



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV) -
CAMPUS I
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA –
MEPISCO**



TALITA ROCHA DE AQUINO

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E O PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA PROPOSTA
PARA FACILITAR O ACESSO AO DIU DE COBRE.**

Salvador
2021

TALITA ROCHA DE AQUINO

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E O PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA PROPOSTA
PARA FACILITAR O ACESSO AO DIU DE COBRE**

|
Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO, da
Universidade do Estado da Bahia, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Orientadora: Prof. Dra Ana Gabriela Alvares Travassos

Salvador
2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB
Dados fornecidos pelo autor

A657d

Aquino, Talita Rocha de

Direitos sexuais e reprodutivos e o planejamento reprodutivo na atenção primária a saúde: uma proposta para facilitar o acesso ao DIU de cobre. / Talita Rocha de Aquino.-- Salvador, 2021.

192 fls.

Orientador(a): Profª. Drª. Ana Gabriela Alvares Travassos.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2021.

1.Dispositivos Intrauterinos de Cobre. 2.Planejamento Familiar. 3.Gravidez não Planejada. 4.Atenção Primária a Saúde. 5.Saúde Coletiva.

CDD: 610

TALITA ROCHA DE AQUINO

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E O PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA PROPOSTA
PARA FACILITAR O ACESSO AO DIU DE COBRE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO, da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra Ana Gabriela Alvares Travassos

Salvador ____ de _____ de 2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Gabriela Alvares Travassos
Universidade do Estado da Bahia/MEPISCO/UNEB
Orientadora/Presidente

Profa. Dra. Helena Maria Silveira Fraga Maia
Universidade do Estado da Bahia/MEPISCO/UNEB
Membro Interno

Prof.^a. Dr^a. Milena Bastos Brito

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/ EBMSP

Membro Externo

Às mulheres!

As pretas, pardas, brancas, pobres, trans, cis, encarceradas, com deficiência, indígenas, as que acreditam em Deus, deusas ou deuses e as que não acreditam em nada, lésbicas, bissexuais, heterossexuais, assexuais, às que são livres e as nem tão livres assim.

À todas nós!

AGRADECIMENTOS

Sem dúvida esta não é a parte mais fácil de concluir nesta pesquisa. São muitas e muitos a agradecer e não gostaria de esquecer ninguém por isso vou me reservar o direito de citar apenas algumas e alguns, mesmo sabendo que outros caminharam comigo nessa jornada. E saibam, sou grata!

No meio do primeiro ano desse mestrado perdi, inesperadamente, minha mãe. A mulher mais importante da minha vida e que me ensinou a ser forte e saber que eu sempre poderia ir a qualquer lugar que eu quisesse. Agradeço a ela pela vida e por cada minuto que estivemos juntas.

Agradeço também a meu companheiro e a meus filhos por compreenderem cada momento nesses dois anos. Por vezes estive ausente, ou chateada, ou nervosa, mas todos souberam como permanecer com carinho e cuidar de mim a sua maneira.

Agradeço a minha orientadora. De forma leve e sempre presente me ajudou a caminhar e a tecer essa dissertação.

Agradeço também ao Grupo Rosa e às duas revisoras mais empenhadas que poderia ter tido nesse caminho. Formamos um belo time, garotas! #pós-parto #mystery.

Agradeço às amigas e amigos por estarem por perto. Não foram anos fáceis, mas vocês o fizeram também mais leve.

Por fim agradeço a UNEB e ao MEPISCO pela oportunidade de realizar o mestrado. Aos professores, administradores e aos colegas pelas horas juntas. Foi bonito nossos encontros e desencontros nessa jornada.

Abraços e Força para nós!

