), que instituiu as administrações regionais, sem autonomia financeira. Posteriormente, para atender a interesses políticos e administrativos, essas RAs foram subdivididas, chegando a 34 Regiões Administrativas, em 2019 (CODEPLAN, 2020).

A Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES DF), para sua própria administração, divide o território em 6 regiões de saúde, conforme tabela 4. Nelas estão dispostas um total de 174 UBSs, com 603 eSF, com uma cobertura populacional de 65% (DISTRITO FEDERAL, 2021).

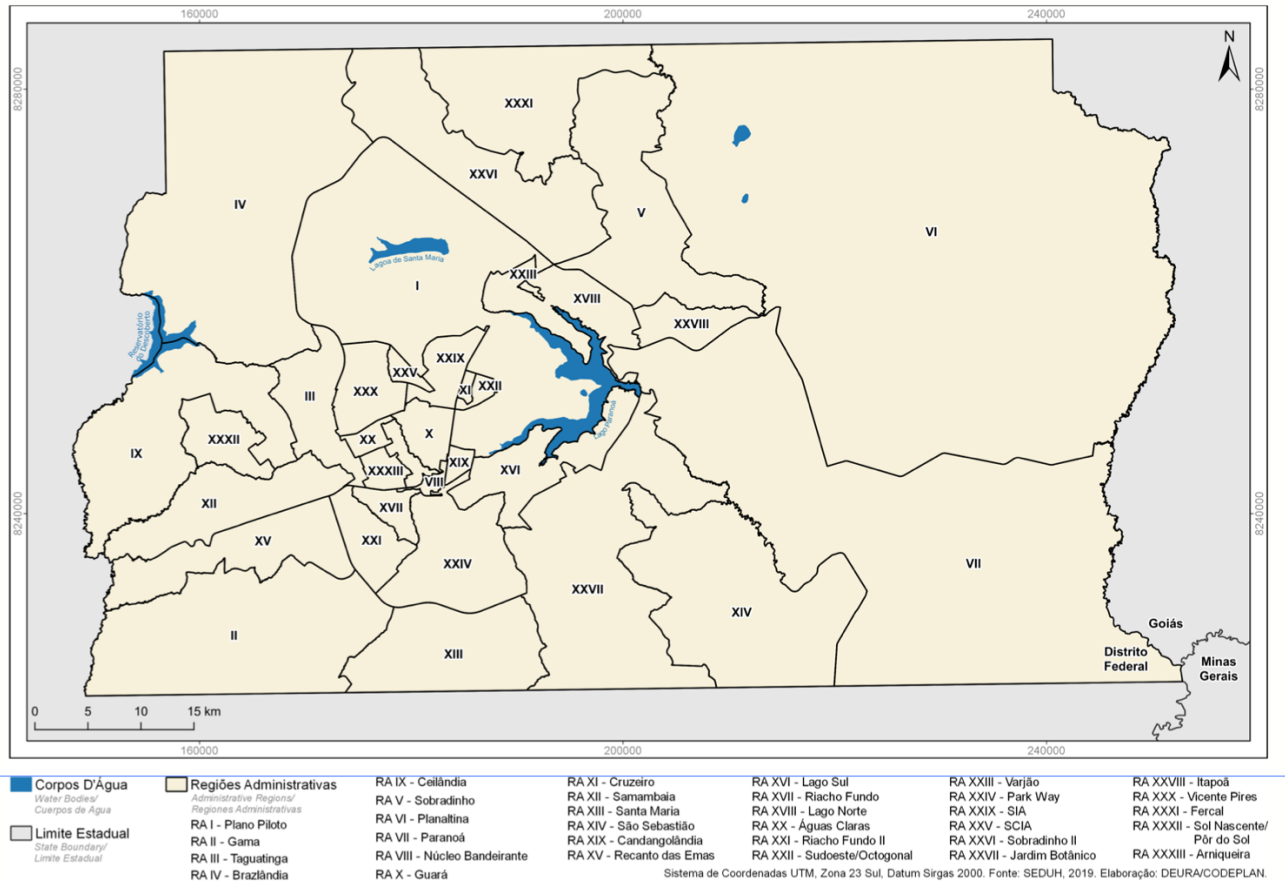
Tabela 4 – Quantidade de UBSs por Região de Saúde.

Região	Quantidade de UBSs
Central	10
Centro-Sul	19
Leste	30
Norte	36
Oeste	27
Sudoeste	32

Fonte: Distrito Federal (2021).

-
-

Figura 3 – Divisão Administrativa Distrito Federal



Fonte: Codeplan (2020)

5.2 População

O estudo foi realizado com médicos e enfermeiros de família lotados em UBSs do Distrito Federal.

5.3 Delineamento

Para o estudo acerca do acesso ao DIU de cobre nas Unidades Básicas de Saúde pelos usuários do SUS, empregamos a abordagem de pesquisa descritiva com métodos quantitativos. Entende-se por pesquisa descritiva a atividade científica que envolve o levantamento e a descrição de características de fenômenos e/ou processos assumidos como objeto de estudo (SANTOS, 2015).

A presente pesquisa consistiu na realização de um levantamento sobre relação dos médicos e enfermeiros de família da APS do DF com a oferta e inserção do DIU de cobre nas Unidades Básicas de Saúde. Os estudos de levantamento são considerados apropriados para a

descrição e análise da distribuição de variáveis e da relação entre estas em um determinado grupo populacional. A versatilidade desta abordagem metodológica é realçada por Martins e Theóphilo (2009), por possibilitar aos pesquisadores a caracterização do grupo pesquisado; a coleta de dados sobre comportamentos e o contexto de pertencimento do grupo e de seus comportamentos.

Para a coleta de dados aplicou-se um instrumento estruturado com a finalidade de caracterizar os profissionais e seus contextos de atuação em relação ao tema, bem como questões concernentes aos objetivos propostos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido teve caráter obrigatório onde os usuários expressaram a sua concordância em participar da pesquisa mediante o assinalamento da opção “Declaro ter lido o TCLE e concordo em participar da pesquisa”.

Vale registrar que a etapa qualitativa prevista no projeto de pesquisa restou prejudicada pelos impedimentos advindos com a pandemia de Covid-19 e a impossibilidade, naquele momento, da realização dos então previstos grupos focais.

Não obstante, campos de texto para opções do tipo “Outro (especifique)” revelaram informações de caráter qualitativo que enriqueceram bastante o trabalho.

5.4 *Aspectos éticos*

Quanto às considerações éticas da pesquisa, assinala-se que o trabalho de campo para a coleta de dados empíricos apenas iniciou-se após emissão de parecer de aprovação do protocolo de pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Todos os sujeitos participantes expressaram concordância em participar da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A estes sujeitos será assegurado o acesso às informações relativas ao desenvolvimento da pesquisa e aos resultados obtidos, o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo, o anonimato e o sigilo quanto às informações individualmente prestadas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão apresentados a seguir estão estruturados a partir das categorias que foram construídas de acordo com a experiência profissional da autora em conjunto com a revisão de literatura acerca das concepções e práticas relacionadas a inserção de DIU pela população-alvo de médicos e enfermeiros da ESF de Brasília-DF. Notou-se que das 174 UBS, em 107, pelo menos um profissional se manifestou, i.e., 61,49%, abrangendo todas as regiões de saúde.

A amostra foi do tipo aleatória simples, com um contingente de aproximadamente 1.200 profissionais, precisão esperada das estimativas estabelecidas na ordem de 3% e nível de significância de 95%; com base nos critérios amostrais e no universo de pesquisa, estimou-se uma amostra de 237 profissionais. Ademais responderam à pesquisa um total de 321 profissionais, entretanto ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão a amostra total apresentou 285 profissionais, o que representa uma margem de erro de 5,07%, para 95% de nível de confiança, calculados da seguinte forma:

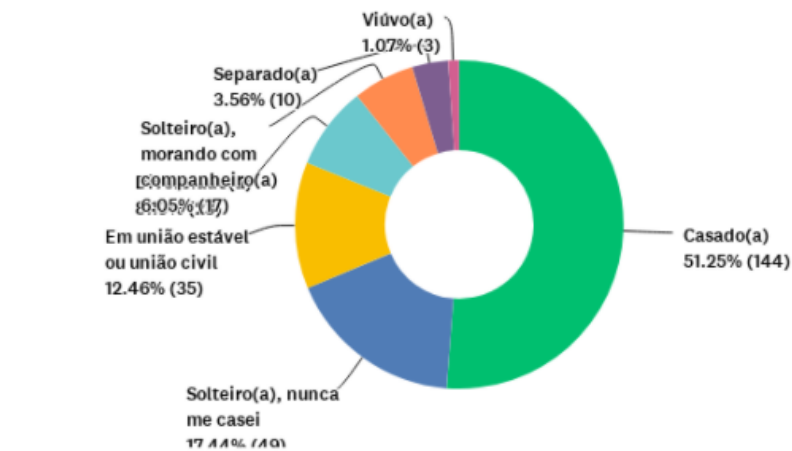
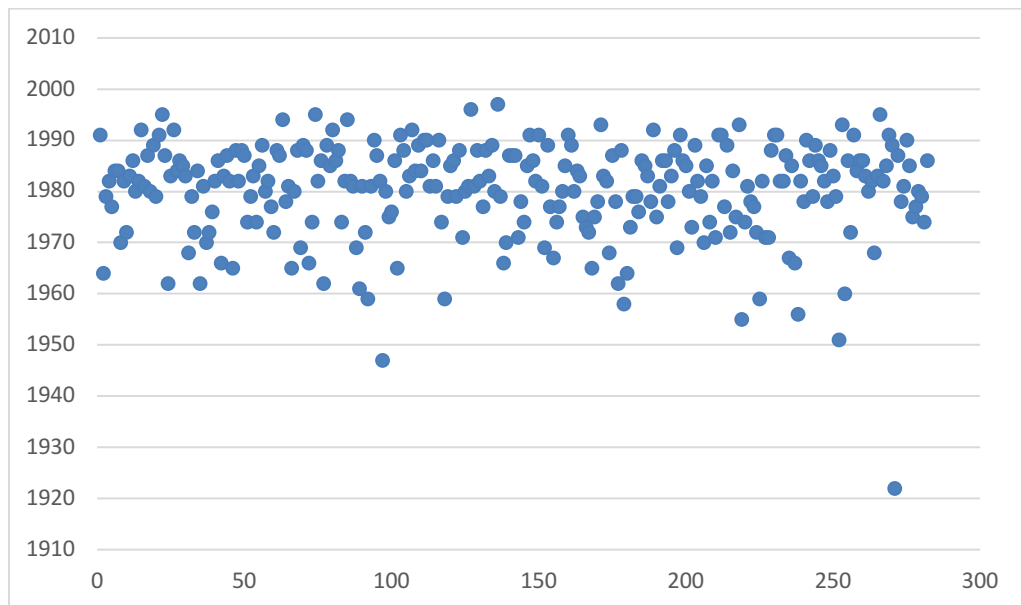
$$margem\ de\ erro = z \times \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Onde n = tamanho da amostra • σ = desvio padrão da população • z = score

Os dados aqui apresentados ilustram uma realidade específica do DF e vão ao encontro de análises apresentadas em outros estudos realizados com populações de características similares (MENEZES, 2011; ARCE; SOUSA, 2013; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2014).

6.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde

Quanto à caracterização dos trabalhadores, foi verificado que a maior parte dos respondentes eram médicos(as) de eSF (50,79%), do sexo feminino, casados(as) ou vivendo em união estável, com a faixa etária predominante de 30 e 40 anos. Observou-se que esse perfil assemelha com as características gerais de médicos brasileiros, sendo sua maioria mulheres jovens casadas de até 40 anos (SCHEFFER, 2015, p. 41–45).

