



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**JULIANE RODRIGUES VIEIRA**

DESAFIOS PARA A GARANTIA DO ACESSO DE MULHERES USUÁRIAS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AO DIU DE COBRE EM UM MUNICÍPIO  
DA BAIXADA FLUMINENSE

Rio de Janeiro

2024

JULIANE RODRIGUES VIEIRA

DESAFIOS PARA A GARANTIA DO ACESSO DE MULHERES USUÁRIAS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AO DIU DE COBRE EM UM MUNICÍPIO  
DA BAIXADA FLUMINENSE

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine Reis Brandão

Rio de Janeiro

2024

## FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANE RODRIGUES VIEIRA

DESAFIOS PARA A GARANTIA DO ACESSO DE MULHERES USUÁRIAS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AO DIU DE COBRE EM UM MUNICÍPIO  
DA BAIXADA FLUMINENSE

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 27 de maio de 2024.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elaine Reis Brandão (Orientadora)  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andreza Pereira Rodrigues  
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao meu companheiro, Marcos Paulo, pelo apoio incondicional, principalmente nos momentos mais difíceis ao longo desses dois anos de residência. Obrigada por ter sido ombro amigo, incentivador e por buscar sempre superar os obstáculos ao meu lado, tornando a caminhada mais leve. Você me fez enxergar que a conclusão dessa etapa seria possível.

Agradeço à minha família e amigos por acreditarem em mim e vibrarem comigo cada conquista.

Agradeço às minhas colegas de turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Camila, Carina, Carolina, Gabriela, Helena, Letícia, Maria Isabella, Nadyra e Natália, pela parceria linda que construímos. Em muitos momentos, o apoio de vocês foi crucial para que eu continuasse a trilhar esse caminho. Admiro imensamente as pessoas e profissionais de excelência que vocês são.

Agradeço às preceptoras Isabela Souza, Alessandra Pereira e Isabela Cardoso que tanto me ensinaram nos campos de prática sobre Saúde Coletiva e sobre como é possível trabalhar com afeto e respeito. O agradecimento é estendido a todos os profissionais que agregaram na minha trajetória durante a residência. Sou grata pelas trocas de conhecimento e pelas amizades que fiz.

Agradeço à minha orientadora, Elaine, por toda paciência, disponibilidade, apoio e carinho durante a escrita deste trabalho.

Agradeço à minha psicóloga, Mariana, por todo suporte emocional nesse processo e por me conduzir por um caminho de autoconhecimento e autovalorização.

## RESUMO

VIEIRA, Juliane Rodrigues. **Desafios para a garantia do acesso de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde ao DIU de cobre em um município da Baixada Fluminense.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Esta monografia possui o objetivo de compreender as dificuldades e os desafios nos processos de trabalho na Atenção Básica à Saúde (ABS) que impedem o pleno acesso das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ao Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre em um município da Baixada Fluminense, na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Toma-se o referencial teórico da Justiça Reprodutiva, a qual propõe uma ampliação do olhar para os direitos reprodutivos das mulheres, considerando uma abordagem fundamentalmente estrutural de mudança social, emergindo a partir das experiências de mulheres que vivenciam um conjunto complexo de opressões e hierarquias reprodutivas. Entendendo a ABS como porta de entrada e coordenadora do cuidado no SUS, as Unidades Básicas de Saúde se destacam, então, como um lugar estratégico para implementar cuidados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, além de democratizar o acesso a métodos contraceptivos, como o DIU de cobre. Dessa forma, foi realizado um estudo qualitativo socioantropológico que utilizou o método etnográfico para conhecer a dinâmica de funcionamento da Atenção Básica à Saúde no que se refere à implementação da oferta do dispositivo no município. Para tal, acompanhei os processos de trabalho cotidianos que dizem respeito ao fomento da disponibilização do método e registrei por escrito as experiências observadas no diário de campo. A análise dos materiais coletados se concentrou em cinco elementos principais e os resultados obtidos apontam para presença de barreiras de acesso ao DIU de cobre relativas à: 1) exclusividade do profissional médico para inserção do dispositivo; 2) ausência de profissionais habilitados para inserir o DIU e a falta de adesão da categoria médica às capacitações e à realização do procedimento; 3) dificuldades na gestão e planejamento da oferta do método na ABS; 4) questões estruturais e materiais na rede de atenção à saúde; 5) demais fatores que dificultam o acesso ao DIU de cobre, que se referem principalmente aos mitos e tabus acerca do dispositivo. Diante do levantamento dos fatores dificultadores para a oferta do método, avaliou-se caminhos possíveis para o seu enfrentamento, como a elaboração de um protocolo municipal para a inserção do DIU de cobre, a autorização para inserção do dispositivo pelos enfermeiros e a oferta de treinamentos e atualizações de qualidade referentes ao planejamento reprodutivo para os profissionais da ABS. Nesse sentido, a superação das barreiras para disponibilização do método no âmbito da Atenção Primária à Saúde se mostra fundamental para a ampliação do acesso ao DIU e para que o SUS continue avançando na atenção à saúde da mulher e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: DIU de cobre; atenção básica à saúde; planejamento reprodutivo; métodos contraceptivos; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

VIEIRA, Juliane Rodrigues. **Challenges for ensuring access to copper IUD for female Unified Health System users in a municipality in Baixada Fluminense.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This monograph aims to understand the difficulties and challenges in the work processes in Primary Health Care (PHC) that hinder full access of women users of the Unified Health System (SUS) to the Copper Intrauterine Device (IUD) in a municipality in Baixada Fluminense, in the metropolitan region of the State of Rio de Janeiro. The theoretical framework of Reproductive Justice is used, which proposes an expanded view of women's reproductive rights, considering a fundamentally structural approach to social change, emerging from the experiences of women who experience a complex set of reproductive oppressions and hierarchies. Understanding PHC as the gateway and coordinator of care in SUS, Basic Health Units stand out as a strategic place to implement sexual and reproductive health care for women, as well as to democratize access to contraceptive methods such as the Copper IUD. Thus, a socio-anthropological qualitative study was conducted using ethnographic methods to understand the dynamics of PHC regarding the implementation of the device offering in the municipality. For this purpose, everyday work processes related to promoting the availability of the method were followed, and the observed experiences were recorded in written form in a field diary. The analysis of the collected materials focused on five main elements, and the results obtained point to the presence of barriers to access to the Copper IUD, related to: 1) the exclusivity of medical professionals for device insertion; 2) absence of qualified professionals to insert the IUD and lack of medical category adherence to training and procedure performance; 3) difficulties in management and planning of method offering in PHC; 4) structural and material issues in the health care network; 5) other factors that hinder access to the Copper IUD, mainly myths and taboos about the device. Faced with the identification of factors hindering method offering, possible ways to address them were evaluated, such as the development of a municipal protocol for Copper IUD insertion, authorization for device insertion by nurses, and provision of high-quality training and updates on family planning for PHC professionals. In this sense, overcoming barriers to method availability within Primary Health Care is crucial to expanding access to the Copper IUD and for SUS to continue advancing in women's health care and ensuring sexual and reproductive rights.

**Keywords:** Copper IUD; primary health care; family planning; contraceptive methods; Unified Health System.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEAM	Centro Especializado de Atendimento à Mulher
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
DIU	Dispositivo Intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LARC	<i>Long-Acting Reversible Contraceptives</i> /Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
MS	Ministério da Saúde
OLERJ	Observatório Legislativo da Intervenção Federal na Segurança Pública no Rio de Janeiro
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Organização Social de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RTs	Responsáveis Técnicos
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SM	Saúde da Mulher
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
3.1 A PERSPECTIVA DA JUSTIÇA REPRODUTIVA COMO HORIZONTE ÉTICO E POLÍTICO .....	13
3.2 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E INSERÇÃO DE DIU DE COBRE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .....	17
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
5.1 BARREIRAS DE ACESSO RELACIONADAS À INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE.....	28
<b>5.1.1 Exclusividade do profissional médico para inserção do dispositivo .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1.2 Ausência de profissionais habilitados para inserir o dispositivo e a falta de adesão da categoria médica às capacitações e à realização do procedimento .....</b>	<b>30</b>
<b>5.1.3 Dificuldades na gestão e planejamento da oferta do método na APS.....</b>	<b>33</b>
<b>5.1.4 Questões estruturais e materiais na rede de atenção à saúde.....</b>	<b>36</b>
<b>5.1.5 Demais fatores que dificultam o acesso ao DIU de cobre .....</b>	<b>37</b>
5.2 “NÃO FAZ SENTIDO!” - SOBRE OS DESAFIOS ENCONTRADOS NOS PROCESSOS DE TRABALHO PARA AMPLIAÇÃO DA OFERTA DO DIU DE COBRE NA APS E A DIFICULDADE DE (D)ESCREVER AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS EM CAMPO .....	39
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Abordando a saúde sexual e reprodutiva das mulheres com vistas à garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos, o presente trabalho se propõe a identificar e discutir, numa perspectiva qualitativa (socioantropológica), os desafios, dificuldades e barreiras que permeiam o acesso de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ao dispositivo intrauterino (DIU) de cobre na Atenção Básica à Saúde de um município da Baixada Fluminense, região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

Corrêa e Petchesky (1996, p. 149) definem o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de poder e recursos: “poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura”. Este terreno ainda envolve as noções essenciais de integridade corporal (ou “controle sobre o próprio corpo”) e as relações que se têm com a sociedade, uma vez que o corpo existe em um universo socialmente mediado, segundo as autoras.

A temática se mostra relevante como objeto de estudo e de discussão considerando que o SUS, através da Lei nº 9.263/96, disponibiliza à população diversos tipos de métodos contraceptivos, incluindo os reversíveis de longa duração, como o DIU de cobre. No entanto, apesar de ser um método seguro, altamente eficaz e com taxas de falhas muito baixas, apresenta registros de subutilização no Brasil, o que contrasta com uma larga utilização do dispositivo em nível mundial (Gonzaga *et al.*, 2017). Além disso, focalizar um município de médio ou pequeno porte nos ajuda a refletir sobre as peculiaridades da assistência à saúde em contextos distintos das grandes capitais metropolitanas do país.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019, das mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) sexualmente ativas nos últimos 12 meses, 80,5% (33,6 milhões), fizeram uso de algum método para evitar a gravidez. Dessas, apenas 4,4% utilizavam o DIU de cobre como método contraceptivo (IBGE, 2021), demonstrando a baixa frequência de uso do dispositivo no território brasileiro.

Diversos estudos apontam que há muitas barreiras organizacionais e individuais que dificultam o pleno acesso das mulheres ao DIU de cobre no país, como o estabelecimento de critérios desnecessários para sua inserção, a oferta insuficiente e descontinuada do método, o conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre seus mecanismos de ação, a ausência de profissionais habilitados para sua inserção, a ausência de protocolos simplificados, os mitos e tabus acerca do dispositivo, o receio dos efeitos colaterais e a crença

de não ser indicado para mulheres nulíparas, adolescentes ou solteiras (Gonzaga *et al.*, 2017; Bergin *et al.*, 2012; Hayashi; Nogueira, 2007; Poli *et al.*, 2009; Secura *et al.*, 2010).

Entendendo a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e coordenadora do cuidado no SUS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se destacam, então, como um lugar estratégico para implementar a atenção em contracepção, entre outros cuidados fundamentais à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A longitudinalidade e a criação de vínculo, atributos desse nível de atenção, contribuem para o diálogo e o sucesso dos planos de cuidados, além de facilitar a identificação precoce de risco gestacional (Rio de Janeiro, 2023). Nesse contexto, a colocação do DIU de cobre, por exemplo, é um procedimento totalmente viável na Atenção Primária (Gonzaga *et al.*, 2017).

Dessa forma, quando essa disponibilização não ocorre na ABS pode representar uma barreira ao acesso, visto que burocracia e distância entre o local de oferta do método contraceptivo e a moradia das usuárias podem se constituir como elementos obstaculizadores (Bergin *et al.*, 2012). A qualificação da assistência contraceptiva é um ponto fundamental para a garantia de atenção em saúde sexual e reprodutiva em acordo às necessidades das usuárias. Para isso, a capacitação dos profissionais da ABS para a oferta de métodos reversíveis e não hormonais é uma ação importante para alcançar esse desafio (Souza *et al.*, 2021).

Assim, a identificação das dificuldades nos processos de trabalho na Atenção Básica à Saúde se mostra um caminho para compreender as barreiras de acesso para as mulheres inserirem o DIU de cobre em um município da Baixada Fluminense. Através da minha atuação profissional ao longo do ano de 2023 enquanto residente em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro em equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde do referido município, tive a possibilidade de acompanhar de perto esses processos, sobretudo as múltiplas atividades referentes à linha de cuidado de saúde da mulher e, mais especificamente, a respeito da promoção da inserção do DIU de cobre nas mulheres ali residentes.