Despudorada
Empoderada
Eu não abro mão do meu sexo
Dou uma virada
Uma gargalhada
Sim! Eu quero ser o meu sexo
Quero acontecer sem ter que dizer
Ei!! É o meu sexo!!
Quem disse que é pra você?!
Pelve solta é equilíbrio
Me descubro ao me mexer
A jornada é sagrada
Eu quero me conhecer
Sinto meu quadril querendo balançar sem restrição
É a realidade do meu corpo
Busco uma conexão!!
(Meu sexo, Larissa Luz)

RESUMO

AQUINO, Talita Rocha de. **Direitos sexuais e reprodutivos e o planejamento reprodutivo na atenção primária a saúde: uma proposta para facilitar o acesso ao DIU de cobre.** 2021. 192f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). MEPISCO, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2021.

A baixa utilização de métodos contraceptivos de longa duração a exemplo do DIU de cobre ainda é uma realidade no Brasil e no mundo. A despeito dos seus inúmeros benefícios, sua maior taxa de eficácia contraceptiva e sua disponibilização gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as mulheres continuam sem acesso a esse método de forma facilitada. A literatura, em contrapartida, aponta algumas barreiras organizacionais, individuais e sociais que ajudam a compreender essa realidade. Este estudo teve como objetivo contribuir para facilitar o acesso das mulheres usuárias do SUS ao uso do DIU de cobre através da construção de ações para qualificação e capacitação de profissionais da atenção primária a saúde (APS) na temática dos direitos sexuais e reprodutivos, planejamento reprodutivo e inserção do DIU de cobre na APS. Trata-se de uma pesquisa exploratória por meio de uma revisão sistemática da literatura que teve como pergunta “Qual o impacto das estratégias de capacitação para aconselhamento e inserção do DIU pelos profissionais da APS?”. A construção de um ensaio reflexivo trouxe a compreensão sobre os impactos que um cuidado centrado no modelo biomédico pode trazer para a diversidade dos corpos femininos e a possibilidade de elaborar algumas considerações e perspectivas para a superação desse cuidado. Por se tratar de um mestrado profissional, dois produtos técnico científicos foram gerados ao fim da pesquisa: A elaboração de um Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na APS e um capítulo sobre direitos sexuais e reprodutivos e vulnerabilidades no material didático produzido para o curso de formação para advogadas, psicólogas e assistentes sociais da ONG *Tamo Juntas* que atende mulheres vítimas de violência no Brasil. Os estudos encontrados revelaram que estratégias diversificadas para capacitar o profissional da saúde na inserção de LARC apresentam impactos relevantes para uma mudança no cenário da oferta, escolha, inserção e adesão do método. Nota-se que a ampliação no seu uso perpassa por múltiplas intervenções, que visam desde o planejamento econômico e estrutural de sua oferta até o treinamento em aconselhamento contraceptivo e instrução teórico-prática das técnicas de inserção, e estratégias de sensibilização dos profissionais. Outrossim, foi possível identificar uma mudança no olhar para o processo de saúde-doença das mulheres a partir de uma prática mais coletiva, política e compreensiva. Além de reconhecer o racismo, o machismo e as desigualdades socioeconômicas como fatores importantes para uma prática em saúde mais integral. O estudo aponta como o SUS assim como a APS são áreas de atuação estratégica para a garantia e efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e como a necessidade de se pensar ações e políticas que contemplem essa temática é urgente.

Palavras-chave: Dispositivos Intrauterinos de Cobre. Planejamento Familiar. Gravidez não Planejada. Atenção Primária a Saúde. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

AQUINO, Talita Rocha de. **Sexual and reproductive rights and reproductive planning in primary health care: a proposal to facilitate access to copper IUDs**. 2021. 192f. Dissertation (Master in Public Health). MEPISCO, State University of Bahia, Salvador, 2021.