Figura 4 – Distribuição pelo estado civil.**Figura 5** – Distribuição pelo ano de nascimento.

Alguns estudos demonstram um fenômeno chamado de “feminização da saúde”, fato que poderia ser justificado pelas mulheres estarem a cada dia mais ocupando cadeiras no ensino superior e no mercado de trabalho (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013; SILVA; TAVARES, 2016, p. 196–197). Em um estudo realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas, percebe-se que cerca de 70% das equipes de trabalho em saúde e serviço social são compostas por profissionais do sexo feminino, incluindo, além de médicas, enfermeiras, parteiras e trabalhadoras de saúde da comunidade (ONU, 2020, p. 4).

Tabela 5 – Distribuição por gênero.

Gênero	Quantidade	Percentual
Feminino	208	73,76%
Masculino	74	26,24%
Outro	0	0%

Nota: 39 pessoas ignoraram a pergunta.

Essa ocupação feminina na atenção básica guarda relação com princípios da divisão sexual do trabalho, evidenciados por Hirata e Kergoat (2007, p. 599–600):

[...] o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher). Esses princípios são válidos para todas as sociedades conhecidas, no tempo e no espaço. [...] isto não significa, no entanto, que a divisão sexual do trabalho seja um dado imutável. Ao contrário, ela tem inclusive uma incrível plasticidade: suas modalidades concretas variam grandemente no tempo e no espaço, como demonstraram fartamente antropólogos e historiadores(as).

Com a enfermagem não é diferente, esse setor é caracterizado por possuir maior contingente de trabalhadoras com resultante de forças sociais como evidenciam Lopes e Leal (2005, p. 112):

A relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as da enfermagem (cuidado) traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re)construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta conjunção define os conteúdos das primeiras – masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional – frente às segundas – associadas às “qualidades” femininas, empíricas etc. Assim, se constituem os espaços que são caracteristicamente aqueles dos experts, do trabalho valorizado, científico, profissional, e os de suporte (mesmo que indispensáveis) massivos, rotineiros, taylorizados, exigentes em presença constante (24 horas), intensivos e também ditos de hotelaria. Desta forma, no espaço social e, particularmente, no campo da saúde, esses agentes ocupam territórios diferentes.

Além disso, quando se pensa na outra categoria de profissionais do presente estudo, os médicos, deve-se considerar ainda a especialização, pois a demografia médica aponta que há uma preferência de pessoas do sexo feminino escolherem as especialidades relacionadas ao cuidado primário, e um predomínio masculino nas áreas de cirurgia e urgência e emergência (SCHEFFER, 2015, p. 70–71).

6.2 Perfil profissional dos participantes

Como já exposto anteriormente, a maior parte dos respondentes são os médicos(as) da eSF, correspondendo a 56,1% da amostra. Quando interrogados sobre o seu perfil profissional, 93,26% dos respondentes havia trabalhado por mais de 6 meses na APS, sendo que os outros 36 profissionais, por não fazerem parte dos critérios para participação na pesquisa, foram excluídos da análise, tendo o preenchimento do questionário encerrado nessa pergunta.

Tabela 6 – Cargo/função dos profissionais de saúde da ESF.

Cargo ou função	Quantidade	%
Médico(a) de eSF	160	56,1%
Enfermeiro(a) de eSF	125	43,9%
Outro cargo ou função*	36	--
TOTAL	285	100

*Parcela excluída por não pertencerem ao grupo do estudo

Além disso, dos profissionais que responderam à pesquisa e fazem parte da amostra, apenas 23,85% fazia parte de um Centro de Saúde no modelo tradicional e passou para uma Equipe de Saúde da Família durante o CONVERT.

Em relação à formação profissional, foi observado que cerca de 51% dos profissionais possui título ou residência em Saúde de Família e Comunidade. Chama atenção que quase metade dessa população não possui essa especialização.

Barbosa e colaboradores (2019, p. 398) apresentam em seu estudo que a maioria dos médicos que fazem parte da Equipe de Saúde da Família em um município de Minas Gerais são generalistas, ou seja, são profissionais que não possuem nenhuma especialização, atuando apenas com o diploma de medicina e o registro no Conselho Regional de Medicina:

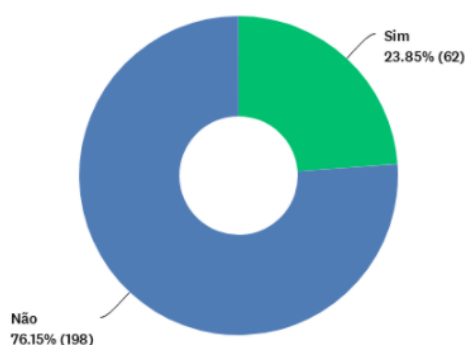
Em relação ao tempo de formação, a maioria dos profissionais apresenta um tempo relativamente baixo, de um a cinco anos. Isto pode ser explicado pelo fato de que muitos médicos recém-formados, em busca de experiência, optam por buscar uma oportunidade de trabalho no serviço público – no caso, junto à Estratégia Saúde da Família.

Os médicos que passaram pelo CONVERT realizaram prova para mudança de especialidade no âmbito da SES DF sem, necessariamente, demonstrar capacidade acadêmica e profissional de proporcionar atenção integral e continuada aos usuários, na nossa experiência.

6.3 Inserção do DIU de cobre em usuárias da equipe

O Ministério da Saúde recomenda estratégias de prevenção da gravidez e promoção de saúde podem ser realizadas pelos serviços da APS, como inserção do DIU de cobre em usuárias da equipe. Em relação a esse dado, um pouco mais de 64% dos profissionais que responderam ao questionário informou que atualmente, ou antes da epidemia de COVID-19, ocorre ou ocorria a inserção do DIU de cobre em usuárias da sua equipe, número bastante similar aos apontados em um estudo que ocorreu nas cidades de São Paulo/SP, Aracaju/SE e Cuiabá/MT (BORGES et al., 2020).

Figura 6 – Distribuição de profissionais que saíram do modelo tradicional e foram para uma eSF durante o Convert.



Em relação a qual profissional faz esse procedimento, o presente estudo apontou que 93% dos profissionais responderam ser o médico e 15% o enfermeiro, podendo ser marcado as duas alternativas, além de comentários sobre a temática, como o demonstrado abaixo:

“Antes do impedimento do Ministério da Saúde gerente de enfermagem permitia inserção do DIU por enfermeiro sem protocolo pronto e médica da unidade que foi treinada se sentia insegura e colocou poucos DIUs.”

Além disso, buscamos saber detalhadamente, quantos desses profissionais que faziam parte de eSF que inserem DIU fizeram parte do Convert. Percebemos então que uma parcela maior que a média desses profissionais que fez parte do CONVERT inseria DIU, quase 71%. Já para os que não fizeram parte do Convert, esse número diminuiu para 60,61%.

Tabela 7 – Relação entre inserção de DIU da eSF e profissionais que fizeram parte do convert. Brasília, 2021.

		Por profissionais que fizeram parte do Convert		Por profissionais que não fizeram parte do Convert		Todos os profissionais	
		n	%	n	%	N	%
Inserção de DIU pela equipe	Sim	44	70,97	120	60,61	164	64,57
	Não	16	25,81	74	37,37	90	35,43
	<i>TOTAL</i>	<i>60</i>	<i>100,00</i>	<i>194</i>	<i>100,00</i>	<i>254</i>	<i>100,00</i>

Obs.: 31 participantes não responderam as questões.

Polus e colaboradores (2015, p. 5) comprovam em seu estudo a ausência de diferenças no desempenho de enfermeiros e obstetrias em comparação com os médicos. Entretanto, em sentido oposto as evidências científicas, no ano de 2019, o Ministério da Saúde (2019) emitiu a Nota Técnica 38/2019-DAPES/SAPS/MS, que suspende a inserção do DIU de cobre pelos profissionais de enfermagem e obstetrias. Por isso, com o intuito de saber a opinião dos participantes na pesquisa em relação a essa situação, pedimos aos respondentes que avaliassem a inserção do DIU por enfermeiros, considerando a recente publicação da norma que desautoriza tal ato.

Por isso, destacamos agora alguns comentários sobre diferentes pontos de vista da inserção de DIU por essa segunda categoria.

Seria interessante que os profissionais Enfermeiros fossem capacitados para a Inserção do DIU, pois como a grande maioria dos médicos da minha UBS NÃO QUEREM seria uma forma de NÃO sobrecarregar somente um profissional

Hoje já assumimos todos os preventivos da unidade. Se o enfermeiro começar a por Diu sem dúvidas acabará sendo assumido apenas por nós e nos acarretará um trabalho a mais. Se fosse algo em parceria com o médico da equipe seria muito bom.

A inserção do DIU por enfermeiros é muito importante para conquista da espaços que somos capazes. Além de melhorar a qualidade de vida das pacientes.

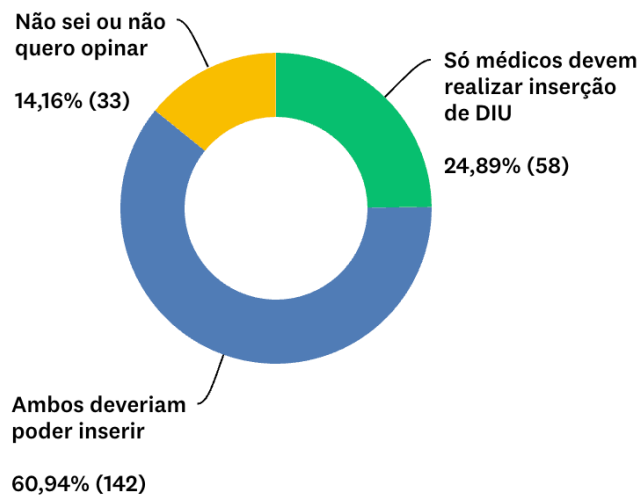
Gonzaga e colaboradores (2017, p. 6) demonstram em seu estudo no estado de Minas Gerais, ter percebido que essa tarefa era exclusiva do médico, visto o enfermeiro não foi referido como responsável por esse procedimento em nenhum município, mesmo naquele momento o enfermeiro sendo legalmente liberado para a realização do procedimento (COFEN, 2010; COREN-SP, 2016).

Percebemos que a maioria (60,94%) é favorável a inserção de DIU por enfermeiros e enfermeiras. Fato também compartilhado pela Associação Brasileira de Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem, a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras e

o Conselho Nacional de Saúde. Esse último, por sua vez, trouxe em seu documento ao ministério da saúde a seguinte afirmação:

Ao Ministério da Saúde: Que revogue a Nota Técnica nº 38/2019-DAPES/SAS/MS para que enfermeiras, enfermeiros e obstetrias, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, possam realizar o procedimento de inserção do DIU, quando devidamente capacitados e treinados para tanto.

Figura 7 – Inserção do DIU por enfermeiros.



Vale salientar que essa prática é internacionalmente feita por enfermeiros obstetras e obstetrias em países como Inglaterra, Argentina, Chile e Escandinávia (COREN-SP, 2020).

Um ponto importante no decorrer desse estudo, foi o enfrentamento da pandemia da Covid-19, a qual obrigou uma reorganização dos serviços de APS. A pandemia evidenciou inúmeras vulnerabilidades relacionadas à atuação das equipes, mesmo a ESF possuindo características de totalidade territorial e atuação comunitária, sendo considerado um modelo adequado e capaz de amparar e apoiar as populações em situação de isolamento social. Entretanto, apesar das fragilidades, mais do que nunca, foi preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais responsáveis pelo cuidado à saúde.