Ao iniciar nesse campo de prática no segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, rapidamente fui capturada pela área técnica que coordena as ações em Saúde da Mulher (SM) do município. E quando surgiu a oportunidade de acompanhar diretamente os processos para a ampliação do acesso ao DIU de cobre, desde a construção da nota técnica que orientaria tal procedimento até as capacitações dos profissionais de saúde (neste município, somente médicos, excluindo a enfermagem) da ABS, fiquei ainda mais interessada em observar e refletir sobre a rotina dessa linha de cuidado.

No contexto mais amplo da Saúde Coletiva, as discussões sobre os temas de Direitos Sexuais e Reprodutivos e Justiça Reprodutiva me interessam, mobilizam e incomodam o suficiente para que eu as priorize como temas de pesquisa desde o meu Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, em 2021<sup>1</sup>. Certamente essas temáticas me atravessam diretamente também por ser mulher e, sobretudo, uma mulher usuária do SUS que teve a oportunidade de exercer o seu direito de escolher o método contraceptivo que desejava e de ter acesso a ele através de uma UBS no município do Rio de Janeiro, onde resido. Dessa forma, o que espero e desejo é que todas as mulheres que recorrem ao Sistema Único de Saúde buscando métodos contraceptivos neste ou em qualquer outro município tenham a sua autonomia e liberdade garantidas para decidir se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, bem como o pleno exercício de suas sexualidades, sem se deparar com uma gravidez imprevista.

Assim, a monografia está organizada inicialmente em duas seções principais: em primeiro lugar, aborda-se a perspectiva da justiça reprodutiva, que propõe que o acesso à saúde e aos direitos no campo sexual e reprodutivo precisam estar integrados à justiça social; e no capítulo seguinte busca-se discutir a atenção à saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde do SUS e a implementação do DIU de cobre no contexto do planejamento reprodutivo. Em seguida, a análise dos dados coletados a partir dos registros das experiências observadas no campo, são apresentados e discutidos a partir de dois eixos temáticos complementares: as barreiras de acesso ao DIU de cobre identificadas na Atenção Básica à Saúde de um município da Baixada Fluminense e os desafios colocados para ampliação da oferta do método.

---

<sup>1</sup> VIEIRA, Juliane Rodrigues. **Impactos psicossociais da esterilização de mulheres com o dispositivo Essure no planejamento reprodutivo**. 2021. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Psicologia) – Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2021.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

O estudo proposto tem por objetivo compreender as dificuldades e os desafios nos processos de trabalho na Atenção Básica à Saúde que impedem o pleno acesso das mulheres usuárias do SUS ao DIU de cobre em um município da Baixada Fluminense, na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos do presente trabalho são:

- Descrever e analisar as barreiras de acesso ao dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Básica à Saúde do município em questão;
- Identificar os desafios nos processos de trabalho da ABS que dificultam a oferta do DIU de cobre às mulheres usuárias do SUS em um município da Baixada Fluminense;
- Propor estratégias para o enfrentamento do problema e superação das barreiras para a oferta do dispositivo na Atenção Primária à Saúde do município pesquisado.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A PERSPECTIVA DA JUSTIÇA REPRODUTIVA COMO HORIZONTE ÉTICO E POLÍTICO

Os direitos humanos são garantias jurídicas inerentes à pessoa humana, que protegem sua liberdade e dignidade, sendo válidos no âmbito individual e coletivo (Lopes, 2022). Desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, são considerados universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. No Brasil, a proteção legal dos direitos humanos é garantida pela Constituição Cidadã, de 1988, pela legislação complementar e ordinária e pela adesão às convenções e tratados internacionais assinados pelo país (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006).

Os direitos reprodutivos e sexuais fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos e estão vinculados tanto aos direitos civis e políticos, no que se refere à liberdade individual e de expressão, como aos direitos econômicos, sociais e culturais, que dizem respeito a um ambiente favorável ao exercício da autonomia sexual e reprodutiva (Correa; Alves; Januzzi, 2006).

Corrêa e Petchesky (1996) sugerem que as bases para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres consistam de quatro princípios éticos: a integridade corporal, que se refere à noção de corpo como parte integral do eu, cuja saúde e bem-estar (incluindo o prazer sexual) embasam a participação ativa na vida social; a autonomia social, que consiste em tratar as mulheres como seres capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade; a igualdade, que se aplica principalmente nas relações de gênero e nas condições sociais como classe, idade, nacionalidade etc.; e a diversidade, que requer o respeito pelas diferenças entre as mulheres e a compreensão de que os direitos adquirem sentidos diferentes segundo contextos culturais e sociais.

Compreendendo os direitos reprodutivos como direitos humanos, Lopes (2022) destaca que a DUDH também traz quatro princípios a serem considerados no debate sobre o exercício amplo do direito à sexualidade, do direito à reprodução e à saúde sexual e reprodutiva para a diversidade dos seres humanos. São eles:

- (1) Princípio da universalidade: no qual a condição de pessoa é o requisito único e exclusivo para a titularidade de direitos, sendo a dignidade humana o fundamento dos direitos humanos;
- (2) Princípio da indivisibilidade: no qual se reafirma que o catálogo dos direitos civis e políticos são conjugados ao catálogo dos direitos econômicos,

sociais e culturais. Projeta-se, assim, uma visão integral dos direitos humanos;

(3) Princípio da diversidade: relacionado às especificidades dos sujeitos de direito. De acordo com esse princípio, a pessoa passa a ser vista em suas peculiaridades e particularidades. Por essa ótica, determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada;

(4) Princípio democrático: a necessidade de que a elaboração de políticas públicas e a implementação de programas sociais assegurem a ativa participação dos beneficiários na identificação de prioridades, na tomada de decisões, no planejamento, na adoção e na avaliação de estratégias para o alcance dos direitos, inclusive sexuais e reprodutivos (Lopes, 2022, p. 218).

Contudo, os autores Corrêa, Alves e Januzzi (2006, p. 47) alertam para o fato de que a existência legal dos direitos humanos e, em especial, dos direitos sexuais e reprodutivos, não garante que estes sejam respeitados na prática, visto que “os direitos estão associados às noções de justiça e solidariedade, que, por sua vez, articulam-se aos interesses individuais e coletivos na implantação da cidadania e da democracia”.

Para Lopes (2022), a ideia de direitos humanos reflete uma dinâmica relacionada à compreensão da relação entre cidadania e democracia e que dentre estas dimensões, a sexualidade ainda aparece como um dos aspectos mais polêmicos e com maior dificuldade de progredir. De maneira geral, qualquer expressão sexual feminina que seja ligada à obtenção de prazer, e não à reprodução, segue sendo fortemente rechaçada na maioria das sociedades modernas (Lopes, 2022). Angela Davis (2016, p. 21) contribui muito para a reflexão acerca dessa temática ao afirmar que:

[...] na verdade, se elas [as mulheres] permanecessem para sempre sobrecarregadas por incessantes partos e frequentes abortos espontâneos, dificilmente conseguiriam exercer os direitos políticos que poderiam vir a conquistar. Além disso, os novos sonhos das mulheres de seguir uma carreira profissional e outros caminhos de autodesenvolvimento fora do casamento e da maternidade só poderiam ser realizados se elas conseguissem limitar e planejar suas gestações.

Nesse contexto, as escolhas reprodutivas livres e responsáveis estariam inseridas no campo do direito democrático às sexualidades e os direitos reprodutivos estariam, então, diretamente relacionados à liberdade, integridade, autonomia e segurança dos corpos, como dimensões fundamentais dos direitos, em todas as fases da vida dos seres humanos, principalmente no que tange à liberdade para expressar e desfrutar da própria sexualidade sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestações não desejadas (Lopes, 2022).

Mais de 40 anos após a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, definiu-se, internacionalmente, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos durante a Conferência sobre População e Desenvolvimento da ONU, realizada no Cairo, capital do Egito, em 1994. A Conferência foi um importante espaço de discussão em que se abandonou a anterior abordagem de controle populacional que dominava as discussões e as políticas públicas sobre reprodução e fecundidade.<sup>2</sup> Assim, mulheres e homens foram reconhecidos como sujeitos do direito básico de tomar decisões de forma livre e responsável sobre a reprodução, como o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, além de ter a informação e os meios de assim o fazer (Coletivo Margarida Alves, 2020).

Nesse cenário, Corrêa, Alves e Januzzi (2006, p. 48) salientam que é fundamental não subsumir o conceito de direitos sexuais à definição de direitos reprodutivos pois, segundo os autores, “gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam – e, eventualmente, confundem-se – mas que ao mesmo tempo correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual”.

Antes mesmo da realização da Conferência de Cairo, um grupo de mulheres negras se reuniu em Chicago, nos Estados Unidos, para discutir sobre a temática dos direitos reprodutivos considerando que o movimento pelos direitos das mulheres em destaque na época, liderado e representado por mulheres brancas de classes médias, não priorizava as necessidades das mulheres racializadas e marginalizadas. Com a militância desse grupo, nasceu o conceito de “justiça reprodutiva” e elas se intitularam como As Mulheres de Descendência Africana pela Justiça Reprodutiva, “apontando as limitações de um paradigma de direitos individuais e integrando o acesso à saúde e aos direitos no campo sexual e reprodutivo à justiça social” (Coletivo Margarida Alves, 2020, p. 8).

Brandão e Cabral (2021) nos relembram que não há nada estritamente biológico, que não o seja igualmente social, entrelaçado com as condições locais/situacionais. Sendo assim, ainda de acordo com as autoras, mostra-se fundamental lançar mão de aportes teóricos oriundos do feminismo negro para compreender esse complexo cenário e também para embasar o enfrentamento das iniquidades em saúde.

A justiça reprodutiva surge, então, não para substituir os direitos reprodutivos, mas sim como reflexo de uma abordagem fundamentalmente diferente de mudança social, emergindo a partir das experiências de mulheres que vivenciam um conjunto complexo de

---

<sup>2</sup> Há uma discussão importante sobre as políticas de controle populacional internacionais e locais fomentadas pela perspectiva neomalthusiana, a qual situa a pobreza como decorrente do número de filhos e não da distribuição desigual dos recursos. Cf. Brandão; Alzuguir (2022).

opressões e hierarquias reprodutivas (Lopes, 2022). A ONG Criola (2021) descreve a Justiça Reprodutiva como uma estratégia para a ampliação do olhar para os direitos reprodutivos das mulheres, evidenciando que sem justiça social e redistribuição de renda, o exercício pleno desses direitos não será possível.

A pensadora Loretta Ross (2017) evidencia que a justiça reprodutiva pode ser considerada um conceito amplificador para lançar luz sobre as formas interseccionais de opressão que ameaçam a integridade corporal das mulheres negras, além de apresentar três conjuntos interconectados de direitos humanos que seriam sua base: o direito de ter um filho nas condições de sua escolha; o direito de não ter um filho usando anticoncepcionais, aborto ou abstinência; o direito de criar filhos em ambientes seguros e saudáveis, livres de violência por parte de indivíduos ou do Estado. Dessa maneira, resgatar esse conceito nos ajuda a compreender a urgência de que falamos quando se trata de planejamento reprodutivo e de garantias para gestar, parir e maternar em segurança, para aquelas que assim escolherem (Brandão; Cabral, 2021).

Citeli, Souza e Portella (1998) destacam que o uso dos métodos anticoncepcionais escancarou as desigualdades sexuais e sociais existentes entre os diferentes grupos da sociedade, visto que a “oferta” das tecnologias anticoncepcionais alcançou as mulheres de acordo com as suas condições de vida, evidenciando mais uma vez que a decisão reprodutiva é atravessada por diversos fatores e obstáculos que vão desde o acesso a métodos anticoncepcionais variados a relações de gênero hierárquicas (violentas ou não) e diferenciais de condições socioeconômicas.

Para Cabral (2017), as práticas contraceptivas são influenciadas por fatores macroestruturais, dimensões relacionais e elementos da trajetória individual:

(1) fatores macroestruturais, tais como diferenças de classe social, normas de gênero e de sexualidade que caracterizam determinada cultura local, diferenças étnico-raciais, estruturas de serviços de saúde, políticas públicas etc.; (2) dimensões relacionais, que enquadram as lógicas de funcionamento e organização das parcerias afetivo-sexuais; e ainda, (3) elementos da trajetória individual (como contexto parental; preferências sexuais; intenções e/ou ambivalências em relação à reprodução etc.) (Bajos; Marquet, 2000; Higgins; Smith, 2016; Van Campenhoudt *et al.*, 1997 *apud* Cabral, 2017, p. 1096).