The low use of long-term contraceptive methods such as copper IUDs is still a reality in Brazil and worldwide. Despite its innumerable benefits, its higher rate of contraceptive efficacy and its free availability by the Unified Health System (SUS), women continue to have no access to this method in an easy way. The literature, on the other hand, points out some organizational, individual and social barriers that help to understand this reality. This study aimed to contribute to facilitate the access of women users of SUS to the use of copper IUDs by building actions for the qualification and training of professionals in primary health care (PHC) on the theme of sexual and reproductive rights, reproductive planning and insertion of the copper IUD in PHC. This is an exploratory research through a systematic review of the literature, whose question was “What is the impact of training strategies for counseling and insertion of IUDs by PHC professionals? ”. The construction of a reflective essay brought an understanding of the impacts that care centered on the biomedical model can bring to the diversity of female bodies and the possibility of elaborating some considerations and perspectives to overcome this care. As it is a professional master's degree, two scientific technical products were generated at the end of the research: The elaboration of an Update Course in Reproductive Planning and techniques for insertion of copper IUDs in PHC and a chapter on sexual and reproductive rights and vulnerabilities in the didactic material produced for the training course for lawyers, psychologists and social workers of the ONG Tamo Juntas that serves women victims of violence in Brazil. The studies found revealed that diversified strategies to train health professionals in the insertion of LARC have relevant impacts for a change in the scenario of the offer, choice, insertion and adherence of the method. It is noted that the expansion in its use involves multiple interventions, which range from the economic and structural planning of its offer to training in contraceptive counseling and theoretical-practical instruction on insertion techniques, and strategies to raise awareness among professionals. Furthermore, it was possible to identify a change in the look at the health-disease process of women from a more collective, political and comprehensive practice. In addition to recognizing racism, machismo and socioeconomic inequalities as important factors for a more comprehensive health practice. The study points out how the SUS as well as PHC are strategic areas of action for guaranteeing and enforcing sexual and reproductive rights and how the need to think about actions and policies that address this theme is urgent.

Key words: Intrauterine Devices, Copper. Family planning. Unplanned pregnancy. Primary Health Care. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Terms and strategies used to search for studies in Pubmed	53
Figure 2: Systematic review steps	54

LISTA DE TABELAS

Table 1: Characteristics of knowledge production in studies of training strategies in IUDs or implant insertion targeting PHC professionals.....	55
Table 2: Description of interventions used in studies of training strategies for PHC professionals for the insertion of an IUD or implant.....	57
Table 3: Impacts on the knowledge, attitudes, practice and comfort of professionals participating in studies of training strategies on IUDs or implant insertion targeting PHC professionals.....	59
Table 4: Impact on the adoption by and/or insertion of IUD or implant in women in studies of LARC-insertion training strategies targeting PHC professionals.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária a Saúde
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CE – Contracepção de Emergência
CSS- Ciências Sociais em Saúde
DIU - Dispositivo Intrauterino
DSPL – Distrito Sanitário Pau da Lima
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
EC – Educação Continuada
EPS – Educação Permanente em Saúde
FDA – Food and Drug
FESF – Fundação Estatal Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
LARC - Long-acting reversible contraceptives
LNG - Levonorgestrel
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PAISM – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PBE – Prática Baseada em Evidência
PEPS – Política de Educação Permanente em Saúde
PMSF – Programa Multiprofissional em Saúde da Família
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNS – Pesquisa nacional de saúde
PR – Planejamento Reprodutivo
PRMFC – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PROSPERO - Prospective Register Of Systematic Reviews

SIL - Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SUS – Sistema Único de Saúde

TANCO - Thinking About Needs in Contraception

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A IMPORTÂNCIA DA APS PARA SUA EFETIVAÇÃO NO BRASIL	18
2.2 ACESSO AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO (LARC) E SEUS IMPACTOS.	21
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A MUDANÇA NAS PRÁTICAS DO CUIDADO	24
3. PERCURSO METODOLÓGICO	26
3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	28
4. RESULTADOS	31
4.1 Artigo 1 – Estratégias de capacitação para a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática	31
4.2 Artigo 2 - Considerações e perspectivas para a superação de um cuidado ao corpo feminino ainda centrado no modelo biomédico.	63
5. PRODUTO TÉCNICO.....	75
5.1 Projeto de intervenção para o Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde.	75
5.2 Capítulo do material didático para o curso a distância de formação para voluntárias da ONG <i>Tamo Juntas</i>	84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
7. REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A - Plataforma Google Classroom – Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na Atenção Primária a Saúde. (Introdutório online).....	97
APÊNDICE B - Manual Técnico do Cursista para o Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na Atenção Primária a Saúde.	100
APÊNDICE C - Manual Técnico do Monitor para o Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na Atenção Primária a Saúde.	142