Infelizmente, poucas eSF mantiveram a oferta regular de suas ações, e mesmo assim passaram por uma readequação. Cerca de 66% dos respondentes registrou que a inserção do DIU foi suspensa em decorrência da pandemia, sendo que 21% da totalidade de participantes da amostra ainda continuava suspensa no momento da resposta, fato comentado por um participante da pesquisa no depoimento abaixo:

Somos duas equipes e ambos os médicos inserimos DIU, para minha segurança e conforto da paciente compro histerômetro flexível. Atualmente estamos sem inserir

pela pandemia e pq nosso espaço não é o mais confortável para as pacientes. Durante pré-natal nas últimas consultas explico sobre a inserção pós-parto realizada no hospital e preencho o termo quando a paciente aceita essa opção também!

Além dos fatores limitantes relacionados a pandemia da Covid-19, outras barreiras, anteriores inclusive, são responsáveis pela não efetividade do acesso ao DIU pelas usuárias, como o não treinamento adequado dos profissionais, o excesso dos critérios desnecessários para disponibilizá-lo, ou a falta de disponibilização do método em si ou falta de materiais (GONZAGA et al., 2017), conforme ilustrado nos seguintes comentários:

Já solicitei algumas vezes treinamento, mas nunca consegui pela Ses. Temos uma dificuldade grande por resistência dos outros médicos, que são contra a colocação de DIU na APS.

O DIU é uma tecnologia leve, de fácil acesso e inserção, com pouquíssimas contraindicações e subutilizado, na minha experiência, por falta de experiência e prática pelos profissionais e por crenças enganosas pelas pacientes. Infelizmente, muitas ainda não usam e continuam usando métodos que, para elas, são mais arriscados e potencialmente danosos.

A demanda é gigante por DIU. Há muitas barreiras de acesso. Médicos e enfermeiros da APS deveriam entender a importância desse método e sua custo-efetividade. Muitos não querem nem aprender por medo, preconceito ou preguiça mesmo (Ainda q muitas equipes estejam desfalcadas e há uma progressiva precarização geral do trabalho em Saúde no Brasil. A SES DF deve continuar ampliando e qualificando a APS. E ir contra a precarização nacional da APS.

6.4 Barreiras relacionadas a inserção de DIU

Os fatores mais apontados como impeditivo ou prejudiciais à inserção do DIU de cobre foram:

Tabela 8 – Fatores impeditivos ou prejudiciais à inserção.

Quantidade	Percentual	Gênero
135	53,78%	Falta de treinamento
94	37,45%	Sobrecarga de trabalho
77	30,68%	Indisponibilidade de material
76	30,28%	Revogação da Nota Técnica do Ministério da Saúde que autorizava a inserção do DIU por enfermeiros, em dez/2019
47	18,73%	Outro (especifique)
28	11,16%	Motivos religiosos
27	10,76%	Não houve fatores impeditivos/prejudiciais
7	2,97%	DIU não deve ser inserido na APS

6.4.1 *Falta de treinamento*

Acerca da capacitação profissional, como cursos de aperfeiçoamento, mais da metade dos participantes que responderam à questão nunca receberam treinamento para inserção de DIU – o que seria recomendável para o exercício dessa função. Percebe-se também que dos que possuíram algum tipo de capacitação a maioria realizou durante a formação acadêmica, seja esta a nível de graduação, especialização ou residência.

Nesse item, uma resposta qualitativa chamou a atenção:

[...] Recebi, não um treinamento, e sim, uma demonstração do procedimento de inserção do DIU, por uma especialista Ginecologista, no local onde trabalho.

Nela percebe-se que um dos fatores para a objeção à inserção de DIU pelo profissional, vai desde a falta de treinamento até mesmo a qualidade do treinamento quando ele é oferecido. Segundo dados do Ministério da Saúde menos da metade dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam em ESF estão capacitados para atuar diretamente com saúde da mulher (BRASIL, 2004). Como demonstrado no comentário abaixo:

A questão da inserção vai além de ter material e pacientes desejosas. As equipes não tiveram treinamento no converge, impossibilitando as equipes colocarem. Na minha equipe ocorre a inserção porque sou ginecologista e tenho prática no procedimento adquirido na residência de minha especialidade. O converge não ofereceu treinamento.

Tabela 9 – Capacitação ou aperfeiçoamento para inserção de DIU

Receberam treinamento?	Como ou quando aprendeu?	N	%
Não	Aprendi por iniciativa própria, com colegas de trabalho	26	10,4
	Nunca recebi	123	49,2
	Total	149	59,6
Sim	Durante a minha formação de graduação, especialização ou residência	56	22,4
	Treinamento oferecido pela Administração Central da SES	7	2,8
	Treinamento oferecido por matriciamento na região	38	15,2
	Total	101	40,4
TOTAL		250	100

Com a finalidade de reduzir esse dano, a política de planejamento familiar tem entre suas propostas e diretrizes a capacitação dos profissionais de saúde da AB e para isso formalizou parcerias com entidades de classe, como a Federação Brasileira de Ginecologia – FEBRASGO (BRASIL, 2005). Percebemos que apesar disso, a realidade é diferente, conforme exposto por um participante da pesquisa:

“Ideal que os clínicos médicos tivessem treinamento de inserção do DIU com no mínimo 15 pacientes. E não como ocorreu há um ano atrás com apenas 1 paciente, sendo que outros médicos nem fizeram o procedimento, apenas observaram.”

“SES deveria oferecer treinamento e capacitações periódicos”

“Seria muito interessante haver mais treinamento p inserção de Diu. No momento, estou em processo de remoção para região Central e gostaria que todo o DF tivesse treinamento nas ESFs”

A capacitação dos profissionais de saúde está diretamente ligada a qualidade da atenção, é importante considerar que o atendimento à saúde da mulher deve ir além das estruturas organizativas, sendo necessário que os trabalhadores, principalmente aqueles que estão à frente do processo de trabalho, estejam sensibilizados e capacitados para atender as necessidades da usuária (OSIS et al., 2004, 2006).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015) define como essencial a inserção e retirada do DIU pelo profissional no Currículo Baseado em Competências.

Esse fato vai de acordo com o exposto na pesquisa, 63% dos profissionais que possuem o título de MFC ou realizaram residência em Saúde de Família tiveram algum treinamento para inserção de DIU, conforme demonstrado na tabela 10.

Tabela 10 – Comparação entre o treinamento aos profissionais que têm residência ou título em Saúde de Família e Comunidade e os que não possuem.

	Fez residência em Saúde de Família e Comunidade ou retirou o título de MFC?			
	Sim		Não	
Receberam algum treinamento?	N	%	N	%
Sim	63,0	49,2	38	31,1
Não	65	50,8	84	68,9
<i>TOTAL</i>	<i>128,0</i>	<i>100,0</i>	<i>122</i>	<i>100,0</i>

Entretanto, em contrapartida, quando excluídos os profissionais que fizeram residência ou obteve o título de MFC, apenas 29,7% teve algum treinamento ofertado durante a formação – graduação, especialização ou residência. Conforme demonstrado na tabela 11:

Tabela 11 – Treinamento aos profissionais que possuem residência em Saúde de Família e Comunidade ou retirou o título em MFC.

Recebeu treinamento para inserção de DIU?	n	%
Não, mas aprendi por iniciativa própria, com colegas de trabalho	16	12,5
Nunca recebeu treinamento	49	38,3
Sim, durante a minha formação de graduação, especialização ou residência	38	29,7
Sim, oferecido pela Administração Central da SES	5	3,9
Sim, oferecido por matriciamento na região	20	15,6
<i>TOTAL</i>	<i>128</i>	<i>100</i>

Outro ponto para a objeção à inserção de DIU pelo profissional, que também está diretamente ligado a falta de conhecimento e ou capacitação, se dá devido à crença de que exclusivamente o ginecologista pode ou deve fazê-lo, e uma percepção de que há uma intenção política deliberada em explorar a mão de obra do MSFC, conforme exposto nos comentários abaixo:

A Inserção do DIU é um procedimento continua sendo um procedimento específico do Ginecologista. Contudo, há uma movimentação política, com intenção de “abaixar custos com a mão-de-obra”, na tentativa de transferir tal procedimento, exclusivo de uma Especialidade, pra os Médicos de Família. Reitero, que, assumindo responsabilidade de Inserção do DIU, outro profissional, que abono Ginecologista, assume também Responsabilidades Penais Cíveis e Administrativas; por exemplo: perfuração uterina, muito comum no procedimento de Inserção do DIU, e outras. A SESDF tem um quadro específico de Ginecologistas pra tal finalidade.

Muitos profissionais da APS, tanto médicos como enfermeiros não tem interesse de inserir DIU, por entenderem que esse deve ser um procedimento realizado por especialista, ginecologista, devido as intercorrências que podem ocorrer.

A Inserção do DIU deve ser de competência do Ginecologista.

Infelizmente ainda há a predominância do modelo de formação hospitalocêntrico, o que limita o entendimento sobre o trabalho na atenção primária e a busca pela medicina da família e comunidade, inclusive no que diz respeito às suas próprias atribuições.

6.4.2 *Sobrecarga de trabalho*

No ano de 1994 houve a criação do Programa Saúde da Família, o qual, após reformulações, passou a ser ESF, sendo responsável pelo movimento de ampliação e consolidação da atenção básica no Brasil. Ele alcançou uma grande cobertura em toda a população e tem enorme destaque em relação ao modelo tradicional de atenção básica, mostrando assim, um grande avanço no setor primário. Tem sido a face mais notável de um SUS orientado por princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Esse resultado foi estimulado, de maneira geral, por seu desempenho essencial da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento que foi promulgado em 2006 e revisto em 2011 e 2017 e que reúne as diretrizes orientadoras das ações dos governos federal, estaduais e municipais nesta área. É inegável que após a criação da PNAB foram percebidos importantes avanços no acesso, acolhimento e resolutividade dos atendimentos, priorizando o usuário do SUS.

Respeitando critérios de equidade, segundo a PNAB, cada eSF deve ser responsável em média por 3 mil usuários, sendo no máximo 4 mil. Contudo, nem sempre isso é respeitado, ocasionando àquela eSF um excesso de demanda e das inúmeras atividades burocráticas que a circundam (DEJOURS, 2009; BATTAUS et al., 2011; SORATTO et al., 2017).

Soratto e colaboradores (2017, p. 8–9) afirmam que:

A ESF está concebida como um dos locais mais importantes para a garantia do acesso universal em saúde. A equipe procura gerenciar esse acesso, marcando horários e definindo agendas de trabalho, contudo, a existência de áreas geográficas da ESF mal definidas, a sazonalidade e a cultura curativista também presente na população fazem com que a demanda aumente. [...] na ESF grande parte da jornada está relacionada a afazeres do tipo administrativo, como a consolidação estatística da produção e preenchimento de relatórios, entre outros.

A sobrecarga de trabalho também é relatada pelos participantes da pesquisa, conforme comentários a seguir:

Servidores não querem colocar DIU para não aumentar sua carga de trabalho, mas se justificam pelos supostos “riscos inerentes aos procedimentos”.

As atividades na APS são inúmeras, penso que a sobrecarga de atividades dificulta o treinamento e o interesse dos profissionais na inserção do DIU.

Outro aspecto gerador de insatisfação, diz respeito a carga horária de trabalho em si, como evidenciam Soratto e colaboradores (2017, p. 6):

A jornada de 40 horas semanais, considerada como excessiva, foi ressaltada como elemento insatisfatório para os profissionais que atuam na ESF, colaborando para um aumento da sobrecarga de trabalho. Cabe ressaltar que para alguns a jornada é ainda maior devido ao duplo e até triplo vínculo. Ou seja, o tempo dedicado ao trabalho ocupa grande espaço na vida destes profissionais. A conciliação entre o tempo dedicado ao trabalho e à vida pessoal e ou familiar está intrinsecamente relacionada à possibilidade de um trabalho satisfatório e afeta a qualidade de vida do profissional e das pessoas que os circundam.