Dessa forma, mostra-se importante reiterar que a “escolha reprodutiva” não ocorre descolada da trajetória de vida, “mas no contexto em que todas as outras facetas da vida de uma mulher estão em curso, ganhando novos contornos, influenciados ou diretamente

derivados do racismo, da pobreza, do status de imigração, da orientação sexual e da deficiência” (London, 2011 *apud* Lopes, 2022, p. 220). Nesse cenário, o acesso à políticas básicas como educação, segurança alimentar e trabalho influencia diretamente nas escolhas reprodutivas de uma mulher: quanto mais precário for esse acesso, menos liberdade e autonomia ela terá em suas decisões (Criola, 2021).

Percebe-se, então, a notória influência que as forças institucionais, como o racismo, sexismo, colonialismo e pobreza, exercem sobre as liberdades individuais das pessoas em sociedade, moldando suas decisões em relação à procriação e à parentalidade, especialmente mulheres em situação de vulnerabilidade (Ross, 2017). Sendo assim, a discussão sobre os processos de produção de desigualdades e o modo como reverberam no campo da saúde pelo prisma da interseccionalidade e da justiça reprodutiva se destacam como formas potentes de pensar, dar visibilidade e propor intervenções comprometidas com o ideário de ampliação de direitos humanos e busca por equidade social (Brandão; Cabral, 2021).

### 3.2 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E INSERÇÃO DE DIU DE COBRE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O planejamento familiar — como era chamado o planejamento reprodutivo antes da orientação de substituição da expressão pelo Ministério da Saúde — na qualidade de direito é descrito na Constituição de 1988, em seu artigo 226 (Brasil, 1988):

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Contudo, somente oito anos depois, em 1996, as ações do planejamento reprodutivo foram definidas e amparadas pela Lei nº 9.263/1996, que também estabelece penalidades e dá outras providências. Com a regulamentação dessa assistência, passou a vigorar um conjunto de ações individuais e coletivas na atenção básica para oportunizar informações e orientações necessárias para autonomia e liberdade no planejamento da concepção e contracepção e no uso eficaz dos métodos contraceptivos (Paiva *et al.*, 2019).

Além disso, o planejamento reprodutivo enquanto política pública de saúde é expresso em documentos como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984), Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005) (Fundação Oswaldo Cruz, 2018).

A substituição da expressão "Planejamento Familiar" por "Planejamento Reprodutivo" foi proposta pelo Ministério da Saúde (MS), no Caderno de Atenção Básica nº 26, relativo à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Essa nova perspectiva reforça o planejamento em uma concepção mais abrangente ao considerar que este pode ser realizado pelo homem e pela mulher isoladamente, mesmo quando não desejam constituir uma família (Brasil, 2013).

No contexto da saúde coletiva, o planejamento reprodutivo é uma das mais importantes atividades de prevenção e promoção da saúde, sendo de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, embora seja desenvolvido, prioritariamente, na Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Bezerra *et al.*, 2018). Entendida como porta de entrada do serviço de saúde, onde acontece o primeiro contato da família e da comunidade com o SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como um importante espaço para ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo (Paiva *et al.*, 2019).

Nasser *et al.* (2017) corroboram os autores supracitados na medida que ressaltam que as recomendações políticas e o delineamento dos programas de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) guardam relação com os atributos e as finalidades do trabalho em APS. Nesse cenário, mostra-se importante evidenciar as políticas, protocolos e recomendações elaborados pelo Brasil relacionados às atribuições da APS para efetivação da SSR no SUS: as Políticas Nacionais de IST e Aids, Atenção Integral à Saúde da Mulher, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Atenção Integral à Saúde do Homem, Atenção Básica, Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o Marco Legal “Saúde, um Direito de Adolescentes” e os Cadernos de Atenção Básica nº 18, “HIV/Aids, Hepatites e outras DST” e nº 26, “Saúde Sexual e Reprodutiva” (Nasser *et al.*, 2017).

Dessa maneira, por constituírem o primeiro nível de atenção do SUS, as Unidades de Atenção Primária são os espaços responsáveis por acolher as demandas de saúde sexual e reprodutiva da população, principalmente devido à proximidade territorial que presume redução de barreiras de acesso e maior entendimento de aspectos sociais, culturais e familiares. Nesse sentido, cabe à equipe multidisciplinar da APS ao receber demandas de saúde sexual e reprodutiva, o acolhimento e a orientação, além de um atendimento ético, digno e respeitoso, baseado não em valores pessoais ou julgamentos morais, mas em boas práticas técnicas e humanas (Rio de Janeiro, 2023).

Entretanto, autores ressaltam diversas limitações na assistência ao planejamento reprodutivo no SUS (Paiva *et al.*, 2019; Heilborn *et al.*, 2009): dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, principalmente à esterilização cirúrgica; reduzidas opções e até falta de métodos contraceptivos nas UBS; dificuldade de adesão às atividades educativas do planejamento reprodutivo e escassa participação masculina; abordagem educativa com enfoque na contracepção e nas doenças transmitidas pelo sexo; necessidade de capacitação e educação permanente para profissionais; falta de acompanhamento clínico do método contraceptivo adotado e da saúde dos participantes do planejamento reprodutivo.

E quando se considera a atenção à saúde sexual e reprodutiva na APS direcionada especificamente aos/às adolescentes, as dificuldades são ainda maiores. Alves e Brandão (2009, p. 667) notaram em sua pesquisa que a frequência de idas às unidades de saúde dos jovens é mínima e que “os profissionais de saúde nem sempre estão habilitados para atender as demandas desse público, criando uma situação de distanciamento que dificulta a difusão do conhecimento, a troca de experiências e a realização de uma assistência pautada pelo diálogo e acolhimento”.

Apesar das limitações, a assistência à regulação da fecundidade, na perspectiva do planejamento reprodutivo, é fundamentalmente uma ação de promoção da saúde e de potencialização do exercício do direito reprodutivo (Paiva *et al.*, 2019). Cavalari (2022) ainda destaca que as ações de planejamento reprodutivo são importantes intervenções de saúde visto que o uso dos métodos de contracepção e, conseqüentemente, a redução do tamanho das famílias acarretam redução da morbimortalidade.

No que tange à atenção em anticoncepção, mostra-se muito importante que os profissionais ofereçam diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (Brasil, 2013). Devem ser consideradas características como inocuidade, eficácia, aceitabilidade, disponibilidade ou acesso gratuito, facilidade de uso e reversibilidade ou recuperação total da fertilidade (correspondente à faixa etária da usuária) (Cavalari, 2022). Ainda de acordo com a autora, fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários também são importantes: estado de saúde; escolha pessoal; característica da personalidade da pessoa; condições econômicas; fase da vida; estilo de vida; padrão de comportamento sexual; aspirações reprodutivas.

Conforme dados do Relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde - Conitec (Brasil, 2022), o SUS disponibiliza vários métodos contraceptivos: hormonais (de uso oral e injetável), de barreira (diafragma e preservativos),

Dispositivo Intrauterino e, ainda, os métodos de esterilização de caráter cirúrgico e definitivo (laqueadura e vasectomia). O relatório ainda reforça que a escolha do método deve acontecer de forma livre e informada, considerando o que seja mais adequado à realidade de cada pessoa, e destaca que o uso do preservativo é o único método que além de evitar a gravidez, também protege contra as IST.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 identificou que:

[...] entre as mulheres de 15 a 49 anos que ainda menstruam e que eram sexualmente ativas nos últimos 12 meses, 22,9% usavam algum método de esterilização (17,3% a laqueadura e 5,6% a vasectomia), 4,4% o DIU, 9,8% a injeção e 40,6% a pílula anticoncepcional, 20,4% a camisinha masculina, 0,6% algum outro método moderno (camisinha feminina, anel, adesivo, etc.) e 1,2% algum método tradicional (tabelinha, coito interrompido, etc.) (IBGE, 2021, p. 93).

Ainda de acordo com os dados da PNS 2019, percebeu-se que o tipo de método contraceptivo utilizado pelas mulheres pesquisadas variou de acordo com a faixa de idade: entre as mais novas (de 15 a 24 anos) 51,0% usavam pílula contraceptiva, 17,2% injeção e 26,5% camisinha; para as mulheres entre 25 e 34 anos, os métodos de esterilização já apareceram com 15,2% e o DIU com 5,4%; e para o grupo de mulheres mais velhas (35 a 49 anos), 38,7% realizaram laqueadura ou tinham parceiro que fez vasectomia (IBGE, 2021).

Outra referência interessante a se considerar nesse cenário é o inquérito realizado no ano de 2015, no município de São Paulo, com mais de 2800 mulheres sexualmente ativas em idades entre 15 e 44 anos. Nesta pesquisa, Lago *et al.* (2020) constataram que cerca de 85% das participantes usavam algum método contraceptivo no momento da entrevista e que destas, apenas 2,5% referiram fazer uso do DIU de cobre com essa finalidade.

Diante desse cenário, é possível notar que apesar da introdução do Dispositivo Intrauterino como método contraceptivo na rede pública de saúde brasileira datar o ano de 1984, antes mesmo da constituição do Sistema Único de Saúde em 1990 (Palis, 2024), ele ainda apresenta registros de subutilização no Brasil. Ademais, o fato do dispositivo ser um método altamente eficaz (taxa de falha em torno de 0,2%), apresentar mínima ou nenhuma interferência durante a relação sexual, boa relação custo-efetividade, não dependência de modo de uso pela usuária (embora seja dependente do profissional de saúde para inserção e retirada), baixo registro de efeitos sistêmicos no organismo e rápido retorno à fertilidade após a descontinuação do uso (Whaley *et al.*, 2015 *apud* Cavalari, 2022), ainda não tem garantido a sua utilização em larga escala no país.

O DIU de cobre é um dos métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC) e está entre os métodos mais vantajosos em comparação aos outros, considerando o seu mecanismo de ação, tempo de funcionamento e modo de uso (Souza Filho, 2017). Além disso, pode ser utilizado por mulheres jovens, adolescentes e nuligestas (Cavalari, 2022), não contém hormônios, apresenta duração de até 10 anos, não interfere na lactação e tem uma das maiores taxas de continuidade entre os métodos reversíveis (Brasil, 2018).

“A oferta do DIU de cobre no Sistema Único de Saúde é também justificada com base nas finalidades de redução do alto índice de gestações imprevistas e das taxas de mortalidade materna no país, e sob a proposta de promoção da autonomia reprodutiva das mulheres”, complementa Palis (2024, p. 57).

No que se refere às contraindicações, o Ministério da Saúde (Brasil, 2018) destaca as anormalidades uterinas, alguns miomas uterinos, presença de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite e ainda orienta que no pós-parto o DIU não deve ser inserido na presença de febre e mulheres em uso de anticoagulantes.

No Brasil, o uso do DIU ainda é pouco frequente e estudos (Gonzaga *et al.*, 2017) associam essa subutilização do método às questões de acesso aos serviços de saúde e utilização destes. De acordo com as autoras, esse acesso pode apresentar graus diferentes de facilidades ou dificuldades, que dependem, por sua vez, da organização dos serviços de saúde, dos recursos disponíveis (nesse caso, os métodos contraceptivos) e das características da oferta, determinando a resposta às necessidades de saúde de uma população.

Como antes citado, há diversas barreiras organizacionais e individuais que permeiam o acesso das mulheres ao DIU no país (Gonzaga *et al.*, 2017). No que se refere às barreiras organizacionais, as autoras destacam: critérios desnecessários para sua inserção (como o condicionamento à participação em grupos educativos); oferta insuficiente e descontinuada do método, conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre o DIU; falta de profissionais habilitados; exclusividade do profissional médico para sua inserção; e ausência de protocolos simplificados (Bergin *et al.*, 2012; Hayashi; Nogueira, 2007; Secura *et al.*, 2010; Heilborn *et al.*, 2009). Dentre as barreiras individuais, destacam-se o baixo nível de conhecimento das mulheres e dos casais sobre o método e os mitos e tabus acerca do DIU reproduzidos pela sociedade (Gonzaga *et al.*, 2017).

Nesse cenário, observa-se que ambas as barreiras são vivenciadas nos serviços da Atenção Primária à Saúde no país e atuam impedindo o pleno acesso da população ao DIU e contribuindo diretamente para a baixa frequência de seu uso, constituindo-se como um

entreve ao pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (Gonzaga *et al.*, 2017; Heilborn *et al.*, 2009)

Sendo assim, a identificação e superação desses desafios para a efetivação da atenção à saúde sexual e reprodutiva na APS se mostra essencial para que haja uma oferta satisfatória do serviço de anticoncepção com a utilização deste dispositivo, considerando sua grande importância nas ações do planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. Além disso, estudos internacionais (Secura *et al.*, 2010) ainda evidenciam que quando o DIU é ofertado mediante adequado aconselhamento, a maioria das mulheres tende a optar por sua colocação (Cavalari, 2022).