1. INTRODUÇÃO

A história dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil assim como a conquista de outros importantes direitos na saúde é fruto de luta e conquista social. Definidos como parte dos direitos humanos, tem na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 um dos seus grandes marcos históricos. Essa discussão tem início no país com o avanço do movimento feminista desde a década de 70 e 80, e tem na construção do Sistema único de Saúde (SUS) e na Lei do Planejamento Familiar em 1996, importantes marcos nacionais de regulamentação dos direitos sexuais e reprodutivos (NEGRÃO, 2012).

Desde então, o acesso aos métodos contraceptivos nos serviços de Planejamento Reprodutivo (PR) está disponível no SUS, prioritariamente na atenção primária à saúde (APS). A Lei nº 9.263/1996, em seu artigo nº 9, afirma que “para o exercício do direito ao planejamento reprodutivo, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.” (BRASIL, 1996). A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2007, no Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde acerca do Planejamento Familiar, estabelece que a mulher poderá escolher o seu método contraceptivo, a partir de informações baseadas em evidências e de acordo com suas necessidades e preferências (BRASIL, 2018).

No entanto, os atendimentos em PR no Brasil apresentam desafios na oferta e orientação desses métodos pelos profissionais de saúde, evidenciando distanciamento entre a política e a prática encontrada nos diversos serviços. Alguns estudos corroboram essa informação e apontam que a maioria das mulheres brasileiras relaciona o PR ao uso do anticoncepcional oral e ao preservativo masculino, não sabem onde procurar orientação ou não compreende o real objetivo deste acompanhamento (DA SILVA, R. M. *et al.*, 2011; TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019). Afirmam ainda que a pílula é o método de maior prevalência entre as mulheres de baixa renda (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019).

A pílula e a esterilização feminina são responsáveis por mais de dois terços da contracepção no país de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2009a; FARIAS *et al.*, 2016). Outros inquéritos apresentam variações, como a Pesquisa Nacional

de Saúde (PNS), de 2013, que traz prevalência global de 34,2% do uso de contraceptivos hormonais orais, seguidos de 25,9% de esterilização cirúrgica, apesar das diferenças regionais que evidenciam o preservativo como um dos métodos mais utilizados a depender da localidade (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019). No estudo multinacional Thinking About Needs in Contraception (TANCO), realizado em 12 países, os ginecologistas brasileiros afirmam que as pílulas correspondem a 63% de suas prescrições mensais e cerca de 70% das mulheres conhecem este método, independentemente da idade. Em contrapartida, apenas 40% têm informação sobre métodos de longa duração, principalmente mulheres acima de 30 anos, e a prescrição de dispositivos intrauterinos (DIU) ocorre em apenas 17% das consultas (MACHADO, R. B. *et al.*, 2020).

Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs), dentre eles os DIUs e os implantes, apresentam alta eficácia e excelente custo-benefício em relação aos métodos de curta duração podendo trazer redução nos custos com gestação não planejada e contracepção. É a opção contraceptiva mais barata se utilizados por mais de dois anos devido a sua baixa taxa de falha e descontinuidade do uso dos outros métodos (ANDRADE; PENNA; BRITO, 2015). A taxa de falha dos contraceptivos hormonais combinados varia de 0,2% com o uso correto a 3% com uso típico (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2015). Por outro lado, o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIL) apresenta de 0,2% a 0,6% de falha e o DIU de cobre de 0,2 a 0,8%, demonstrando sua maior eficácia contraceptiva (MACHADO, R., 2018).