Ademais, a última reformulação da PNAB, apesar das significativas melhorias, também trouxe consigo algumas críticas. Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 16–20) afirmam que embora essa política defina a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, a atualização de 2017 elimina o mecanismo de indução financeira que incentiva a efetivação das equipes de ESF pelos municípios e chama a atenção à diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil reduzindo de quatro para um o número mínimo de ACS por eSF, o que possivelmente ocasiona, dentre outras consequências, uma demanda maior de trabalho para os profissionais que fazem parte das equipes.

6.4.3 Disponibilidade de material

Outros aspectos geradores de insatisfação, dizem respeito as condições de trabalho, falta de equipamentos e material, déficits na manutenção e principalmente, em relação a inserção de DIU, os instrumentos de trabalho encontrados nas UBS onde atuam as eSFs, conforme relatado pelo participante:

Falta material e DIU. Necessitamos de apoio de todos os níveis hierárquicos da SES DF.

Buscamos entender se há disponibilidade do material utilizado durante a inserção do DIU (tabela 12) por isso, perguntamos a toda amostra se há dispositivos suficientes para a demanda da equipe em que trabalha, e cerca de 85% dos profissionais informaram que sim. Porém 34% dessa população apontou insuficiência de bandejas com instrumentais.

Tabela 12 – Disponibilidade de DIU, bandeja e instrumento pelas eSF e UBS

Pergunta	Res- posta	Na eSF		Na UBS	
		N	%	N	%
Acreditam que a quantidade de DIUs seja suficiente para a demanda	Sim	242	84,9	193	67,7
	Não	23	8	72	25,2
	Não sabiam	20	7,1	20	7,1

Acreditam que há uma de falta de bandeja com instrumentais para todas as equipes	Sim	97	34,1	148	51,9
	Não	146	51,2	95	33,3
	Não sabiam	42	14,7	42	14,7
TOTAL		285	100	285	100

Quando as mesmas perguntas são relacionadas a UBS como um todo, esse número cai para 68% dos profissionais que afirmam acreditar que a quantidade de dispositivos intrauterinos é suficiente para demanda, e aumenta para 51,9% dos profissionais que acreditam que há uma de falta de bandeja com instrumentais para todas as equipes.

Percebemos então que os profissionais acreditam que há a quantidade suficiente de DIUs para a demanda e o maior problema está no instrumental. Quando consideramos o necessário para a cobertura de toda UBS, no entanto, não há o suficiente para a demanda, fato que repercute diretamente na efetividade da assistência prestada.

6.4.4 Aspectos religiosos

Especificamente no que concerne ao conhecimento sobre o DIU, sabe-se que é cercado de concepções estigmatizadas entre as mulheres e os próprios profissionais de saúde, que vão desde acreditarem que o dispositivo seja abortivo a poder causar infertilidade (CARVALHO; SCHOR, 2005; SILVA-FILHO et al., 2016). Tais percepções e receios são comuns em diversos contextos, especialmente no que diz respeito ao aspecto religioso, conforme o comentário abaixo:

Observo um grande desconhecimento por parte dos profissionais da unidade, tanto médicos como enfermeiros, que acabam criando barreiras de acesso mesmo a outro serviço, desde motivos religiosos até não querem aumento de carga de trabalho.

Sobre a influência da moralidade religiosa nas questões de direitos reprodutivos, Santos e colaboradores (2013), assinalam, relativamente ao aborto:

[...] a moralidade que advoga a manutenção de sua proibição justifica-se pelo princípio da sacralidade da vida, segundo a qual o início da existência ocorreria a partir da concepção e, portanto, quem aborta estaria tirando uma vida. Reflexo da moralidade religiosa ainda vigente, esta perspectiva é imposta à sociedade por intermédio de uma legislação que criminaliza o aborto, impedindo sua realização com segurança.

Outrossim, os que pensam que o dispositivo seja abortivo, e que comungam de tal moralidade religiosa, estariam, em tese, inclinados a não oferecer ou inserir (se profissional) ou considerar o método (se paciente).

A lei 9.263/96 (BRASIL, 1996) é bem clara a respeito da liberdade de opção:

Art. 9º 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.

Portanto, a vontade do médico nunca deve se sobrepor a vontade do paciente (BARROS JÚNIOR, 2019).

6.4.5 *Gestão e organização do serviço*

A insatisfação e até mesmo a não colaboração dos profissionais que atuam na ESF possui correlação com a gestão em saúde na APS e seu planejamento. Neste estudo, alguns fatores relacionados a esse fato também foram expostos pelos profissionais participantes da pesquisa, por isso destacamos, os seguintes relatos:

Desinformação da rede secundária a respeito da prática de inserção de DIU na APS, que gerou danos à moral de uma das profissionais atuantes na unidade, cuja paciente submetida à inserção dispositivo por tal profissional apresentou complicação esperada e necessitou ser referenciada ao Hospital Regional. Já na rede secundária o Ginecologista denegriu a imagem da médica e dos demais profissionais da APS e a paciente levou o caso às instâncias judiciais contra a médica da UBS. Portanto, a partir de tal episódio estamos aguardando posicionamento da DIRAPS para proceder com capacitação oficial certificada e criação de fluxo de referência em casos de complicação.

Gestão ruim e falta de comprometimento de outros profissionais, que não conversam nem estimulam as mulheres, ainda é muito médico-centrada. E alguns profissionais são contra o DIU por motivos pessoais e desestimulam as pacientes. A dificuldade de inserção na maternidade, imediatamente após o parto também é prejudicial.

Precisa ser construído um fluxo de retaguarda na ginecologia para o respaldo em casos de possíveis complicações do procedimento. Não existe um fluxo estabelecido, nem um acolhimento adequado à usuária nesses casos específicos.

Deveria ser disponibilizado de rotina, por demanda espontânea, sem agendamento prévio, realizado no mesmo dia após teste rápido de gravidez negativo.

O Planejamento reprodutivo deve ser de fácil acesso e seguro para todas as pessoas, incluindo também os homens. A lei que regulamenta a esterilização cirúrgica deve ser revisada o quanto antes, a fim de garantir o direito reprodutivo de todos os brasileiros.

O ambulatório da secundária diz que coloca, mas coloca vários obstáculos, que a meu ver apenas deseja ‘desestimular a inserção’

Na nossa unidade algumas equipes colocavam DIU, então quando precisávamos passávamos para outra equipe. Tivemos uma paciente q foi inserir DIU e o mesmo foi pra cavidade abdominal, uma complicação possível, foi encaminhada para ginecologia do HRS, onde disseram a ela que a APS ‘só faz m.’ e que eles não eram obrigados a resolver ‘as m. que fazíamos’. A paciente diante desse relato processou a secretaria de saúde e a médica residente q colocou o DIU. Desde então, temos apenas uma equipe q está colocando o DIU, entende-se que se não temos o suporte para possíveis complicações, não tem por que colocar o DIU na APS. Redigimos um documento sobre o assunto é até hoje estamos aguardando resposta.

Se os fluxos de referência e contra-referência forem bem estabelecidos e os profissionais obtiverem capacitação formal, o DIU representa uma ótima estratégia ao planejamento reprodutivo. É necessário refletir que muitos médicos da APS não se

sentem aptos a realizarem esse tipo de procedimento e é necessário que exista na rede a opção da inserção do DIU em outros níveis da atenção à saúde. Enquanto aguardo posicionamento da DIRAPS, encaminhei 3 pacientes ao nível secundário, já que elas necessitavam do procedimento com maior urgência, e as três foram atendidas, porém não obtiveram êxito porque o médico Especialista se recusou a fazê-lo. Por não representar um procedimento sem riscos, pondero a necessidade de certificação de capacitação para a inserção do dispositivo, para que haja respaldo legal e oficial em casos de complicações.

Tenho receio quanto as complicações que podem ocorrer, já teve médico que perfurou o útero, se isso acontecer com um enfermeiro com certeza a repercussão negativa vai ser pior

que o acesso deveria ser mais desburocratizado. Ainda há profissionais que só inserem com tantas ressalvas que o acesso se torna extremamente difícil.

Nota-se uma dificuldade de organização de gestão dos modelos de assistência e esferas de acesso à saúde esquecendo de priorizar as ações de promoção e prevenção na atenção básica, limitando assim, a hierarquização da assistência.

Lorezetti e colaboradores (2014, p. 422) verificaram, em sua pesquisa sobre o gestão em saúde, que:

Há um consenso entre os gestores participantes da pesquisa de que a gestão na saúde está entre os seus principais problemas, e sua transformação um desafio prioritário. Destacaram como principais fragilidades: o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores.

Além disso, outra situação relacionada a problemas de má gestão tem relação direta com a falta de planejamento estratégico. As equipes gestoras não costumam executar, talvez a etapa mais essencial do planejamento, que é a avaliação daquilo que foi planejado. As tarefas, apesar de terem sido organizadas, estruturadas e até executadas, não avaliadas. Se não há uma avaliação de tudo o que foi programado, não há como controlar se a próxima execução daquilo terá efetividade.

6.4.6 *Demais fatores impeditivos*

Conforme demonstrado no quadro 3, os fatores impeditivos ou prejudiciais à inserção não se limitaram apenas as opções assinaladas no questionário, sendo preenchido o item “Outros” por 18,73% dos participantes da pesquisa, os quais apontaram os seguintes itens em uma questão discursiva:

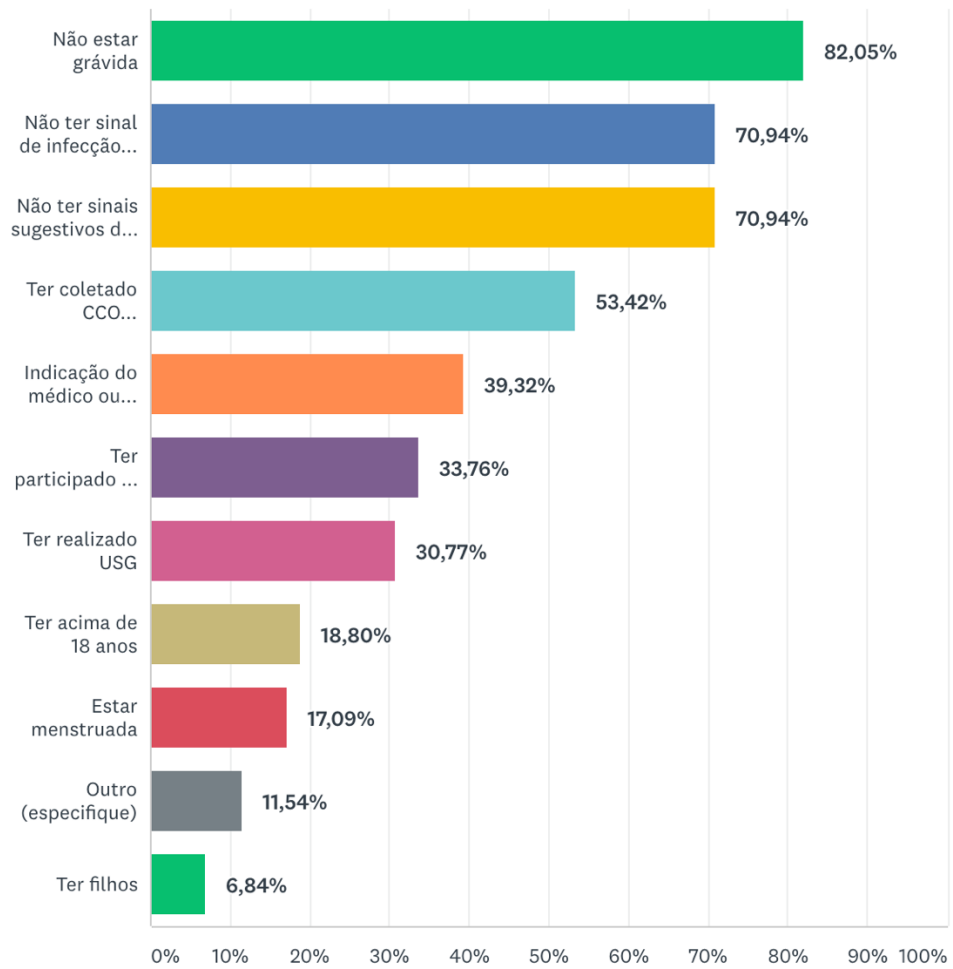
- Medo de consequências de um eventual erro;
- Insegurança de alguns MSFC, mesmo com treinamento;
- Material inadequado;
- Falta de profissionais;
- Falta de apoio da Atenção Secundária em caso de complicação;
- Falta de exame de imagem disponibilizado pela SES;
- Falta de interesse dos profissionais;
- Falta de USG Transvaginal;
- Falta de sala com maca adequada;
- Centralização das bandejas no hospital regional porque não estava sendo feito na APS;
- Encaminhamento para grupo de planejamento familiar;
- Exigência de Papanicolau atualizado;
- Exigência de exame prévio de ecografia transvaginal;
- Poucos profissionais habilitados para manejar a autoclave;
- Entendimento de que o DIU deve ser inserido por Ginecologista, atribuição exclusiva de sua formação;
- Pandemia de covid19;
- Falta de consultório ginecológico com banheiro;
- Desejo de não realizar o procedimento;
- Falta de fluxo/contrarreferência/retaguarda;
- Autoclave não funciona;
- Não gosta de realizar o procedimento;
- Profissionais do Mais Médicos que não tem formação nem interesse, pois vão sair e não querem aprender;
- Que a inserção não faz parte do carteirômetro.