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo socioantropológico que utilizou o método etnográfico para conhecer a dinâmica de funcionamento da Atenção Básica à Saúde no que se refere à implementação do dispositivo intrauterino de cobre em um município da Baixada Fluminense, região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

No que se refere ao método utilizado, Eckert e Rocha (2008) destacam:

A pesquisa etnográfica constituindo-se no exercício do olhar (ver) e do escutar (ouvir) impõe ao pesquisador ou a pesquisadora um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ele ou por ela observado através da sua participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada se lhe apresenta (Eckert; Rocha, 2008, p. 2).

O trabalho de campo foi realizado entre abril e dezembro de 2023, período em que atuei como residente em Saúde Coletiva em um equipamento de nível central da Secretaria de Saúde do referido município. Nesse contexto, acompanhei os processos de trabalho cotidianos que dizem respeito ao fomento da disponibilização do DIU de cobre neste município, como reuniões, capacitações de profissionais de saúde, construção de nota técnica, tomadas de decisão etc., e registrei por escrito as experiências observadas no diário de campo<sup>3</sup>. Só foi possível acompanhar e participar desses processos porque a coordenadora da linha de cuidado em saúde da mulher<sup>4</sup> foi muito receptiva à minha presença e fez questão da minha atuação na área técnica.

Ao longo desses oito meses de inserção no campo, tive a oportunidade e o interesse de participar de muitos momentos relacionados à tentativa de ampliação do acesso ao DIU de cobre no município e todos eles foram registrados e utilizados como material para o presente trabalho. O primeiro deles foi ainda no mês da minha chegada ao setor, quando foi solicitado que eu e a outra residente contribuíssemos avaliando e dando sugestões para a nota técnica sobre inserção de DIU que estava sendo construída naquele momento e seria publicada em breve.

---

<sup>3</sup> A monografia integra um projeto de pesquisa mais amplo, designado “Governança reprodutiva: desafios para o Sistema Único de Saúde no Brasil”, sob coordenação da professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ, Elaine Reis Brandão, com apoio do CNPq (processo n. 307789/2022-5), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto (CAAE: 70477623.7.0000.5286). Além disso, a ciência e utilização do material empírico derivado de minha atuação como residente em Saúde Coletiva no referido município foi aprovada pelo secretário municipal de saúde em documento por ele assinado.

<sup>4</sup> A coordenadora em questão é uma mulher branca, enfermeira obstétrica e está neste cargo de gestão há 4 anos.

A partir de então, o DIU passou a fazer parte da minha rotina como residente e comecei a participar de outros processos relacionados à oferta desse método contraceptivo na Atenção Básica à Saúde do município. Dentre esses processos, se destacam a construção de uma cartilha informativa que seria entregue às mulheres após o procedimento — que contemplava assuntos como informações sobre o direito de escolha do método contraceptivo garantido em lei, orientações para o período pós-inserção e sinais de alerta para buscar uma unidade de saúde, em caso de alguma complicação surgida — e a participação em seis das sete capacitações de médicos das equipes de saúde da família das UBS para inserção do dispositivo.

As capacitações aconteceram nos dias 17/05/2023, 18/05/2023, 24/05/2023, 25/05/2023, 31/05/2023, 01/06/2023 e 28/09/2023. Eu não estive presente em apenas uma delas, no dia 18/05/2023, devido à reunião de tutoria da residência em que a presença de todas as residentes foi requisitada pela coordenação, e por esse motivo não coletei maiores dados nesse dia específico. Sendo assim, considerei apenas os seis dias de capacitação em que estive presente para desenvolver o trabalho.

Particpei da capacitação de vinte e um médicos atuantes na estratégia de saúde da família de quatro UBS diferentes, sob preceptoría de três médicos de família (que também eram preceptores de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade que tem o município como campo prático) que revezaram entre si ao longo dos dias de treinamento de acordo com a disponibilidade.<sup>5</sup> A maioria das capacitações ocorreu na clínica da família em que os médicos preceptores estavam lotados, sendo apenas duas delas em outras UBS do território.

Os médicos preceptores permitiram que eu estivesse presente em todos os momentos das capacitações, desde a parte inicial mais teórica até o momento do treinamento prático. No início de toda capacitação eu me apresentava aos médicos como residente em saúde coletiva e informava também que estava acompanhando todas as capacitações devido ao meu interesse em estudar a oferta de DIU na APS. Além disso, eu estava sempre acompanhada por um caderno e uma caneta para anotar tudo que achasse relevante para o meu trabalho. Diante disso, uma das médicas preceptoras solicitou, em tom de descontração, que eu “*falasse bem dela*” no meu caderno e mencionou algumas vezes que eu fazia muitas anotações.

---

<sup>5</sup> Dos 21 médicos em treinamento, 15 eram do sexo feminino, enquanto 6 eram do sexo masculino. A preceptoría das capacitações, por sua vez, era composta por um homem e duas mulheres.

Apesar dos treinamentos não seguirem um protocolo padrão, pode-se dizer que os preceptores compartilhavam uma mesma lógica. O momento inicial era sempre dedicado a uma orientação teórica, mas a forma como a teoria era transmitida variava de acordo com o preceptor e com o dia de capacitação: explicação oral aliada a um vídeo de inserção de DIU de cobre do *YouTube*, explicação oral acompanhada de um pequeno modelo anatômico para demonstrar o procedimento ou somente a explicação oral.

Após, iniciava-se a parte prática do treinamento. Na maioria das vezes, os médicos preceptores realizavam uma primeira inserção explicando o passo a passo do procedimento e depois o profissional em treinamento realizava as inserções seguintes com apoio do preceptor. Alguns médicos solicitavam que os preceptores conduzissem mais de um procedimento para que compreendessem melhor a técnica antes de a colocarem em prática. Fez-se necessário também em vários momentos que os médicos preceptores assumissem o procedimento devido a dificuldades apresentadas pelos treinandos.

Divergindo de todas as outras capacitações, houve uma específica em que um dos profissionais que estava na preceptoria do treinamento decidiu que o médico que estava sendo capacitado já realizaria a inserção sem antes observá-lo inserindo e o resultado não foi satisfatório. O profissional apresentou muita dificuldade, o procedimento foi mais demorado pois o preceptor precisou explicar o passo a passo naquele momento e enquanto isso a paciente se queixava e emitia sons característicos de quem estava sentindo dor. Por fim, o médico preceptor precisou assumir a inserção do dispositivo. A situação descrita demonstra que a falta de padronização nas capacitações pode trazer prejuízos às pacientes e ao aprendizado dos treinandos.

Como estive presente em seis dias de capacitação, é possível dizer que construí uma relação amigável com os médicos preceptores. Além de explicar o método de inserção do DIU para os médicos das UBS, eles faziam questão de explicar também para mim, me chamavam para ver o colo do útero, para entender como se deve cortar a “cordinha” do DIU (apesar da execução do procedimento não passar nem perto da minha formação de base em Psicologia e nem da residência em saúde coletiva).

Considerando minha participação assídua nas capacitações, eu ouvia comentários dos médicos preceptores como “*já sabe colocar mais DIU do que eu de tanta capacitação que ela já participou*”, além de perguntas no momento da orientação teórica como “*e aí Ju, mais alguma coisa que eu tenha esquecido de falar?*”.

Durante as capacitações, também aconteceram interações com as usuárias da APS que compareciam para inserir o DIU nesse momento de treinamento médico. Algumas vezes elas

eram orientadas sobre o fato de que os médicos estavam sendo capacitados naquele momento e outras não, evidenciando que a ciência pelas usuárias de um procedimento sob circunstâncias de treinamento médico não era regularmente declarado. Em alguns momentos que as mulheres demonstravam muito nervosismo por conta do procedimento, eu buscava tranquilizá-las. Houve uma situação específica também em que uma paciente estava sentindo muita dor durante a inserção e eu fiquei conversando com ela por alguns minutos com o intuito de distraí-la um pouco e amenizar sua dor.

Capturada por essa temática, passei a acompanhar e apoiar de uma maneira geral as ações da linha de cuidado de saúde da mulher, juntamente com a enfermeira e a técnica de enfermagem responsáveis pela linha, no que tange à elaboração de fluxos (da coleta do exame citopatológico e do pré-natal), às tentativas de construir um Comitê de Mortalidade Materna no município, às visitas institucionais aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) para sensibilizar as usuárias do serviço em relação a temas que dizem respeito à Saúde da Mulher (por exemplo, a oferta do DIU), às reuniões técnicas com as enfermeiras ponto-focais de SM nas unidades e a visita ao Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM).

Além disso, fez parte da minha atuação o apoio para elaboração dos relatórios enviados à Secretaria de Estado de Saúde (SES) sobre a situação da Saúde da Mulher no município e o preenchimento das planilhas de controle de inserção de DIU de cobre como prestação de contas também para a SES-RJ.

Todas as atividades supracitadas foram descritas no diário de campo e foram utilizadas como material, juntamente com os registros de interações no cotidiano do serviço entre profissionais que tinham relação com a temática da inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre no município. Assim, reuni um conjunto rico de elementos que nos possibilitam refletir e sistematizar os muitos desafios que ainda se erigem na ampliação da oferta deste método contraceptivo de forma abrangente e contínua na rede pública de serviços de saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados serão apresentados e, simultaneamente, discutidos a partir de dois eixos temáticos complementares: as barreiras de acesso ao DIU de cobre identificadas em um município da Baixada Fluminense e os desafios colocados para ampliação da oferta do dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Básica à Saúde deste mesmo município. Entretanto, primeiro mostra-se necessário contextualizar o espaço geográfico e social que é pano de fundo da presente pesquisa.

O município em questão fica localizado na Baixada Fluminense, uma região vizinha à capital do estado do Rio de Janeiro que é composta por outros doze municípios. A expressão Baixada Fluminense está relacionada à configuração fisiográfica do local: uma área plana, rebaixada em relação ao nível do mar, atravessada por rios e canais e com extensas planícies de inundação (Britto *et al.*, 2019). Para além das características geográficas, esta é uma região que apresenta alta densidade populacional, com concentração de grupos populacionais em bolsões de pobreza e problemas sociais complexos (Oliveira *et al.*, 2016).

De acordo com o Observatório Legislativo da Intervenção Federal na Segurança Pública no Rio de Janeiro (OLERJ, [2017]), a Baixada Fluminense possui em torno de 3,7 milhões de habitantes, concentrando cerca de 22,57% da população do estado do Rio de Janeiro. Por se tratar de um território extenso e heterogêneo, pode-se dizer que há várias baixadas do ponto de vista de seus moradores, com diferentes representações sobre o lugar: de migração, cidade dormitório, passando pela violência, a lugar marcado pela ausência do Estado, até território produtivo e mercado consumidor (Miagusko, 2016).

No que se refere ao município pesquisado, a sua população é de 167.127 pessoas, sendo 88.799 mulheres e 78.328 homens, de acordo com os dados do IBGE (2023). Em relação à ABS, o município conta atualmente com 12 Unidades Básicas de Saúde e 50 Equipes de Saúde da Família, contribuindo para a cobertura de Saúde da Família em 92% do território. Desde 2017, vem ocorrendo um movimento de expansão da Atenção Primária em Saúde no município, com a construção e reforma de UBS e contratação de profissionais para esse nível de atenção. Além disso, o município também possui uma policlínica municipal, uma maternidade e uma Unidade de Pronto Atendimento, sendo ambas estaduais.

## 5.1 BARREIRAS DE ACESSO RELACIONADAS À INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE

### 5.1.1 Exclusividade do profissional médico para inserção do dispositivo

No município pesquisado, somente a categoria médica foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde a inserir o DIU de cobre. Segundo Gonzaga e colaboradores (2017), a limitação da atuação de outros profissionais de saúde na inserção do DIU, como enfermeira/os, pode se constituir em barreiras para inserção do dispositivo, uma vez que esse profissional nem sempre está capacitado ou disponível para tal inserção (Figueiredo *et al.*, 2014).

Em contrapartida, somente o/as enfermeiro/as realizam exame citopatológico na APS do referido município. Os médicos pesquisados, por sua vez, não possuem essa incumbência. Considerando essa informação, notei relatos durante as capacitações de profissionais médicos sobre as suas dificuldades em inserir e posicionar o espécule por não terem contato com o instrumento há muito tempo — alguns desde a graduação. Comentários de que nunca manusearam um espécule antes daquele treinamento também estiveram presentes. Se são as/os enfermeiras/os que coletam o exame citopatológico com competência, por que não estariam aptas/os à inserção do DIU de cobre, do ponto de vista de sua capacitação técnica?