A prevenção de gestações não planejadas e, conseqüentemente, a redução de morbimortalidade materna e abortos inseguros estão intimamente ligados ao acesso aos métodos contraceptivos. Penna (2015) aponta que a despeito das inúmeras opções contraceptivas disponíveis atualmente, cerca de metade das gestações não é planejada no mundo (ANDRADE; PENNA; BRITO, 2015). No Brasil, Vieira (2016) afirma que até 55% das gravidezes não foram planejadas, e que o baixo uso de LARCSs pode ser uma parte da explicação para essa realidade (VIEIRA, 2016).

Gonzaga (2017) aponta que esse reduzido número no uso de LARCs pode estar relacionado a diversas barreiras organizacionais e individuais. Dentre elas, estão os critérios desnecessários para sua inserção, a exemplo do condicionamento do uso do método à participação em grupos educativos. Cita também a falta de profissionais habilitados para sua inserção e a ausência de

protocolos simplificados que possam padronizar a oferta do serviço. Outro ponto importante é o baixo nível de conhecimento das mulheres e dos casais sobre o método estando cercado de mitos e tabus acerca do seu uso (GONZAGA *et al.*, 2017).

Nesta perspectiva, pesquisas que contribuam para a efetivação de estratégias de ampliação ao acesso dos métodos LARCs e a qualificação do PR nos serviços de saúde podem subsidiar uma transformação das práticas de cuidado e reorganização dos serviços para uma atenção mais integral e pautada na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

Diante do exposto, esta dissertação tem por objetivo geral contribuir para facilitar o acesso das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ao uso do DIU de cobre através da construção de ações para qualificação e capacitação de profissionais da APS na temática dos direitos sexuais e reprodutivos, planejamento reprodutivo e inserção do DIU de cobre na APS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A IMPORTÂNCIA DA APS PARA SUA EFETIVAÇÃO NO BRASIL

Em quase 50 anos de história do movimento feminista no Brasil e das inúmeras lutas para a conquista de direitos pelas mulheres, sem dúvida, os direitos sexuais e reprodutivos são um campo que marca uma trajetória de avanços, estagnação, e também retrocessos (VIANNA; CARRARA; LACERDA, 2008). Ao longo das décadas, diversos marcos teóricos e legais podem ser apontados nessa temática, desde a construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, passando pela incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos na Constituição de 1988, em conjunto com a construção do SUS e a posterior elaboração da Lei nº 9.263/1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar (NEGRÃO, 2012; SILVA, C. C. *et al.*, 2010). No âmbito internacional, as diferentes disputas e discussões levaram à inclusão da sexualidade como parte dos direitos humanos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 e na Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim em 1995. Esta inclusão fortalece que os avanços em políticas de saúde nesta área continuem acontecendo ao redor do mundo e no Brasil (SILVA, C. C. *et al.*, 2010).

A partir de 2002, atualizações passam a ocorrer dentro das políticas para as mulheres no Brasil. Em 2004, elabora-se a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (NEGRÃO, 2012), assim como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta incorpora o enfoque de gênero como um determinante de saúde-doença, e permite visibilidade aos diferentes contextos socioeconômicos e culturais vivenciados para a implementação de ações e políticas públicas que contribuam para a garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2004).

Mais recentemente com a ampliação da discussão do racismo estrutural e seus impactos na saúde, o conceito de Justiça Reprodutiva ganha visibilidade nas discussões dos direitos sexuais e reprodutivos. Cunhado pelo movimento de mulheres afroamericanas no mesmo período da Conferência do Cairo em 1994, este conceito amplia a discussão da temática trazendo à tona um olhar para a justiça social e os direitos humanos. Apresenta como argumento a interligação do gênero, raça, classe social e orientação sexual para a efetivação ou não dos direitos sexuais e reprodutivos (EMANUELLE, 2017).