Percebemos que os itens expostos acabam se repetindo aos explanados anteriormente e estão diretamente relacionados aos entraves técnicos, condicionantes para inserção – item abordado futuramente - ou até mesmo desconhecimento sobre o papel de atuação do profissional da eSF.

6.5 *Condicionantes para inserção do DIU*

Para testar a nossa hipótese de que são impostas diversas condicionantes às usuárias para inserção do DIU, perguntamos aos participantes da pesquisa qual(is) critério(s) utilizado(s) para que a usuária tenha acesso ao DIU de cobre em suas equipes, tendo como resultado:

Figura 8 – Critérios utilizados para acesso ao DIU de cobre.



Verificamos, portanto, a imposição de múltiplas condicionantes, muitas vezes de forma simultânea, para acesso das usuárias ao DIU de cobre. Acreditamos que isso ocorra pelo fato de a literatura ainda evidenciar que entre os tipos de exames fundamentais para inserção do DIU estão o exame preventivo para câncer do colo do útero, teste de gravidez, seguidos pelo exame de sangue e ultrassonografia transvaginal.

Tabela 13 – Critérios utilizados para acesso ao DIU de cobre.

Quantidade	Percentual	Gênero
192	82,05%	Não estar grávida
166	70,94%	Não ter sinal de infecção
166	70,94%	Não ter sinais sugestivos de câncer ao exame do colo do útero
125	53,42%	Ter coletado CCO recentemente
92	39,32%	Indicação do médico ou enfermeiro
79	33,76%	Ter participado do grupo de planejamento reprodutivo
72	30,77%	Ter realizado USG
44	18,80%	Ter acima de 18 anos
40	17,09%	Estar menstruada
27	11,54%	Outro (especifique)
16	6,84%	Ter filhos

Na presente pesquisa percebemos também que no campo “Outro”, 11,54% dos participantes ainda preencheram os seguintes critérios:

- Desejo da paciente²;
- Não tem acesso;
- Contraindicação a outros métodos;
- Atualização do CCO no momento da inserção caso necessário, isso se fosse realizado [SIC] a inserção na equipe;
- [Que a paciente] esteja ciente dos riscos e efeitos colaterais, não possua sangramento uterino anormal ou outras condições que possam ser complicadas pelo método;
- Critérios da atenção secundária para onde ela é referenciada: teste de gravidez negativo, estar menstruada, US TV, PCCU recente;
- CCO em dia, conforme as diretrizes de rastreamento do MS;
- Haver iniciado relações sexuais;
- Não ter sinais de cervicite nem doença inflamatória pélvica ativa. Em relação à malformação uterina, caso a mulher não tenha USG prévia, é solicitada após a inserção. A histerometria deve estar entre 6cm e 10cm para o DIU de cobre tradicional da SES.

² De fato, faltou listar esse critério como opção de resposta. Entendemos, todavia, como uma premissa ao acesso a qualquer método contraceptivo.

A OMS (2007, p. 135) afirma por meio do Manual Global sobre Planejamento Familiar para Profissionais e Serviços de Saúde, entretanto, que seja necessário apenas o uso dos Critérios Médicos de Elegibilidade, como a percepção de problemas clínicos que inviabilizam o uso do DIU e mesmo assim, deverá ser analisada a individualidade de cada usuária, pois a depender da situação, o DIU poderá ser inserido. Além disso, esse manual não evidencia a existência de orientação específica sobre a realização de exames prévios como exames de sangue e preventivos para câncer de colo do útero.

O Ministério da Saúde (2018) preconiza os únicos critérios que devem ser exigidos:

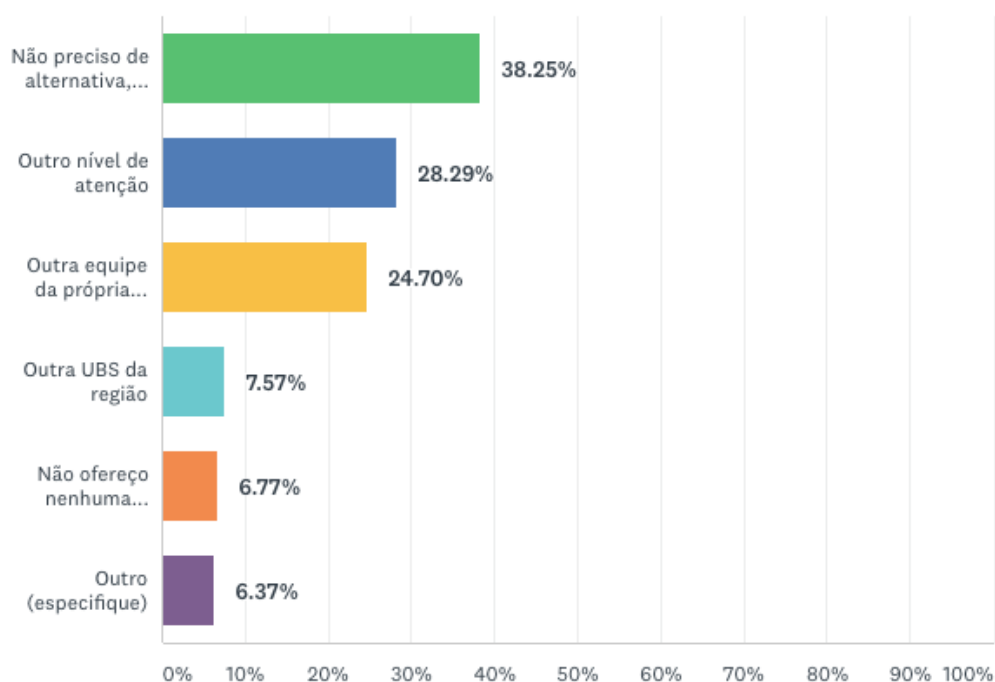
- Desejo da mulher,
- Não estar grávida,
- Não ter sinal de infecção local,
- Não ter sinais sugestivos de câncer ao exame do colo do útero

Gonzaga e colaboradores (2017) ilustram em seu estudo a vinculação do acesso ao DIU à consulta com especialista e à realização de exames, o que muitas em geral é desnecessário, mas ocorre devido ao fato dos médicos atuantes na ESF (muitas vezes generalistas) não realizarem tal procedimento, tendo que encaminhar aos serviços da ginecologia dos outros níveis de atenção à saúde.

A literatura mostra uma burocratização limitante ao acesso do DIU, desnecessária e que amplia as dificuldades e os contratempos organizacionais, que vão desde dificuldade de agendamento para atendimento à demora nos resultados de exames (HEILBORN et al., 2009, p. s276). Infelizmente, esses fatores se tornam obstáculos e podem fazer com que a usuária do serviço de saúde encare uma gravidez sem planejamento ou opte por outro método contraceptivo, que as vezes são até contraindicados.

6.6 *Alternativas à inserção de DIU na equipe*

A Constituição Federal (BRASIL,1988) determina que a saúde é um direito de todos e atrelada a essa saúde está o direito ao planejamento reprodutivo. Para que este seja garantido, faz-se necessário conhecimento técnico, científico e cultural por parte dos profissionais de saúde, visto que são imprescindíveis habilidades técnicas, de orientação, informação e comunicação. Nesse contexto, consideradas também as dinâmicas das relações sociais e seus vínculos, os profissionais de saúde acabam buscando maneiras de atender as demandas dos usuários. Nesse viés, perguntamos quais alternativas são oferecidas para a inserção do DIU, obtendo os seguintes resultados:

Figura 9 – Alternativas oferecidas para inserção do DIU

Tais buscas de resolutividade para os dilemas relacionados a esse fato são verificados na análise do processo de implementação de uma espécie de “regulação paralela”, fato que se fortalece pelo próprio profissional ao saber que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado conforme consagra o art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Essa situação, muitas vezes considerada conflituosa, funciona como um processo alternativo para fazer funcionar o serviço e os fluxos entre os serviços.

Tabela 14 – Alternativas oferecidas para inserção do DIU.

Quantidade	Percentual	Gênero
96	38,25%	Não preciso de alternativa, pois minha equipe insere.
71	28,29%	Outro nível de atenção
62	24,70%	Outra equipe da própria unidade
19	7,57%	Outra UBS da região
17	6,77%	Não ofereço nenhuma alternativa
16	6,37%	Outro (especifique)

Nesta questão, percebemos que cerca de 38% dos respondentes relatou que a sua equipe insere DIU, e 28% encaminha para outro nível de atenção. Ainda neste quesito obtivemos ainda os seguintes achados:

Era realizado esse procedimento pelo preceptor de medicina.

Na UBS 02 GUARÁ SOMENTE UMA MÉDICA COLOCA O DIU. OS DEMAIS PROFISSIONAIS MEDICOS NAO QUEREM E OS ENFERMEIROS NÃO SAO CAPACITADA.

Solicito que a paciente aguarde o posicionamento da DIRAPS e a liberação para a retomada da inserção na unidade.

Dra Fabiana UBS Guará.

Colocação no pós parto.

6.7 *Persona – uma representação humanizada: o uso do role-play como estratégia problematizadora para as linhas de Cuidado Integral em Saúde*

A experiência e as reflexões que foram provocadas pela realização da presente pesquisa fizeram com que aumentássemos o desejo de atrelar a dissertação à elaboração de um produto educacional, fato impulsionado por se tratar do fruto de um mestrado profissional. Por acreditar que os profissionais de saúde após uma reflexão possam fortalecer o seu desenvolvimento pessoal e principalmente profissional, desejamos que por meio da vivência reflexiva sugerida a seguir, esse público passe a ter consciência de sua experiência e das possibilidades e dificuldades de sua prática.

Para alcançar isso, encontramos o role-play como resposta ao que buscávamos, visto que ela é uma estratégia pedagógica para as Linhas de Cuidado Integral em Saúde e tem como fio condutor a problematização. Segundo Rabelo e Garcia (2015) o role-play é uma técnica de metodologia ativa, na qual os participantes são convidados a atuar, de acordo com o esperado em sua situação real, em determinado contexto, interpretando papel específico.