A exclusividade do médico para inserção do DIU de cobre também pode ser relacionada a uma oferta descontinuada do método devido à alta rotatividade de profissionais médicos na rede de saúde do município. Tive contato com situações em que o médico participava da capacitação e pouco tempo depois chegava a informação de que o mesmo solicitou desligamento do município, para atuar em outra localidade.

É fato que uma certa rotatividade é esperada, principalmente de uma categoria que possui um leque grande de oportunidades de trabalho e uma quantidade menor de profissionais em relação à demanda de atendimentos em saúde. Além disso, tendo em vista que o local de trabalho é a Atenção Primária à Saúde de um município da Baixada Fluminense, distante do centro da cidade do Rio de Janeiro, onde comumente residem, e que o vínculo profissional gerido pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) não contempla férias e outros direitos trabalhistas, há poucos estímulos à permanência no município.

Sobre tal aspecto, Américo et al. (2024) relacionam a rotatividade da categoria médica à redução de carga horária e aos cortes de financiamento, mudanças advindas da instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. Ademais, os autores ainda destacam

que a rotatividade de profissionais afeta a longitudinalidade do cuidado, um dos pilares essenciais da Atenção Primária à Saúde.

Quanto à prerrogativa da exclusividade da categoria médica para habilitação e realização do procedimento, surge a pergunta “e a enfermagem?”. De acordo com o Ministério da Saúde (2023), os enfermeiros também estão autorizados a inserir o dispositivo intrauterino de cobre. Por meio de nota técnica, o órgão recomendou a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) por enfermeiros e médicos no âmbito do planejamento reprodutivo (Brasil, 2023). No entanto, para efetivar a nota em nível local é preciso haver articulação com os municípios, por meio da Secretaria Municipal de Saúde.

2.18. Com vistas à ampliação do acesso aos métodos contraceptivos na APS para a promoção da saúde reprodutiva; para que o planejamento reprodutivo e familiar seja adequado às necessidades das pessoas em seus diferentes momentos de vida; para que haja uma redução das gestações não planejadas, dos abortos inseguros, e da morbimortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde enfatiza a importância dos(as) profissionais enfermeiros(as) como estratégia de ampliação do acesso ao DIU para a satisfação das necessidades contraceptivas das adolescentes, mulheres e pessoas com útero (Brasil, 2023, p. 2).

3.2. Desta forma, o Ministério da Saúde recomenda a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) por médicos(as) e enfermeiros(as), desde que qualificados(as) para a inserção de métodos contraceptivos no âmbito do planejamento reprodutivo e familiar, e que sua inserção seja realizada após registro de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Brasil, 2023, p. 2).

Além do Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Enfermagem, em 2022, aprovou a Resolução de Nº 690/2022 a qual respalda a inserção e retirada do DIU pelo profissional enfermeiro no âmbito do SUS, na Atenção Primária e Especializada à Saúde, a partir de protocolos assistenciais, normas e rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão-POP (COFEN, 2022; Cavalari, 2022).

Ademais, estudos apontam que enfermeiro/as capacitados realizam o procedimento de forma tão segura quanto os médicos, sem comprometer a qualidade do serviço e sem diferença em relação a presença de intercorrências quando comparadas às inserções realizadas por ambas as categorias (Polus *et al.*, 2015; Yadav *et al.*, 2016; Trigueiro *et al.*, 2020 *apud* Cavalari, 2022).

Entretanto, enfermeira/os que atuam na gestão da saúde do município trazem à tona outras faces dessa temática acompanhadas de um certo receio em investir nessa direção. Por um lado, temem que a inserção de DIU se torne mais uma atribuição exclusiva da/os

enfermeira/os, sobrecarregando ainda mais a categoria, e os médicos se desresponsabilizem de vez deste procedimento.

Por outro lado, questiona-se a qualidade técnica dos profissionais de enfermagem que atuam nas Clínicas da Família, devido a alguns erros ocorridos em procedimentos mais simples. Dados do Ministério da Saúde apontam que menos da metade dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família estão capacitados para atuar diretamente com saúde da mulher (Brasil, 2004). Além disso, é importante trazer à reflexão que apesar dos médicos também serem passíveis de erros, essa insegurança por parte dos gestores com a realização do procedimento só se mostrou presente diante da possibilidade de inserção pela categoria de enfermagem, mesmo considerando que os profissionais seriam treinados para tal.

Diante das informações apresentadas, mostra-se interessante pontuar que em minha experiência de estágio eletivo (ainda enquanto residente de segundo ano) no município do Rio de Janeiro, na Coordenadoria de Atenção Primária 5.2, onde o/as enfermeiro/as estão habilitados para inserção do DIU na APS, um profissional importante da gestão compartilhou comigo que percebeu que os médicos “se motivaram” a inseri-lo quando o/as enfermeiro/as passaram a também o fazer. Outra profissional que também acompanhou de perto esse movimento relatou percepção contrária da disponibilidade médica, associando o aumento da motivação dos médicos à chegada do DIU hormonal, ou seja, do sistema intrauterino com levonorgestrel (conhecido como DIU Mirena®), com duração para cinco anos, no município do Rio de Janeiro, como se este último dispositivo fosse mais prestigiado pela categoria.

### **5.1.2 Ausência de profissionais habilitados para inserir o dispositivo e a falta de adesão da categoria médica às capacitações e à realização do procedimento**

A ausência de profissionais habilitados para inserção do dispositivo no município, a falta de adesão às capacitações propostas pela gestão e o desinteresse em realizar o procedimento foram barreiras de acesso identificadas no presente trabalho e que serão exploradas neste tópico.

Fonsêca (2021) destaca que a falta de treinamento e a qualidade do treinamento, quando oferecido, são fatores que contribuem para a objeção à inserção de DIU. Nesse contexto, os resultados da autora vão ao encontro do que foi percebido no município, sobretudo em relação à falta de treinamento para tal procedimento. Das 12 Unidades de Atenção Básica, apenas a metade foi contemplada com a capacitação até dezembro de 2023,

período em que foi realizada a pesquisa. Além disso, o fato da unidade ter recebido a capacitação não foi sinônimo de adesão e participação de todos os médicos nela atuantes. Ou seja, não houve um comprometimento ético e político entre profissionais treinados e a obrigatoriedade de realização do procedimento, um direito das mulheres usuárias do SUS.

Ao longo dos dias de treinamento, muitas situações envolvendo a categoria médica emergiram: recusa em participar da capacitação; não comparecimento à unidade onde seria realizado o treinamento sem justificativa prévia; comentários de que não ganhariam a mais por tal procedimento, que não eram obrigados a inserir o dispositivo e que seria mais um acúmulo dentre as funções que desempenham. Alguns profissionais, por sua vez, estiveram presentes ao treinamento, no entanto, não apresentavam interesse em aprender a inserir o dispositivo, e dedicavam mais tempo manuseando os próprios celulares do que tirando dúvidas ou observando de perto a realização do procedimento.

No entanto, é preciso ressaltar também que houve profissionais dispostos a aprender a inserir o DIU de cobre e colocar em prática tal procedimento em suas unidades de atuação. Um aspecto interessante é o de que os médicos que tinham alguma especialização, residência ou até uma demonstração de interesse por saúde da família se mostraram mais dispostos a realizar o procedimento.

Cavalari (2022) chama a atenção para um ponto extremamente importante na garantia do acesso ao DIU: a responsabilidade profissional. Para a autora, a unidade pode dispor de todos os equipamentos necessários, ofertar cursos de capacitação, possuir o investimento financeiro adequado, mas, se o profissional da saúde não assumir o compromisso com a oferta do serviço, constitui-se mais uma barreira para o acesso. Daí a importância da formação destes profissionais no intuito de compreenderem as questões relativas ao gênero, à reprodução e à sexualidade para sua sensibilização.

Mostra-se essencial o papel dos serviços de saúde, principalmente da Atenção Básica, na ampliação da oferta ao DIU e na criação de um ambiente mais favorável ao seu uso (Borges *et al.*, 2020). É neste espaço que as usuárias do SUS podem não somente se informar sobre o dispositivo, mas sobretudo compreender a eficácia e segurança do método por meio do contato com os profissionais (Cavalari, 2022).

Dos vinte e um médicos que compareceram às capacitações, a maioria não colocou em prática tal procedimento nas suas respectivas unidades. Os principais argumentos utilizados para justificar tal recusa foram: questões estruturais e materiais das unidades (que serão exploradas no próximo tópico); a insegurança pessoal em realizar os procedimentos mesmo após as capacitações; e a carga horária reduzida de todos os profissionais de saúde, que se

manteve de julho a novembro de 2023, no município devido a uma crise financeira na Secretaria Municipal de Saúde divulgada como “calamidade pública na saúde”.

Para além da crise financeira mencionada acima, é relevante destacar que o município pesquisado apresenta uma importante instabilidade institucional na gestão de equipamentos públicos (como os serviços de saúde), sobretudo em anos (pré)eleitorais. A conjuntura sociopolítica da cidade, marcada pela grande influência de agentes públicos municipais (prefeitos e vereadores) se assemelha a outros municípios da Baixada Fluminense, como apontam Souza e Silva (2014).

No que tange à insegurança médica em relação ao procedimento em foco, destaco quatro possibilidades. A primeira é que a insegurança esteja relacionada a uma interpretação dos profissionais de que a inserção de DIU é um procedimento complexo e arriscado. A segunda tem relação com uma forma de mascarar o desinteresse em realizar o procedimento, que não traria remuneração adicional, como pode ser percebido em comentários durante as capacitações: *“como será a cobrança em relação à colocação de DIU?”*, *“em relação à obrigatoriedade de inserir, como vai funcionar?”*, *“eu penso que é acumular mais uma função”*.

Um terceiro ponto estaria relacionado com o receio de sofrer retaliações e/ou ter que vir a responder juridicamente por eventuais erros cometidos na realização do procedimento. Perguntas como *“gera processo se a mulher engravidar?”* exemplificam a questão. Nessa conjuntura, um dos preceptores do treinamento chegou a evidenciar a importância do secretário de saúde assumir uma postura de tranquilizar os médicos e reforçar que estes profissionais estariam respaldados pelo município e que não seriam processados.

A quarta possibilidade consiste em correlacionar essa insegurança com o formato das capacitações, visto que mesmo após participarem dos treinamentos os médicos afirmavam não se sentir seguros para realizar o procedimento, e com a ausência de um protocolo municipal, considerando que ambos podem contribuir para uma sensação de desamparo do profissional.

Osis *et al.* (2004, 2006) salientam a importância de uma capacitação apropriada visto que ela está diretamente ligada à qualidade da atenção, além de enfatizar que os trabalhadores, principalmente aqueles que estão à frente do processo de trabalho, estejam sensibilizados e capacitados para atender as necessidades da usuária. Nesse contexto, mostra-se relevante questionar o formato dos treinamentos oferecidos aos profissionais e repensar se a carga horária foi suficiente, se o passo a passo do procedimento foi transmitido de forma satisfatória nos âmbitos teórico e prático etc. A avaliação dos treinamentos por parte daqueles envolvidos torna-se crucial para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho na APS.

A ausência de um protocolo municipal em que os profissionais pudessem se respaldar, além de seguir as orientações, também se mostra uma peça fundamental para compreender a dinâmica que se estabeleceu nessa localidade. Estudos mostram a importância dos protocolos assistenciais no processo de trabalho em saúde, uma vez que normatizam e padronizam a oferta/inserção/revisão/retirada do DIU de cobre na Atenção Primária do município, além de sistematizar o cuidado aos usuários e proporcionar uma assistência com embasamento científico (Piler *et al.*, 2019; Martins *et al.*, 2023). Cavalari (2022) ainda acrescenta que esses documentos orientam fluxos, condutas e procedimentos, concedem direcionalidade, atualidade e adequação às ações cotidianas de saúde.

É importante mencionar que a elaboração de uma nota técnica municipal de orientação para inserção de DIU estava sendo construída, no entanto, não chegou a ser finalizada e publicada até o fim da pesquisa, evidenciando descon continuidades nos processos de trabalho dos gestores. Houve troca da coordenação médica da Atenção Básica nesse período, o que pode ter influenciado a interrupção do processo. Como os autores Martins *et al.* (2023, p. 144) salientaram, “a falta de um protocolo faz com que os profissionais fiquem sem ter um documento padrão que o respalde, o que pode estar influenciando nas baixas taxas de oferta e inserção”.

Dessa maneira, mostra-se interessante pontuar que os protocolos municipais são relevantes principalmente por permitirem a adaptação de documentos nacionais ou estaduais à realidade de um município, facilitando a flexibilidade para ajustes aos contextos locais e às necessidades das usuárias (Cavalari, 2022). E a ausência dos protocolos, a não utilização dos mesmos, a sua aplicação de forma incorreta ou, ainda, o emprego destes com equívocos nas orientações podem se tornar barreiras organizacionais ao uso do DIU (Gonzaga *et al.*, 2017).

### **5.1.3 Dificuldades na gestão e planejamento da oferta do método na APS**

Fonsêca (2021) traz à luz questões importantes para somar à discussão sobre as barreiras de acesso ao DIU de cobre na Atenção Básica. De acordo com a autora, “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” (p. 65).

Os resultados da presente pesquisa corroboram a citação acima na medida em que se observou que os desafios para garantir o acesso ao dispositivo nos territórios de residência das usuárias eram reflexo de dificuldades na gestão em saúde das esferas centrais, sobretudo na

coordenação médica e na área técnica em saúde da mulher, principais responsáveis pelo planejamento da oferta do método na APS.

A troca da coordenação médica em meados de 2023 foi um marco importante para o fracasso da “trajetória” do DIU no município. O primeiro coordenador médico antes de ocupar o cargo, era preceptor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e bastante comprometido com os princípios da ESF. Assim, ele implementava uma cobrança dos profissionais médicos para que se colocasse em prática a Carteira de Serviços da APS (Brasil, 2019) e as atribuições dos médicos de família (sendo a inserção de DIU uma delas), no sentido de garantir uma assistência devida. Após sua saída do município e troca subsequente da coordenação médica, prevaleceu principalmente o corporativismo e a condescendência do segundo coordenador com o desinteresse da maioria da categoria em realizar o procedimento. O fato do novo coordenador ter sido um dos médicos capacitados durante os treinamentos e, dessa forma, não apresentar domínio na inserção do dispositivo pode ter contribuído para a falta de engajamento nessa temática.

Distorções na compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos pelos médicos também foram percebidas, o que pode ter influenciado na descontinuidade do processo de ampliação do acesso ao dispositivo. Nesse contexto, destaca-se um comentário proferido em um espaço institucional de que era necessário “castrar” as mulheres em situação de rua para que não tivessem mais filhos.

Cerca de um mês após ouvir esse comentário, deparei-me com uma reportagem que foi publicada em sites e jornais sobre um prefeito de um município localizado no sul do estado do Rio de Janeiro que dizia defender a “castração” de mulheres da cidade para controlar a população de crianças (UOL, 2023). Essas duas situações evidenciam uma realidade preocupante visto que demonstram que pessoas (em sua maioria, homens brancos de classes médias) que estão ocupando cargos de liderança na gestão pública não têm noção do que são os direitos sexuais e reprodutivos. Dessa maneira, torna-se ainda mais difícil pensar na garantia dos mesmos, na construção de políticas públicas nessa área e na efetivação das ações já existentes.

No que tange especificamente à gestão em saúde, Lorenzetti e colaboradores (2014) verificaram em seu estudo que há fragilidades no exercício da administração e processos de gestão e também de organização do trabalho. Nesse sentido, é necessário ressaltar a falta de apropriação teórica das questões referentes à ampliação da oferta do DIU por parte da área técnica em saúde da mulher e a acomodação em um lugar de espera pela tomada de decisão da

coordenação médica, desempenhando um papel passivo e coadjuvante nesse processo tão importante para a garantia de uma necessidade de tantas usuárias.

As consequências da falta de articulação entre a coordenação médica e a área técnica de saúde da mulher associada às demais questões discutidas neste tópico podem ser demonstradas através do lamentável descarte dos kits para inserção de DIU devido ao prazo de validade do material. Além do desperdício de recursos públicos, tais insumos poderiam ter sido utilizados a tempo se o acesso ao dispositivo estivesse sendo garantido no município.

Nesse contexto, Lorenzetti *et al.* (2014) destacaram como principais fragilidades na gestão em saúde o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, a lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e processos de gestão e de organização do trabalho, além da alta rotatividade dos gestores das esferas federativas, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores.

As dificuldades na gestão da oferta do método na APS estão relacionadas às barreiras de acesso trabalhadas nos tópicos anteriores. Considerando que é de responsabilidade da coordenação médica e da área técnica em saúde da mulher a construção de um protocolo municipal para normatizar a inserção/revisão/retirada do DIU de cobre na Atenção Básica e a oferta de uma capacitação de qualidade que proporcione conhecimento e segurança para os profissionais, os impasses existentes nessa articulação influenciaram diretamente na garantia do acesso ao dispositivo.

Tendo em consideração que a oferta de um método contraceptivo é uma ação de promoção da saúde, Fonsêca (2021, p. 66) destaca: “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”.

Uma outra responsabilidade da gestão que merece ser explorada no presente trabalho diz respeito à distribuição dos (poucos) profissionais capacitados entre as unidades da APS. No município pesquisado, a maioria dos médicos que realizava o procedimento estava lotada em uma mesma clínica da família, enquanto uma unidade responsável por um território de muita vulnerabilidade social e com uma grande quantidade de gestantes não possuía nenhum profissional inserindo DIU.

Algo importante a ser destacado é que se pode identificar desigualdades na distribuição de profissionais capacitados para a inserção do DIU, entre as Unidades de Saúde. Alguns serviços possuíam apenas um profissional capacitado, enquanto outro possuía cerca de dez profissionais aptos a realizar o procedimento. Tal disparidade alerta para a desigualdade na distribuição

dos profissionais capacitados entre as localidades dos serviços e para a necessidade de mais profissionais capacitados nas unidades que estão desabastecidas ou com poucos profissionais, de forma a evitar sobrecarga profissional e, conseqüente, redução da qualidade do serviço ofertado (Cavalari, 2022, p. 43).

Assim como foi percebido durante a pesquisa, Cavalari (2022) nota que nas unidades que não realizam a inserção do DIU, não há estímulo aos profissionais por parte dos gestores, contribuindo, assim, para a falta de acesso para as mulheres atendidas naquelas localidades.

#### **5.1.4 Questões estruturais e materiais na rede de atenção à saúde**

As Unidades de Atenção Primária possuem questões estruturais e materiais que também podem se constituir como barreiras de acesso ao DIU de cobre. Cavalari (2022) destaca que não só a ausência de recursos humanos (profissionais capacitados) costuma ser utilizada como justificativa para a não realização do procedimento, mas também a falta de recursos materiais.

Durante as capacitações, os médicos preceptores se queixaram da qualidade dos espéculos, alegando que são muito frágeis e alguns quebram ao serem manuseados, e do foco de luz clínico hospitalar ou ginecológico. Inclusive houve um treinamento realizado in loco na unidade dos médicos capacitados em que foi necessário utilizar a lanterna do celular para conseguir concluir a inserção, pois o foco não estava proporcionando a iluminação necessária ao procedimento.

Queixas em relação à ausência de consultórios com banheiros e à falta de macas com apoio para as pernas também se fizeram presentes. Um dos médicos capacitados informou à gestão local da unidade que não iria realizar o procedimento enquanto não tivesse a perneira ginecológica na maca, no entanto, o equipamento estava em falta no município, sendo disponibilizado para a unidade somente em meados de dezembro. Até o fim da pesquisa tal médico ainda não tinha começado a inserir DIU nas usuárias do território.

Os participantes da pesquisa de Fonsêca (2021) também citaram material inadequado, falta de sala com maca apropriada e ausência de consultório ginecológico com banheiro como fatores impeditivos ou prejudiciais à inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre na APS, além da falta de equipamentos e material e déficits na manutenção.

Apesar de estudos (Fonsêca, 2021; Cavalari, 2022) apontarem uma escassez de material necessário para inserção do DIU nas Unidades de Atenção Básica, a falta de kits de inserção e de dispositivos não foi uma realidade encontrada no município pesquisado uma vez

que a Secretaria de Estado de Saúde disponibilizava o DIU e o almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde comprava os kits sem maiores intercorrências.

Percebe-se que, a partir do momento em que há uma equipe capacitada, o acesso das mulheres ao DIU é facilitado, e se dá de forma a não gerar transtornos, nem dificuldades. Contudo, quando a UBS não tem acesso ao DIU em si, a primeira porta para esse acesso já é fechada. No Brasil, o SUS tem por dever disponibilizar o DIU de forma gratuita, visto que, a APS tem a responsabilidade na assistência ao planejamento reprodutivo (Brasil, 2013 *apud* Cavalari, 2022, p. 44).

### **5.1.5 Demais fatores que dificultam o acesso ao DIU de cobre**

Os fatores que dificultam o acesso das usuárias ao DIU de cobre na APS não se limitam apenas às categorias apresentadas. Dessa maneira, serão discutidos neste tópico outros desafios percebidos no município pesquisado que influenciam na garantia do acesso ao dispositivo.

Ao longo da pesquisa, foram encontradas também barreiras individuais para o acesso ao DIU de cobre, como Gonzaga *et al.* (2017) problematizam. Durante as capacitações, mulheres compartilharam com os médicos muitos mitos e tabus que escutaram sobre o DIU e tiraram suas dúvidas com os profissionais. Uma usuária relatou que escutou muitos comentários sobre o dispositivo, inclusive que ele provoca câncer, enquanto outra mencionou que as pessoas aterrorizam muito quando o assunto é o DIU, mas acrescentou que são pessoas que não pesquisam pois ela própria pesquisou e teve acesso a informações verdadeiras sobre o dispositivo. Mesmo bombardeadas por tantas mentiras e distorções sobre o método, essas mulheres conseguiram chegar à realização do procedimento, mas quantas não chegam por conta disso?

Nesse contexto desfavorável para a escolha do método, a cartilha informativa por mim elaborada, já mencionada anteriormente, que seria entregue às mulheres após o procedimento poderia ter sido uma ferramenta para disseminar informações corretas sobre o dispositivo, pois além de contemplar orientações para o período pós-inserção e sinais de alerta para buscar uma unidade de saúde, também tinha como foco desmistificar mitos e tabus. No entanto, o material não foi sequer impresso mediante justificativa de falta de recursos do município.

O nível de conhecimento está diretamente associado ao uso e ao interesse em utilizar o DIU (Cavalari, 2022). Dessa forma, Borges e colaboradores (2020) destacam a importância das intervenções educativas uma vez que aumentam a proporção de mulheres com atitude positiva em relação ao dispositivo e mulheres com conhecimento prévio sobre o método têm

mais interesse em utilizá-lo. Se os serviços e profissionais de saúde, sobretudo da Atenção Básica, fornecerem informações oportunas e adequadas sobre o Dispositivo Intrauterino, a confiança no método pode aumentar e, conseqüentemente, a motivação para usá-lo (Gomez *et al.*, 2015).

Isso pode ser justificado pelo fato de que o aconselhamento funciona como um espaço de discussões oportuno para abordar informações equivocadas sobre o DIU e, portanto, desmistificá-lo, reduzindo a resistência das mulheres quanto ao seu uso. [...] A educação em saúde tem fundamental importância em instrumentalizar as pessoas na escolha do método (Cavalari, 2022, p. 36-37).

Outra barreira individual descrita por Gonzaga *et al.* (2017) se refere à crença de não ser apropriado para as mulheres nulíparas, jovens ou solteiras. Nesse sentido, percebe-se que o DIU é um método contraceptivo cercado por muitos equívocos entre as mulheres (POTTER *et al.*, 2014) e entre os próprios profissionais de saúde.

Em uma das reuniões intersetoriais em que a Saúde foi convocada para estar presente no município, um profissional de referência da área técnica em saúde da mulher ao apresentar as informações em relação à oferta de DIU na APS, expressou que o dispositivo não seria “tão recomendado” para as adolescentes, o que contraria totalmente o que preconiza o Ministério da Saúde.

Mulheres jovens e adolescentes podem utilizar o DIU com cobre, devendo-se aconselhar sempre o uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino). O DIU com cobre é um dos métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC) mais custo-efetivo para as adolescentes (Brasil, 2018, p. 13).

O DIU com cobre pode ser utilizado desde a adolescência até a menopausa. Uma mulher que nunca passou por uma gestação, mesmo adolescente, e aquela que passou por uma cirurgia cesariana, podem ser candidatas ao uso do DIU (Brasil, 2018, p. 45).