A persona, por sua vez, oriunda do campo design de software (COOPER, 2004), é uma ferramenta de descrição ficcional, porém realista, das características de um segmento chave das pessoas envolvidas em determinada pesquisa, que permite uma visão mais humanizada das informações, de uma forma menos abstrata e generalizada, em um formato de *story telling*³, que traz empatia aos colaboradores envolvidos no desenho da solução para determinado problema (originalmente representado como o usuário do software).

³ Contação de história.

Ora, se há um campo da medicina cujo foco é o usuário, que busca compreender seu contexto familiar e social, suas características e circunstâncias, este campo é o da Medicina de Família e Comunidade. E se estamos falando de um processo centrado em pessoas, para pessoas, com todas as suas peculiaridades, medos, vontades, desejos e necessidades, e, buscando trazer uma visão humanizada, sensibilizante e mais palatável do problema do que números e gráficos, criamos a presente *persona*⁴, que reúne informações e observações obtidas na pesquisa.

6.7.1 *A persona*

Figura 6 – Persona



Rafaela Oliveira da Silva
Médica de Família e Comunidade
Casada, 38 anos, 2 filhos
Titulada MFC pela SBMFC

“Inserir DIU é função de ginecologista!”

Fonte: <https://thispersondoesnotexist.com/>

Contexto

Rafaela é médica de família em uma UBS do Distrito Federal. Especialista, precisou aderir ao processo de conversão para a ESF para não reduzir a sua remuneração, mesmo contra a sua vontade. Já mais adaptada, ainda se sente insegura para realizar alguns procedimentos como a inserção do DIU e acredita que certos procedimentos deveriam ser exclusivos da atenção secundária, para onde encaminha as usuárias da sua equipe que demonstram interesse. Orienta, entretanto, as usuárias a irem apenas após a participarem do grupo de planejamento familiar que tem encontros mensais na UBS. Para complementar a renda, dá plantões em hospitais da rede particular em sua especialidade de origem e acaba sem tempo para a família.

⁴ Reforçamos que se trata de uma pessoa fictícia, mas que reúne e expõe observações e a informações reais e/ou verossimilhantes da população objeto deste estudo.

Seus objetivos

- Melhorar a saúde das pessoas da área onde atua;
- Tratar seus pacientes com dignidade e humanidade;
- Executar suas tarefas com segurança, sem se expor, nem expor os usuários a riscos desnecessários;
- Passar mais tempo com a família;

Suas dores

- Muitos usuários para atender na sua região;
- Equipe sem ACS;
- Precisa ajudar outras eSF da UBS;
- Dificuldade em fazer a territorialização;
- Impactos causados pela pandemia de Covid-19;
- Pacientes querendo tomar cloroquina e ivermectina sem indicação;
- Falta de material na UBS;
- Falta de sala adequada para alguns procedimentos;
- Medo de ser responsabilizada por alguma intercorrência ou erro;
- Insegurança, pois não teve treinamento adequado para alguns procedimentos;
- Acredita que o DIU é abortivo e por isso contrário aos seus princípios religiosos;
- Se sente desamparada pela SES e pela atenção secundária;

Utilizando-se desta e de outras personas (que podem ser desenhadas pelas pessoas envolvidas com a temática da presente dissertação, usando esta como modelo), desde que tenham como base os dados desta pesquisa e/ou de outras afins, os profissionais de saúde e gestores podem representá-las em papéis dentro do *role-play*, tangibilizando, de forma mais humanizada, os problemas e situações demonstrados nessas pesquisas.

“Nesse caminho, o *role-play* promove o aprendizado na prática e sobre a prática ao atuar suscitando experiências e sentimentos prévios articulados para a dramatização e ao refletir retrospectivamente na forma como a dramatização se concluiu” (PAULINO et al., 2020, p. 666). Acreditamos que ao ser aplicada essa metodologia, os profissionais de saúde passarão por uma reflexão no ponto de vista mais amplo sobre a temática e poderão fornecer feedback pelo papel do observador.

A proposta pretende desenvolver as habilidades de resolução de problemas e capacidade de decisão ao apresentar uma situação que pode ser real, considerando que, conforme Paulino e colaboradores (2020, p. 669):

A articulação entre o aprendizado das políticas públicas e as habilidades de comunicação mediada pelo *role-play* parece ter potencial para a formação médica e para um cuidado integral em saúde, na medida em que transpõe os estudantes para

situações possíveis do cotidiano do profissional médico que demandam uma abordagem centrada na pessoa com empatia e sensibilidade.

Logo, ao oferecer a persona como ferramenta estratégica para uso na metodologia role-play, o presente trabalho busca subsidiar medidas de educação na saúde, o que consequentemente geraria debates e ocasionaria uma formulação de novas políticas públicas. Ainda, acreditamos que o levantamento da problemática poderá melhorar a relação usuário, profissionais de saúde e gestão, além de auxiliar o desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão sensíveis às necessidades de formação dos profissionais e de atenção à saúde de toda a população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscamos conhecer os fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por equipes de Saúde da Família, no Distrito Federal, no sentido de compreender melhor o processo de inserção e acesso ao serviço pelas usuárias a esse método contraceptivo de longa duração. A partir do exposto nas discussões e resultados, podemos concluir que os achados da presente pesquisa demonstram que existem barreiras que dificultam o acesso à inserção do dispositivo intrauterino pelas usuárias das unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Esses entraves dizem respeito aos excessos de critérios estabelecidos pelos serviços de saúde, limitação da atuação do enfermeiro, ausência de capacitação adequada e um protocolo pré-estabelecido para inserção desse dispositivo na atenção básica, preferência de não inserção e escolha de outros métodos contraceptivos vindo dos profissionais de saúde devido à sobrecarga de trabalho ou medo de falhas e à gestão e organização do serviço.

O direito da mulher ao planejamento reprodutivo e ao domínio do próprio corpo, bem como as vantagens do DIU de cobre enquanto método contraceptivo de longa duração (até 10 anos), não hormonal, altamente efetivo, de baixo custo e disponível na rede pública, de forte adesão ao tratamento (considerando a não necessidade de lembrar diariamente de usá-lo), sem efeitos sistêmicos, sem interferência na lactação, sem aumento de risco de contração de IST, baixa taxa de efeitos adversos, com alta eficácia também na contracepção de emergência restam apontados no referencial teórico do presente estudo.

A forma orgânica como se deu a formulação das hipóteses, com uma interação espontânea dentro da dinâmica social e os objetivos do estudo, advindos da observação durante a prática profissional da pesquisadora, em sua jornada enquanto Médica de Família e Comunidade de uma eSF em uma UBS do DF, no contexto da conversão da APS do DF ao modelo de ESF, relaciona-se de forma estreita com a natureza do presente mestrado, de modalidade profissional, seja pela origem prática, laboral, quanto à destinação do conhecimento ora produzido, que pode servir de base para discussão de medidas de saúde coletiva no que tange políticas reprodutivas, especialmente as relacionadas ao acesso e inserção do DIU de cobre.

Ressalvamos que não se faz ciência fora de um contexto histórico-social, em que se inserem tanto o objeto da pesquisa, quanto o pesquisador, as instituições e a sociedade como um todo. Desconsiderá-lo, portanto, é arriscar-se a uma incursão cientificista alheia às realidades e circunstâncias sociais, podendo resultar em uma produção míope e empobrecida, especialmente quanto ao seu impacto para a sociedade. Há que se falar novamente, portanto, do momento em que vivemos, da pandemia da Covid-19, que na data de hoje, já ultrapassa a marca

de 400 mil mortos no Brasil, o que afetou a pesquisa e o próprio Sistema Único de Saúde, incluídas aí as instâncias privadas, precarizando a própria prática dos atendimentos não relacionados à Covid-19, inclusive, o planejamento reprodutivo, na nossa observação.

As atitudes do governo federal contra as medidas de prevenção, indicação de medidas e remédios com comprovada ineficácia e com prejuízos à saúde dos pacientes (inclusive por alguns médicos, conselhos e associações de medicina), suas constantes falas negacionistas, a falta de medidas de suporte econômico, por um lado, e o descomprometimento de parte significativa da população para o uso de máscaras e o isolamento social, por outro, além de impactarem de forma direta no número de infectados e de mortos pela pandemia, puseram em uma situação delicada o próprio pensamento científico brasileiro, em nossa opinião.

À sombra de um conjunto de medidas de desestímulo à educação, à pesquisa, e à própria ciência, além do deliberado descuido com diversos aspectos sócio ambientais do país, tornou-se ainda mais hercúlea a tarefa de se fazer ciência no Brasil, seja pelas contumazes dificuldades operacionais, de recursos, infraestrutura etc., seja pela carga subjetiva que toda essa conjuntura imprime na mente dos pesquisadores, em nosso entendimento.

Somente o entusiasmo pelos possíveis resultados à saúde e aos indicadores sociais da comunidade nos permitiu dar continuidade, ainda que de forma claudicante, de forma a atingir os objetivos do presente estudo: conhecer os fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por eSF, no DF e caracterizar os cenários de oferta e inserção do DIU de cobre na APS do DF, pelas eSF, detalhando o número de eSF/UBS que ofertam a inserção de DIU e a quantidade de profissionais capacitados.

Destacamos ainda que o instrumento de coleta de dados dessa pesquisa revelou anseios, preocupações, possíveis soluções, entendimentos e dores dos participantes da pesquisa, trazendo um caráter mais qualitativo, de forma a entendermos alguns porquês. A hipótese central de que existem fatores dificultadores relacionados à oferta e à inserção do DIU de cobre no âmbito das equipes de saúde da família do DF foi validada pelos resultados. Os dados qualitativos advindos dos campos de texto abertos do questionário nos permitiram caracterizar melhor em quais circunstâncias esses fatores se dão.

Dentre outros achados, fatores como falta de treinamento, desinformação, sobrecarga de trabalho, indisponibilidade de material/sala apropriada, normativo que desautoriza a inserção do DIU por enfermeiros, falta de apoio/comunicação com a atenção secundária, medo de errar, medo de intercorrências, falta de interesse ou vontade, excesso de critérios/burocracia para inserção, impactos da pandemia, entendimento de que só o ginecologista deve inserir, etc., foram destacados pelos respondentes como prejudiciais ou impeditivos para a inserção do DIU nas

usuárias.

Vale destacar que apenas 25% dos participantes entende que somente os médicos devam realizar a inserção do DIU, percentual que não tem variação significativa quanto à função do respondente.

Estes achados trazem luz aos caminhos a serem seguidos para ampliar a oferta do DIU de cobre na atenção primária, visto que somente após expostos os problemas e suas causas se pode partir para uma proposta de solução.

Ademais, é importante evidenciar que o presente estudo apresenta limitações, como coleta de dados durante a pandemia da Covid-19, coleta de dados somente na atenção básica do Distrito Federal, não se podendo inferir para o conjunto das equipes de saúde da família do Brasil, tendo em vista as realidades específicas de cada local.