Uma terceira barreira que merece ser discutida tem relação com os exames prévios solicitados para a inserção do DIU de cobre. Cavalari (2022) relata que muitas vezes, trata-se de exames desnecessários, que geram entraves para as mulheres, pois em muitas localidades o acesso aos exames não é simples e nem realizado de forma rápida.

No município pesquisado, os médicos preceptores buscavam ao longo das capacitações informar às usuárias e aos profissionais que estavam sendo capacitados justamente o contrário, que não era necessária a realização de exames prévios à inserção do

dispositivo. No entanto, foi possível perceber que a crença de que os exames são exigência para o procedimento parece estar difundida na sociedade pois essa foi uma dúvida muito frequente das mulheres e dos médicos e a surpresa com a resposta negativa dos preceptores era perceptível. Algumas usuárias, inclusive, levaram resultados de exames para a consulta de inserção, sendo alguns realizados até na assistência privada.

Nesse cenário, Cavalari (2022) destaca que as dificuldades e os contratemplos organizacionais, como a lentidão na realização e resultados de exames, podem levar a mulher a optar por outro método contraceptivo que não atende às suas reais necessidades contraceptivas ou enfrentar uma gravidez não planejada ou indesejada.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2018) preconiza que os únicos critérios que devem ser exigidos para inserir o dispositivo são: desejo da mulher, não estar grávida, não ter sinal de infecção local e não ter sinais sugestivos de câncer ao exame do colo do útero. Nos treinamentos, os médicos preceptores traziam essa visão mais atualizada do MS e procuravam enfatizar que a intenção da capacitação era principalmente desmistificar o DIU, mostrando que sua inserção era um procedimento simples e que se mostrava muito necessário que os médicos atuassem de maneira a facilitar o acesso, oportunizando e desburocratizando a oferta do método. Além disso, eles buscavam transmitir também que não era “um trabalho a mais” e sim um trabalho a menos, pois seria menos um pré-natal de uma gravidez indesejada/não planejada para realizar no futuro, menos uma criança para vacinar, menos consultas de puericultura etc.

Passamos agora à discussão dos desafios colocados para a melhoria destas condições tão adversas que trouxemos acima, a partir da vivência empírica na gestão local e observação sistemática destes entraves à oferta do DIU de cobre às usuárias deste município.

## 5.2 “NÃO FAZ SENTIDO!” - SOBRE OS DESAFIOS ENCONTRADOS NOS PROCESSOS DE TRABALHO PARA AMPLIAÇÃO DA OFERTA DO DIU DE COBRE NA APS E A DIFICULDADE DE (D)ESCREVER AS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS EM CAMPO

Durante a escrita deste TCR eu senti uma grande dificuldade em descrever a experiência que tive nos assuntos relacionados ao DIU. Acabei atribuindo às inúmeras demandas da residência (e depois, do trabalho) e da vida cotidiana. Mas após trazer este tema para o meu processo psicoterapêutico pessoal, compreendi que a minha dificuldade estava principalmente relacionada a ter que escrever sobre algo que não estava fazendo sentido para

mim, sobre uma situação que me causava um grande incômodo e que as soluções não eram tão claras ou imediatas.

“Temos o material, os profissionais e a demanda. O que falta?”. Essa foi uma frase que ecoou na minha mente por muito tempo e talvez não ter essa resposta tão objetiva num primeiro momento e propostas de soluções prontas para apresentar tenha influenciado na escrita deste trabalho.

É importante situar também o meu lugar de residente em toda essa dinâmica institucional, que ao mesmo tempo que assumia atribuições como uma profissional de saúde e, em tese, poderia tomar atitudes para ajudar a resolver o impasse da dificuldade de garantia do acesso ao DIU, eu também era “só uma residente” que não tinha muita autonomia nos processos e ainda não era vista como profissional por todos da equipe. Considerando todas essas delicadas questões e melindres próprios dos nossos percursos formativos, me arrisco a discutir os desafios percebidos e trazer reflexões sobre as possibilidades de mudanças nos processos de trabalho na Atenção Básica para democratizar o acesso ao DIU no município.

Ao longo da monografia, foram apresentadas evidências de que os fluxos e a organização dos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva no município em destaque são falhos, pois possuem barreiras na disponibilização do DIU de cobre, corroborando os estudos de Martins *et al.* (2023). Portanto, mais esforços devem ser empreendidos para que essas barreiras sejam removidas e as diretrizes sejam respeitadas, possibilitando que as mulheres acessem o dispositivo (Gonzaga *et al.*, 2017).

O primeiro passo para caminhar em direção ao enfrentamento das barreiras de acesso é reconhecê-las. Essas barreiras reforçam desigualdades e negação de direitos constitucionais à liberdade, à saúde e ao planejamento reprodutivo (Martins *et al.*, 2023). Sendo assim, mostra-se fundamental a identificação destes obstáculos nos serviços de APS para que se possa traçar estratégias para superá-los e, assim, planejar de forma efetiva a ampliação do acesso ao método e avançar na implementação dos direitos sexuais e reprodutivos (Cavalari, 2022).

A quebra das barreiras que impedem o acesso das mulheres ao DIU de cobre é essencial para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, visto que amplia o acesso a um método efetivo, duradouro, reversível e disponível no SUS. Essa estratégia contribui para diminuição dos índices de gravidez não planejada e morte materna por abortamento inseguro, além de possibilitar o empoderamento feminino sobre sua saúde sexual e reprodutiva (Martins *et al.*, 2023, p. 145-146).

Diante do presente diagnóstico dos fatores dificultadores para a oferta e inserção do DIU de cobre na APS do município pesquisado, considerou-se como um dos caminhos

possíveis a definição e publicação de um protocolo municipal para a inserção do DIU de cobre, com mapeamento e integração com os demais níveis de atenção para casos mais complexos que exigirem acompanhamento com o especialista. A falta ou a não utilização de um protocolo pode causar desencontro de informações e variabilidade das ações entre os profissionais (Gonzaga *et al.*, 2017).

Ademais, mostra-se necessário também que os gestores em saúde que ocupam os espaços de decisão e construção de políticas públicas do município considerem a possibilidade de incluir no protocolo a autorização para inserção do DIU pelo/as enfermeiro/as, visto que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2022) e o Ministério de Saúde (Brasil, 2023) já se mostraram favoráveis à realização do procedimento pela categoria. Tais atribuições precisam estar especificadas em protocolo para a atuação da enfermagem no município. O profissional de enfermagem pode vir a ser, então, um ator importante para auxiliar no avanço das taxas de inserção do dispositivo na APS com embasamento técnico-científico apropriado, contribuindo para a ampliação da busca pelo método (Lacerda *et al.*, 2021).

Nesse cenário, uma ação fundamental também seria a oferta de treinamentos e atualizações de qualidade, adequados para os profissionais médicos e de enfermagem da APS, que contassem com uma padronização e carga horária teórica e prática suficientes para proporcionar aos profissionais segurança para realização do procedimento. Mostra-se essencial também que as capacitações abordem conteúdos referentes aos direitos sexuais e reprodutivos e justiça reprodutiva e o papel da Atenção Básica na garantia destes. Para tal, a Secretaria de Estado de Saúde e universidades que possuem graduação de medicina no território considerado podem se tornar aliadas na formulação e execução desses treinamentos.

Dos desafios nos processos de trabalho na APS que impactam na inserção do DIU, destaca-se a desarticulação entre as principais frentes na secretaria municipal de saúde responsáveis pela oferta do método. Dessa maneira, é preciso que os profissionais que compõem a coordenação médica e a linha de cuidado em saúde da mulher trabalhem em conjunto na elaboração de estratégias para superação dos impasses e enfrentamento das barreiras de acesso ao dispositivo de modo a democratizar esse acesso.

A construção de planilhas internas de monitoramento e/ou de indicadores municipais para acompanhar o desempenho das equipes na oferta do dispositivo podem ser um caminho adicional. Ademais, o acompanhamento próximos às unidades, podendo ter como referência a enfermeira da linha de saúde da mulher, o gestor da unidade ou os responsáveis técnicos

(RTs) de medicina e de enfermagem, pode favorecer também a identificação de questões materiais e estruturais que possam estar impedindo a efetivação da implementação do método.

A contratação de profissionais alinhados com a proposta da estratégia de saúde da família e dos direitos sexuais e reprodutivos para ocupar cargos de gestão e da assistência também se mostra importante. Nos processos seletivos, a priorização de contratação de profissionais que tenham especialização em saúde pública, saúde coletiva, saúde da família ou áreas afins também é uma possibilidade interessante para garantir uma rede de assistência em saúde mais qualificada.

Além disso, é preciso que ações de educação permanente sobre planejamento reprodutivo sejam realizadas para os profissionais que já estão atuando na Atenção Básica visando à ampliação do conhecimento e, conseqüentemente, ampliação da inserção de DIU nas usuárias do SUS. Para tal, a área técnica em saúde da mulher em articulação com as coordenações médica e de enfermagem podem lançar mão de capacitações, treinamentos, distribuição de materiais norteadores, reuniões regulares de orientação, entre outros. Tais ferramentas fortalecem o processo de trabalho na APS, mostrando-se como potenciais tecnologias de cuidado e prestação de uma assistência integral (Martins *et al.*, 2023).

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 (Fonsêca, 2021, p. 68).

Concomitante às intervenções educativas para os profissionais da saúde, é necessário que também se dedique a disseminar informações sobre o DIU de cobre para as usuárias, de maneira a combater os mitos e tabus reproduzidos pela sociedade. O conhecimento inadequado sobre qualquer método contraceptivo pode ser um aspecto de resistência à aceitabilidade e uso do método (Gonzaga *et al.*, 2017), o que pode ser minimizado com a realização de salas de espera e de grupos educativos, distribuição de materiais sobre o tema, além de consultas que abordem o planejamento reprodutivo de maneira adequada e recomendada pelos documentos oficiais.

Cavalari (2022) aponta que métodos contraceptivos como o DIU não têm sido incentivados ou desmistificados em muitos serviços de saúde. De acordo com os resultados da autora, “os profissionais acabam priorizando informar sobre diversos métodos contraceptivos,

rotineiramente, usados e com menores taxas de eficácia, como, por exemplo, a camisinha, anticoncepcionais orais e, muitas vezes, não abordam o uso do DIU” (Cavalari, 2022, p. 38).

Além de transmitir conhecimento à sociedade civil, é importante que os serviços de saúde (nível central e da assistência) também estejam dispostos a aprender com ela. Nesse sentido, a formação de parcerias com organizações de mulheres e lideranças feministas locais, seja de forma presencial ou até por vias digitais, se destaca como um espaço possível para potencializar o debate entre as mulheres usuárias do SUS em relação ao planejamento reprodutivo e os métodos contraceptivos, como o DIU de cobre.

Mostra-se essencial trazer à discussão que além das mulheres cis, os homens trans e as pessoas com útero, em geral, podem desejar inserir o DIU de cobre no SUS e a linha de cuidado que coordena a oferta do dispositivo no município precisa garantir a assistência de qualidade e o acesso ao método, assegurando o respeito à diversidade sexual, à autonomia e aos direitos sexuais e reprodutivos através de uma abordagem integral que priorize o acolhimento aos indivíduos.

Documentos como o guia “Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual: Inserção e Remoção do Dispositivo Intrauterino”, publicado em 2023 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, são exemplos de materiais ancorados sobre as propostas de atenção à saúde reprodutiva como dimensão integrante dos direitos humanos, com destaque para a equidade na assistência à população LGBT e a ampliação da linguagem frequentemente utilizada nos serviços públicos de planejamento reprodutivo, de modo a garantir o acesso à saúde integral de pessoas com útero (Rio de Janeiro, 2023; Palis, 2024).

Em síntese, o Dispositivo Intrauterino de Cobre é um método com um alto custo-benefício e o seu acesso precisa ser democratizado no SUS. Ao lançar luz a essa temática a partir desta pesquisa, espera-se que as reflexões apresentadas aqui possam provocar mudanças, ainda que pequenas, em algumas realidades pelo estado do Rio de Janeiro e quem sabe do nosso Brasil.

Por falar em mudanças, poucos meses após a conclusão da residência eu recebi o convite para integrar a área técnica em saúde da mulher desse mesmo município em que atuei como residente e atualmente tenho em minhas mãos os desafios e as oportunidades de atuar nesse cenário complexo que eu busquei descrever ao longo da pesquisa. Acompanhada por todos os conhecimentos que adquiri ao longo dos meses de residência e de elaboração deste trabalho e do meu desejo de sempre aprender mais, continuarei tentando, agora num lugar de profissional sanitária, construir novas possibilidades de colocar em prática um SUS mais equânime e uma APS mais resolutiva.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscamos descrever e analisar as barreiras de acesso ao dispositivo intrauterino de cobre na APS do município pesquisado, além de identificar os desafios nos processos de trabalho da Atenção Básica que dificultam a implementação do método contraceptivo e propor mudanças que possam contribuir para a democratização do acesso ao DIU de cobre, melhorando a atenção em saúde sexual e reprodutiva no Sistema Único de Saúde.

O fato da pesquisa ter sido realizada em serviços de saúde de município de pequeno porte, diferencialmente das capitais ou metrópoles brasileiras, deve ser ressaltado. Por compartilharem um perfil e dificuldades na gestão em saúde semelhantes, mostra-se importante que cada vez mais estudos sejam realizados em tais municípios para que possamos compreender os desafios que eles enfrentam, como a baixa disponibilidade de recursos humanos e materiais, a falta de profissionais especializados e de capacitação contínua, problemas de implementação de novas tecnologias e métodos de saúde e obstáculos na gestão e planejamento das políticas de saúde pública.

Assim, foram identificadas barreiras de acesso relativas à exclusividade do profissional médico para a inserção do dispositivo, à ausência de profissionais habilitados para inserir o DIU de cobre, à falta de adesão às capacitações e à realização do procedimento, à ausência de um protocolo que regulamente inserção/revisão/retirada do dispositivo, às dificuldades na gestão e planejamento da oferta do método na APS e às questões estruturais e materiais utilizadas como justificativa para a não realização do procedimento. Além disso, os mitos e tabus acerca do DIU de cobre propagados na sociedade também foram identificados como barreiras para o acesso ao método.

Dessa forma, foi possível observar que a oferta de métodos contraceptivos alcança as mulheres de diferentes formas. As usuárias do SUS de um município na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro não acessam as tecnologias anticonceptivas da mesma maneira que as mulheres da capital do estado (ainda que usuárias do Sistema Único de Saúde), e tampouco das mulheres que recorrem à assistência privada. Uma vez que as escolhas reprodutivas ocorrem dentro de um contexto social, essas decisões são atravessadas por uma variedade de fatores e obstáculos, como os descritos nesta pesquisa. Enquanto algumas mulheres podem enfrentar barreiras no acesso ao DIU de cobre, outras podem ter mais facilidade devido a diferenças socioeconômicas ou geográficas.

A falta de acesso equitativo a métodos contraceptivos seguros e eficazes como o dispositivo intrauterino de cobre pode perpetuar disparidades de assistência em saúde reprodutiva. Portanto, ao abordar os desafios para ampliar a oferta do DIU na Atenção Básica à Saúde, é essencial considerar não apenas as questões técnicas e logísticas, mas também os princípios de justiça reprodutiva, garantindo que todas as mulheres tenham acesso equânime aos serviços e escolhas reprodutivas que atendam às suas necessidades individuais. Isso implica não apenas fornecer acesso a métodos contraceptivos, mas também trazer à discussão fatores sociais, econômicos e estruturais que contribuem para as desigualdades na atenção à saúde sexual e reprodutiva no SUS. Como enfatizam Corrêa e Petchesky (1996), a disponibilidade de recursos para a tomada de decisão segura no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos envolve uma complexidade de iniciativas para além da existência do insumo propriamente dito.

Por isso, diante do levantamento dos fatores dificultadores para a oferta do Dispositivo Intrauterino de Cobre na Atenção Básica, avaliou-se como caminhos possíveis para o seu enfrentamento: o reconhecimento das barreiras de acesso para que se possa traçar estratégias para superação destas; a elaboração de um protocolo municipal para a inserção do DIU de cobre; a autorização para inserção do dispositivo pela/os enfermeira/os; a oferta de treinamentos e atualizações de qualidade referentes ao planejamento reprodutivo para os profissionais da APS; o estabelecimento de parcerias institucionais com universidades do território; a articulação nos processos de trabalho da área técnica em saúde da mulher, coordenação médica e de enfermagem; a construção de planilhas internas de monitoramento e/ou de indicadores municipais para acompanhar o desempenho das equipes na oferta do método; a contratação de profissionais alinhados com a proposta da ESF e dos direitos sexuais e reprodutivos; a disseminação de informações sobre o DIU de cobre para as usuárias, de maneira a combater os mitos e tabus reproduzidos pela sociedade; a formação de parcerias com organizações de mulheres e grupos feministas locais.

Por fim, a superação das barreiras para disponibilização do dispositivo no âmbito da Atenção Primária à Saúde se mostra fundamental para a ampliação do acesso ao DIU e para que o SUS continue avançando na atenção à saúde da mulher e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Assim, o presente estudo se destaca como uma contribuição para melhoria da assistência em planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 661-670, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200035>.

AMÉRICO, Mariana Ferreira *et al.* Desafios proporcionados pela PNAB 2017 à gestão e aos profissionais da atenção básica em saúde. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, Fortaleza, v. 5, n. 1, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51161/integrar/remis/4354>.

BERGIN, Ashlee *et al.* A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. **Contraception**, New York, v. 86, n. 6, p. 694-697, 2012. DOI: [10.1016/j.contraception.2012.05.011](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.011).

BEZERRA, Ediana de Jesus *et al.* Planejamento reprodutivo na estratégia saúde da família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 99-108, maio/ago. 2018. DOI: [10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6349](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v22i2.2018.6349).

BORGES, Ana Luiza Vilela *et al.* Conhecimento e interesse em usar o dispositivo intrauterino entre mulheres usuárias de unidades de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>.

BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. **Gênero e saúde: uma articulação necessária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2022.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2673-2682, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher. **Nota técnica nº 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS**. Com base nos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher (COSMU) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (DGCI/SAPS/MS) emite as seguintes considerações e recomendações sobre oferta, inserção e retirada do Dispositivo Intrauterino (DIU). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-31-2023-cosmu-cgaci-dgci-saps-ms/view>. Acesso: 22 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Incorporação de Tecnologias. **Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

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. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual\\_diu\\_08\\_2018.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf). Acesso: 22 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRITTO, Ana Lucia; QUINTSLR, Suyá; PEREIRA, Margareth da Silva. Baixada Fluminense: dinâmicas fluviais e sociais na constituição de um território. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 39, n. 81, p. 47-70, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93472019v39n81-03>.

CABRAL, Cristiane da Silva. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017000001>.

CAVALARI, Kátia Melo. **Acessibilidade ao dispositivo intrauterino (DIU) na Atenção Primária à Saúde**. 2022. 67 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

CITELI, Maria Teresa; SOUZA, Cecilia de Mello; PORTELLA, Ana Paula. Corpo e reprodução: reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. *In*: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-690/2022**. Normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022\\_96063.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022_96063.html). Acesso em: 3 mar. 2024.

COLETIVO MARGARIDA ALVES. **Guia de defesa popular da justiça reprodutiva**. [S. l.]: Coletivo Margarida Alves, 2020. Disponível em: <https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/03/CARTILHA-Guia-de-Defesa-Popular-da-Justi%C3%A7a-ReprodutivaWEB.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2023.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, Suzana (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA, 2006. p. 27-62. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/indicadores-municipais-de-sa%C3%BAde-sexual-e-reprodutiva>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>.

CRIOLA. **Dossiê mulheres negras e justiça reprodutiva 2020-2021**. [S. l.]: Criola, 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQnZgeoBx/view>. Acesso em: 1 dez. 2023.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno *et al.* Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juíz de Fora, v. 22, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>.

ECKERT, Cornelia; ROCHA, Ana Luiza Carvalho. Etnografia: saberes e práticas. **Illuminuras**, Porto Alegre, v. 9, n. 21, 2008. DOI: <https://doi.org/10.22456/1984-1191.9301>.

FIGUEIREDO, Regina; CASTRO, Júlio Mayer; KALCKMANN, Suzana. Planejamento familiar e reprodutivo na atenção básica do município de São Paulo: direito constitucional respeitado? **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 81-93, 2014. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.v15i2.37394>.

FONSÊCA, Fabiana Soares. **Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde**: fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no DF. 2021. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Planejamento Reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar? **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-o-que-ha-de-novo-e-alem-do-planejamento-familiar/>. Acesso em: 1 dez. 2023.

GOMEZ, Anu Manchikanti *et al.* Do knowledge and attitudes regarding intrauterine devices predict interest in their use? **Women's Health Issues**, Philadelphia, v. 25, n. 4, p. 359-365, 2015. DOI: [10.1016/j.whi.2015.03.011](https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.011)

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva *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**, São Paulo, v. 51, e03270, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>.

HAYASHI, Andrea Mayumi Loureiro; NOGUEIRA, Valnice de Oliveira. Escolha dos métodos contraceptivos de um grupo de planejamento familiar em uma UBS de Guarulhos. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 4, n. 16, p. 120-123, 2007.

HEILBORN, Maria Luiza *et al.* Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s269-s278, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400009>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 113 p.

LACERDA, Laura Denise Reboa Castillo *et al.* Inserção de Dispositivo Intrauterino por Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 12, n. 7, supl. 1, p. 99-104, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5209>

LAGO, Tania Di Giacomo do *et al.* Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional Ouvindo Mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, p. 01-14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096919>.

LOPES, Fernanda. Justiça reprodutiva: um caminho para justiça social e equidade racial e de gênero. **Organicom**, São Paulo, v. 19, n. 40, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-2593.organicom.2022.205773>.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, p. 417-425, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>.

MARTINS, Isli Maria Oliveira *et al.* Barreiras enfrentadas pelos enfermeiros na ampliação da inserção do dispositivo intrauterino em pacientes no contexto das Unidades Básicas de Saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 136-148, 2023.

MIAGUSKO, Edson. Esperando a UPP: circulação, violência e mercado político na Baixada Fluminense. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 31, n. 91, e319101, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17666/319101/2016>.

NASSER, Mariana Arantes *et al.* Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006711>.

OBSERVATÓRIO LEGISLATIVO DA INTERVENÇÃO FEDERAL NA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO. Desigualdade na Baixada Fluminense. **OLERJ**, [2017]. Disponível em: <https://olerj.camara.leg.br/retratos-da-intervencao/desigualdade-na-baixada-fluminense>. Acesso em: 30 set. 2023.

OLIVEIRA, Heloiza Helena *et al.* Perfil epidemiológico e socioeconômico da ocorrência de casos de leptospirose em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Enciclopédia Biosfera**, Jandaia, v. 13, n. 23, 2016.

OSIS, Maria José Duarte *et al.* Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1586-1594, dez. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600016>.

OSIS, Maria José Duarte *et al.* Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2481-2490, nov. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100023>.

PALIS, Leticia Moutinho. **Contraceção Reversível de Longa Duração (LARC) no Sistema Único de Saúde**: desafios à universalização do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre no Brasil. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

PILER, Adriana Aparecida *et al.* Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de enfermagem no processo de parturição. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, 2019. DOI: [10.5935/1415-2762.20190102](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190102).

POLI, Marcelino Espírito Hofmeister *et al.* Manual de anticoncepção da FEBRASGO. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 459-492, 2009.

POTTER, Julia; RUBIN, Susan E.; SHERMAN, Peter. Fear of intrauterine contraception among adolescents in New York City. **Contraception**, New York, v. 89, n. 5, p. 446-450, 2014. DOI: [10.1016/j.contraception.2014.01.011](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.011).

ROSS, Loretta J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. **Souls**, v. 19, n. 3, p. 286-314, July 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Guia rápido planejamento sexual e reprodutivo**: atenção primária à saúde: ciclos de vida. Rio de Janeiro: SMS, 2023.

SECURA, Gina M. *et al.* The contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 203, n. 2, p. 1-12, 2010. DOI: [10.1016/j.ajog.2010.04.017](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.04.017).

SOUZA, Elizangela Gonçalves *et al.* A capacitação de profissionais da APS para inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre: a experiência do município de Betim, Minas Gerais. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 32-38, 2021. DOI: [10.14295/aps.v3i1.144](https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.144).

SOUZA, Rodrigo Sampaio. **Sobre o poder na Baixada Fluminense**: o exemplo do município de Nilópolis/RJ. 2014. 136 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA FILHO, Kleber Domingues. **Workshop do DIU**: instrumento educativo para alunos do curso de medicina. 2017. 77 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) – Fundação Oswaldo Aranha, Volta Redonda, 2017.

UOL. Prefeito de cidade no RJ defende 'castrar' mulheres: 'É muito filho, cara'. **UOL Notícias**, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/09/16/prefeito-de-cidade-no-rj-defende-castrar-mulheres-e-muito-filho-cara.htm>. Acesso em: 28 mar. 2024.

VIEIRA, Juliane Rodrigues. **Impactos psicossociais da esterilização de mulheres com o dispositivo Essure no planejamento reprodutivo**. 2021. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Psicologia) – Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2021.