Destaca-se também que difundir e viabilizar o uso do DIU, promovendo uma escolha contraceptiva não hormonal representa o melhor custo-benefício para o planejamento reprodutivo de maneira geral, em especial no grupo de vulneráveis. Por isso, diante do presente diagnóstico dos fatores dificultadores para a oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde, avaliamos como caminho possível para o seu enfrentamento a oferta de treinamentos e atualizações de qualidade, adequados para os profissionais das eSF, no que tange o planejamento familiar e a inserção do DIU de cobre; a disponibilização de materiais como bandejas com instrumentais e do próprio dispositivo em quantidade compatível com a população atendida por cada UBS; a definição e publicação de um protocolo para a inserção do DIU de cobre, com mapeamento e integração com os demais níveis de atenção, sobretudo para o suporte à APS; a criação e publicação de campanhas para sensibilização dos profissionais quanto às vantagens e benefícios do dispositivo, a desmistificação dos critérios e aspectos relacionados ao dispositivo, à sua oferta e inserção, que considere ainda os fatores volitivos evidenciados na pesquisa; o acompanhamento do planejamento familiar e do uso do método enquanto metas estabelecidas com base no recorte populacional de cada eSF; a revogação do normativo que veta a inserção do dispositivo por enfermeiros; a contratação de mais profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- APS REDES. **Organização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. Disponível em: <<https://apsredes.org/organizacao-da-atencao-primaria-saude-no-distrito-federal/>>. Acesso em: 6 set. 2021.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. DE. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 109–123, mar. 2013.
- BAHAMONDES, L. Gravidez não planejada: uma epidemia silenciosa. **Folha de São Paulo**, 14 jan. 2020.
- BARBOSA, S. DE P. et al. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 395–403, 2019.
- BARROS JÚNIOR, E. DE A. **Código de ética médica comentado e interpretado: Resolução CFM 2217/2018**. [s.l.] Cia do Ebook, 2019.
- BATTAUS, M. R. B. et al. Repercussões da jornada de trabalho para os enfermeiros: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 6, n. 1, p. 212, 11 dez. 2011.
- BONAN, C. et al. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. suppl 1, p. s107–s118, nov. 2010.
- BORGES, A. L. V. et al. Conhecimento e interesse em usar o dispositivo intrauterino entre mulheres usuárias de unidades de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 14 fev. 2020.
- BRASIL. 4.545/64. LEI No 4.545, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1964. L4545. . 10 dez. 1964.
- BRASIL; ASSEMBLEIA CONSTITUINTE; SENADO FEDERAL. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. . 5 out. 1988.
- BRASIL; CONGRESSO NACIONAL. 9263/96. Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996. . 12 jan. 1996.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CNS recomenda que Ministério da Saúde revogue nota técnica que impede que enfermeiros(as) insiram DIU**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/995-cns-recomenda-que-ministerio-da-saude-revoguem-nota-tecnica-que-impede-que-enfermeiros-as-insiram-diu>>. Acesso em: 6 set. 2021.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre TCu 380A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Nota Técnica Nº 38/2019-DAPES/SAPS/MS. . 18 dez. 2019.

BRUM, E. **O golpe de Bolsonaro está em curso**. Disponível em: <<https://brasil.eipais.com/opiniao/2020-02-26/o-golpe-de-bolsonaro-esta-em-curso.html>>. Acesso em: 6 set. 2021.

CANUTO, F. V. DE S. **A conversão do modelo de atenção primária à saúde no Distrito Federal e o médico especialista**. Dissertação de Mestrado—Brasília: Escola Fiocruz de Governo, 2019.

CARVALHO, M. A. Brasil tem segundo dia com mais de 4 mil mortes por covid-19 em 24 horas - Saúde. **O Estado de São Paulo**, 8 abr. 2021.

CARVALHO, M. L. DE O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 788–794, out. 2005.

CLELAND, K. et al. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. **Human Reproduction**, v. 27, n. 7, p. 1994–2000, 1 jul. 2012.

CLELAND, K. et al. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for

clinicians. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 57, n. 4, p. 741–750, dez. 2014.

COELHO, C. C. **Direitos reprodutivos: por que tanta controvérsia?**, mar. 2017. Disponível em: <<http://www.sed.sc.gov.br/documentos/politica-prevencao-as-violencias-na-escola-335/casa-mulher-catarina-udesc/5224-direitos-reprodutivos-por-que-tanta-controversia-1/file>>

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO; DISTRITO FEDERAL. **Atlas do Distrito Federal**, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-358/2009. . 15 out. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. 17/2010. PARECER DE CÂMARA TÉCNICA Nº 17/2010/CTLN/COFEN. . 11 nov. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. 060/2016. ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 060/2016. . 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Decisão do Ministério da Saúde que proíbe enfermeiros de implantar DIU fere autonomia profissional da categoria e a universalização do SUS**. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/decisao-do-ministerio-da-saude-que-proibe-enfermeiros-de-implantar-diu-fere-autonomia-profissional-da-categoria-e-a-universalizacao-do-sus/>>. Acesso em: 7 set. 2021.

COOPER, A. **The Inmates Are Running the Asylum: Why High Tech Products Drive Us Crazy and How to Restore the Sanity**. 2º edição ed. [s.l.] Sams Publishing, 2004.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 75–84, mar. 2006.

DE ZORDO, S. Planejamento familiar e incorporação das desigualdades sociais de gênero e raça em Salvador da Bahia: “escolhas” contraceptivas de mulheres “negras” de baixa renda; tensão entre a casa e a clínica. In: GARCIA, A. DOS S.; GARCIA JR., A. (Eds.). . **Relações de gênero, raça, classe e identidade social no Brasil e na França**. Série Acadêmica. Rio de Janeiro, Brazil: Letra Capital, 2013. p. 47–65.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Cult**, n. 139, p. 49–53, 2009.

DIAS, T. M. et al. “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” Debate na mídia entre 1960-1970. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 3, 6 set. 2018.

DISTRITO FEDERAL; AGÊNCIA BRASÍLIA. **Saúde da Família fez 2,2 milhões de atendimentos em 2020**. Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/04/06/saude-da-familia-fez-22-milhoes-de-atendimentos-em-2020/>>. Acesso em: 3 maio. 2021.

DISTRITO FEDERAL, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. . 14 fev. 2017.

DISTRITO FEDERAL; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Brasília Saudável**. Disponível em: <<https://saude.df.gov.br/brasil-saudavel/>>. Acesso em: 6 set. 2021.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **A reforma da saúde no Distrito Federal: gestão resolutive e evidências de efetividade**. Monografia—Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

DISTRITO FEDERAL; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE; DIRETORIA DE GESTÃO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS. **Cidadão-UBS-Unidades Básicas de Saúde (Posto de Saúde, Centro de Saúde, Atenção Básica) – InfoSaúde**. Disponível em: <<https://info.saude.df.gov.br/saude-do-cidadao/cidadao-ubs-unidades-basicas-de-saude/>>. Acesso em: 6 set. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Contraceção de Emergência**. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/705-contracecao-de-emergencia>>. Acesso em: 5 set. 2021.

FONSECA, H. L. P. DA. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 1981–1990, jun. 2019.

G1 DF. **“Queremos DIU”: mulheres fazem fila em hospital do DF em busca de contraceptivo gratuito**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2019/06/17/queremos-diu-mulheres-fazem-fila-em-hospital-do-em-busca-de-contraceptivo-gratuito.ghtml>>. Acesso em: 6 set. 2021a.

G1 DF. **Postos de Saúde do DF oferecem DIU gratuitamente**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2019/08/12/postos-de-saude-do-df-oferecem-diu-gratuitamente.ghtml>>. Acesso em: 6 set. 2021b.

G1 SP. **SP registra a primeira morte pelo novo coronavírus no Brasil**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/03/17/estado-de-sp-tem-o-primeiro-caso-de-morte-provocada-pelo-coronavirus.ghtml>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GONZAGA, V. A. S. et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 18 dez. 2017.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contraceção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s269–s278, 2009.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595–609, dez. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde, 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Arquivos de Microdados**

da **PNS 2013**, 2015b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/29540-2013-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9163&t=microdados>>. Acesso em: 2 fev. 2020

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. **Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)**. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 6 set. 2021.

JUNOD, S. W.; MARKS, L. Women's Trials: The Approval of the First Oral Contraceptive Pill in the United States and Great Britain. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, v. 57, n. 2, p. 117–160, 1 abr. 2002.

KANESHIRO, B.; AEBY, T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. **International Journal of Women's Health**, v. 2, p. 211–220, 9 ago. 2010.

KLÖPPEL, B. **Aparatos de produção subjetivo-corporais nas práticas de percepção da fertilidade**. Dissertação de Mestrado—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, p. 105–125, jun. 2005.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 417–425, 2014.

LUIZ, M. DOS S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 671–682, set. 2015.

MADEIRA, P. Governo proíbe enfermeiros de inserirem DIU em pacientes. **O Globo**, 23 dez. 2019.

MARTINS, C. P. **Reflexões sobre a canção Pare de Tomar a Pílula e as representações sobre o feminino e o amor na obra de Odair José**. (Associação Brasileira de História Oral, Ed.)XIII Encontro Nacional de História Oral. **Anais...** In: HISTÓRIA ORAL, PRÁTICAS EDUCACIONAIS E INTERDISCIPLINARIDADE. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 4 maio 2016.

MARTINS, G. DE A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2009.

MENEZES, V. C. R. A. DE. O conhecimento de profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica do Distrito Federal sobre os atributos conceituais de promoção a alimentação saudável propostos pelo Guia Alimentar da População Brasileira. 2011.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11–24, mar. 2018.

MOURA, E. R. F. **Assistência ao Planejamento Familiar na perspectiva de clientes e enfermeiros do programa de saúde da família**. Tese de doutorado—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. DA. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 150–156, jun. 2006.

NABUCO, G. et al. Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2221–2232, jun. 2019.

ODAIR JOSÉ. **Uma vida só**, 1973. Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/odair-jose/283387/>>

OLIVEIRA, K. S.; SILVA, D. O. E; SOUZA, W. V. DE. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 260–265, set. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Um olhar para gênero**. New York: [s.n.]. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/um-olhar-para-g%C3%AAnero>>. Acesso em: 7 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; ESCRITÓRIO REGIONAL DA AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Consultor da ONU visita unidades de saúde pública do DF para conhecer serviço de implantação do DIU**. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/consultor-da-onu-visita-unidades-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-do-df-para-conhecer-servi%C3%A7o-de-implanta%C3%A7%C3%A3o-do>>. Acesso em: 6 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; DEPARTAMENTO DE SAÚDE REPRODUTIVA E PESQUISAS. **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. [Geneva] : Baltimore: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research ; John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication programs, Knowledge for Health Project, 2007.

OSIS, M. J. D. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1586–1594, dez. 2004.

OSIS, M. J. D. 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, nov. 2006.

PAULINO, D. B. et al. Role-Play como Estratégia Pedagógica para Problematizar as Linhas de Cuidado Integral em Saúde aos Adolescentes e Jovens. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 662–671, 13 jan. 2020.

PERES, V. B. F. **Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.

PIERRE, L. A. DOS S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1161–1168, dez. 2010.

POLUS, S. 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, p. 27, 1 abr. 2015.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, p. 586–596, dez. 2015.

RÁDIO NACIONAL; DAYANA VÍTOR. **Consultor da ONU quer levar experiência do DF sobre implantação do DIU para outros países**. Brasília, Empresa Brasil de Comunicação. Rádioagência Nacional, , 31 out. 2019. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2019-10/consultor-da-onu-quer-levar-experiencia-do-df-sobre>>. Acesso em: 28 ago. 2021

SANTOS, A. M. D. **Planejamento reprodutivo: políticas públicas e a acessibilidade ao Dispositivo Intrauterino**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2019.

SANTOS, A. R. DOS. **Metodologia científica: A construção do conhecimento**. 8a. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

SCHEFFER, M. (ED.). **Demografia médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina: São Paulo, 2015.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, p. 268–277, ago. 2013.

SILVA, D. A. J. DA; TAVARES, M. DE F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 193–205, dez. 2016.

SILVA-FILHO, A. L. 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: The Official Journal of the European Society of Contraception**, v. 21, n. 3, p. 213–219, jun. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências** (Nulvio Lermen Junior, Ed.), 2015. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 7 set. 2021

SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, 21 set. 2017.

TV GLOBO BRASÍLIA; DULLEY, C. **Veja como foi o domingo de dia das mães para duas médicas do DF, Bom Dia DF**. Brasília, 11 maio 2020. Disponível em: <<https://globo-play.globo.com/v/8548748/>>. Acesso em: 10 abr. 2021

UNITED NATIONS. **Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet**, 2019. Disponível em: <<https://digitallibrary.un.org/record/3849735>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Contraception: evidence brief**. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329884>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems**. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/13-10-2020-impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>>. Acesso em: 6 set. 2021.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Seja bem-vindo(a),

Enfermeiro(a) ou Médico(a) da APS do DF, participe da pesquisa sobre fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por equipes de Saúde da Família no DF, conduzida pela mestranda Fabiana Soares Fonseca.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **Oferta e inserção do DIU de cobre na Atenção Primária à Saúde**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Fabiana Soares Fonseca**.

O nosso objetivo é conhecer os fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por equipes de Saúde da Família no DF, caracterizando cenários e detalhando o número de eSF/UBS que ofertam a inserção de DIU e de profissionais capacitados.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder nesta ferramenta online, com um tempo estimado de **7 minutos** para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são os mesmos da utilização de dispositivos com telas, tais como computadores, celulares ou tablets, e em caso de mal-estar, distúrbio visual ou outro sintoma, o (a) senhor (a) deve interromper a pesquisa. Se aceitar participar, contribuirá para uma melhor compreensão e caracterização dos cenários de oferta e inserção de DIU de cobre no DF.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo responder a presente pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou

exames para realização da pesquisa), ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos interessados pelo email pesquisamestradoDIU@gmail.com podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, envie um telefone para: Fabiana Soares no telefone 61 99292-8326, no horário, disponível inclusive para ligação a cobrar. Se preferir, pode mandar um e-mail para pesquisamestradoDIU@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser respondidas através do telefone: (61) 2017-2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso deseje, pode imprimir ou salvar esta página em seu celular ou computador.

Caso concorde em participar, clique em "Avançar" para responder a pesquisa.

Identificação

1. Você atua como:

- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Outro (especifique)

* 2. Em que ano você nasceu? (Digite o ano de nascimento no formato de 4 dígitos, ex. 1976.)

* 3. Qual é o seu gênero?

- Feminino
- Masculino
- Outro (especifique)

* 4. Qual das opções abaixo melhor descreve seu estado civil atual?

- Casado(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Em uma união estável ou casamento civil
- Solteiro(a), mas vivendo com um(a) companheiro(a)
- Solteiro(a), nunca tendo sido casado(a)

* 5. Nos últimos 6 meses, você trabalhou em uma equipe de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal?

- Sim Não

Identificação (continuação)

* 6. Em qual UBS você trabalha?

7. Você fazia parte de um Centro de Saúde no modelo tradicional e passou para uma Equipe de Saúde da Família durante o CONVERT?

- Sim
 Não

8. Marque as formações que você possui:

- Título de Enfermeiro ou Médico de Família e Comunidade
 Residência de Médico ou Enfermeiro de Família e Comunidade
 Outra (especifique)

Sobre a prática de inserção de DIU

* 9. Você já recebeu algum treinamento para inserção do DIU de cobre?

- Nunca recebi
 Sim, durante a minha formação de graduação, especialização ou residência
 Sim, oferecido pela Administração Central da SES
 Aprendi por iniciativa própria, com colegas de trabalho
 Sim, oferecido por matriciamento na região
 Outro (especifique)

* 10. Atualmente ou antes da epidemia de COVID-19 ocorre ou ocorria inserção de DIU de cobre em usuárias na sua Equipe?

- Sim Não

Sobre a prática de inserção de DIU

* 11. Quem insere (ou inseria) os DIUs? (considerar período antes da recente suspensão da inserção por enfermeiros)

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Disponibilidade de material Equipe

* 12. Existe DIU de cobre em quantidade suficiente para a demanda da sua Equipe? (DIUs inseridos pela sua equipe)

Sim

Não

Não sei

* 13. Há bandejas com instrumentais em quantidade suficiente para a demanda da sua Equipe? (para inserção pela sua equipe)

Sim

Não

Não sei

Disponibilidade de material UBS

* 14. Existe DIU de cobre em quantidade suficiente para a demanda da sua UBS? (inserção por todas as equipes que realizam o procedimento na UBS)

Sim

Não

Não sei

* 15. Há bandejas com instrumentais em quantidade suficiente para a demanda da sua UBS? (inserção por todas as equipes que realizam o procedimento na UBS)

- Sim
- Não
- Não sei

Fatores e alternativas

* 16. Marque o(s) fator(es) que impediram ou prejudicaram a realização de inserção do DIU na sua UBS:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de treinamento | <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabalho |
| <input type="checkbox"/> Indisponibilidade de material | <input type="checkbox"/> DIU não deve ser inserido na APS |
| <input type="checkbox"/> Motivos religiosos | <input type="checkbox"/> Proibição da inserção do DIU por enfermeiros a partir de dez/2019 |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique) | |

17. Marque as alternativas oferecida para a inserção de DIU se houver.

- Outra equipe da própria unidade
- Outra UBS da região
- Outro nível de atenção
- Outro (especifique)

Critérios

* 18. Marque o(s) critério(s) utilizado(s) para que a usuária tenha acesso ao DIU de cobre em sua equipe, se houver:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estar menstruada | <input type="checkbox"/> Ter participado do grupo de planejamento reprodutivo |
| <input type="checkbox"/> Ter acima de 18 anos | <input type="checkbox"/> Não estar grávida |
| <input type="checkbox"/> Indicação do médico ou enfermeiro | <input type="checkbox"/> Ter realizado USG |
| <input type="checkbox"/> Ter filhos | <input type="checkbox"/> Ter coletado CCO recentemente |
| <input type="checkbox"/> Não ter sinal de infecção (tais como corrimento vaginal) | |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique) | |

Inserção de DIU por enfermeiros(as)

* 19. Considerando a recente suspensão da norma do Ministério da Saúde que autorizava a inserção de DIU por enfermeiros(as), como você enxerga essa questão?

- Só médicos devem realizar inserção de DIU
- Tanto médicos quanto enfermeiros deveriam poder realizar inserção de DIU
- Não sei ou não quero opinar

Comentário adicional

20. Há algo mais que você gostaria de comentar sobre a inserção do DIU na APS?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, adiante identificado, estou sendo convidado a participar de um estudo de título: OFERTA E INSERÇÃO DO DIU DE COBRE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE cujos objetivos são: Conhecer os fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por equipes de Saúde da Família, tendo como recorte a região Centro Sul do DF; caracterizar os cenários de oferta e inserção do DIU de cobre na Atenção Primária da região Centro Sul do DF, pelas equipes de Saúde da Família, detalhando o número de eSF/UBS que ofertam a inserção de DIU e a quantidade de profissionais capacitados; conhecer as percepções dos profissionais quanto à orientação e educação do usuário no planejamento reprodutivo por meio da inserção do DIU de cobre. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Entendo que esse estudo possui finalidade acadêmica e minha participação é voluntária e, portanto, não fui obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a), além disso, informo que não receberei nenhum pagamento por esta participação. Estou ciente que pesquisador responsável por esse trabalho é a Fabiana Soares Fonseca, a qual poderei manter contato pelo telefone (61) 99292-8316. Além disso, foi-me assegurado a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, Brasília DF, CEP: 70910-900, pelo telefone: (61) 3329-4607 / 3329-4638 ou pelo e-mail: cepbrasil@fiocruz.br. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira: de 9 h às 12 h, e de 14 h às 17 h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OFERTA E INSERÇÃO DO DIU DE COBRE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
Fatores Dificultadores no Âmbito da Estratégia Saúde da Família no DF

Pesquisador: FABIANA SOARES FONSECA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34785020.6.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.310.693

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal investigando a relação dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde com a oferta e inserção do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Para a coleta de dados será aplicado um instrumento estruturado com 20 questões, incluindo a caracterização dos profissionais, suas percepções, contexto de atuação e práticas em relação ao tema.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivo principal: "Conhecer os fatores que influenciam a disponibilidade da inserção de DIU por equipes de Saúde da Família, no Distrito Federal".

Os objetivos específicos são: "Caracterizar os cenários de oferta e inserção do DIU de cobre na Atenção Primária do DF, pelas equipes de Saúde da Família, detalhando o número de eSF/UBS que ofertam a inserção de DIU e a quantidade de profissionais capacitados".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos relacionados à participação na pesquisa, foi reportada a possibilidade de desconforto do participante em responder às questões do instrumento de coleta de dados. Para minimizá-los, os instrumentos serão preenchidos de forma anônima e sem contato direto dos participantes com os pesquisadores (a coleta de dados será realizada online), sendo os resultados

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.310.693

apresentados de forma agregada. O tempo estimado para responder o questionário é cerca de 7 minutos.

Embora não haja benefícios diretos ou pessoais para os participantes da pesquisa, o conhecimento sobre as práticas profissionais poderá "contribuir para o desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão sensíveis às necessidades de formação e de atenção à saúde" da população assistida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem delineado e escrito, com relevância técnica e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram incluídos e atualizados, quando necessário.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram contemplados todos os pontos elencados no campo "Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações" do parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Brasília, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1572660.pdf	23/09/2020 17:26:29		Aceito
Outros	concordancia.pdf	23/09/2020 17:25:54	FABIANA SOARES FONSECA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	23/09/2020 17:24:59	FABIANA SOARES FONSECA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	23/09/2020 17:18:42	FABIANA SOARES FONSECA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_VS2.docx	23/09/2020 17:18:21	FABIANA SOARES FONSECA	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.310.693

Justificativa de Ausência	TCLE_VS2.docx	23/09/2020 17:18:21	FABIANA SOARES FONSECA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	15/06/2020 17:11:04	FABIANA SOARES FONSECA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 30 de Setembro de 2020

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



Autorização - SES/SAIS/COAPS

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Coordenação de Atenção Primária à Saúde

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

AUTORIZAÇÃO

Eu, Fernando Erick Damasceno Moreira, da Coordenação de Atenção Primária à Saúde, estou ciente de minhas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa "OFERTA E INSERÇÃO DO DIU DE COBRE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Fatores Dificultadores no Âmbito da Estratégia Saúde da Família no DF", de responsabilidade da pesquisadora Fabiana Soares Fonsêca, Médica de Família e Comunidade, matrícula 14356163 SES DF.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Fernando Erick Damasceno Moreira
Coordenação de Atenção Primária à Saúde
- Coordenador -



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA - Matr.1688486-8, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 22/09/2020, às 16:17, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=47293823 código CRC= **36E500A4**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural sem número - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70086900 - DF

00060-00393421/2020-10

Doc. SEI/GDF 47293823

ANEXO C – TERMO DE CONCORDÂNCIA



Autorização - SES/SAIS/COAPS

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Coordenação de Atenção Primária à Saúde

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

AUTORIZAÇÃO

Eu, Fernando Erick Damasceno Moreira, da Coordenação de Atenção Primária à Saúde, estou ciente de minhas corresponsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa "OFERTA E INSERÇÃO DO DIU DE COBRE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Fatores Dificultadores no Âmbito da Estratégia Saúde da Família no DF", de responsabilidade da pesquisadora Fabiana Soares Fonsêca, Médica de Família e Comunidade, matrícula 14356163 SES DF.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Fernando Erick Damasceno Moreira
Coordenação de Atenção Primária à Saúde
- Coordenador -



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA - Matr.1688486-8, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 22/09/2020, às 16:17, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
verificador= **47293823** código CRC= **36E500A4**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural sem número - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70086900 - DF