Essa reflexão é trazida também por Trindade e colaboradores, em 2019, quando apresentam resultados que demonstram que a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos se relaciona intimamente com os diferentes contextos socioeconômicos vividos no Brasil. A escolha do método contraceptivo no país é determinada pela escolaridade, a região do país e a cor da pele da mulher. Um exemplo deste cenário é o uso da dupla proteção (combinação de método contraceptivo moderno com preservativo) que simboliza hoje a melhor estratégia para prevenção de gestação e infecções sexualmente transmissíveis (IST), e é mais utilizado pelas mulheres da região Sul do país, da zona urbana, mulheres brancas e com maior nível de escolaridade. As mulheres nordestinas, de zona rural, negras e com menor escolaridade são as que menos os utilizam. Essas desigualdades se repetem quando olhamos para os métodos definitivos de contracepção, como a laqueadura, que apesar de estar em decréscimo no país, ainda estão mais presentes em mulheres da região Norte, da zona rural, negras e com menor escolaridade, revelando um menor acesso a informação, e a disponibilização de outras opções de métodos contraceptivos para essa população (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019).

Associada a escolha dos métodos contraceptivos, a discussão da descriminalização do aborto no Brasil ainda é um entrave na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e contribuem para a vulnerabilização da vida das mulheres. O aborto inseguro ocupa o 5º lugar na lista de causas diretas

de morte materna e se configura como um importante desafio para o país (18). Apesar das diferentes iniciativas e argumentações do movimento feminista assim como de organizações locais e mundiais de saúde, a discussão pela descriminalização do aborto é por vezes atrelada a um caráter religioso. Essa visão tem enfraquecido a ampla discussão no país e corroborado para sua manutenção como um lugar que criminaliza e pune mulheres que realizam esse procedimento. Na legislação vigente somente é permitido realização de aborto quando há risco de vida para a gestante e quando a gravidez é resultado de estupro (VIANNA; CARRARA; LACERDA, 2008).

Giugliane e colaboradores, em 2019 apontam que o SUS assim como a APS devem ser vistos como área de atuação estratégica para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo uma adequada assistência às situações de abortamento e suas complicações (18). Nessa mesma perspectiva, Trindade e colaboradores afirmam que a ampliação do acesso à contracepção está intimamente ligada a prevenção de gestações não planejadas e, conseqüentemente, a redução de morbimortalidade materna e abortos inseguros (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019).

A Lei do Planejamento Familiar de 1996, ainda vigente, assim como as demais produções oficiais que abordam o tema dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil preveem a garantia de um acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade pelos indivíduos. Embora essa realidade não seja vivenciada no país de forma homogênea a APS por se pautar em princípios como universalidade, integralidade, primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, e enfoque comunitário pode ser uma ferramenta importante para a consolidação desses direitos (18).

Nasser, em 2014 já aponta como a APS, desde a conferência do Cairo em 1994, foi tida como lugar estratégico para a consolidação da saúde sexual e reprodutiva (SSR). Cita como alguns núcleos de ações inerentes a APS e que potencializam a SSR contribuem para esse lugar de atuação, trazendo também as suas atribuições ao longo da elaboração das políticas e manuais sobre esse tema no Brasil. A exemplo das ações de planejamento reprodutivo, assistência ao pré-natal e puerpério, promoção e prevenção de IST e HIV, abordagem sobre sexualidade humana e relações de gênero, abordagem ao público adolescentes, prevenção da mortalidade materna e da violência contra a mulher (NASSER, 2015).

O Caderno da Atenção Básica nº 26 Saúde sexual e reprodutiva de 2013 ratifica diversas ações da APS, porém também aponta entraves para a efetivação da abordagem da SSR nos serviços. Desde a dificuldade dos profissionais em abordar a sexualidade dos pacientes para além da reprodução, assim como a não preparação dos profissionais para implementar ações inerentes ao planejamento reprodutivo. Reconhece ainda a necessidade de investimento em infraestrutura dos serviços de saúde e fortalecimento de processos de educação permanente que abordem as temáticas da SSR, visto que esses podem contribuir para modificar cenários e planos de vida da comunidade assistida (BRASIL, 2013).

2.2 ACESSO AOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO (LARC) E SEUS IMPACTOS.

Os anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARC) são por definição aqueles que tem ação por três anos ou mais, incluindo os dispositivos intrauterinos, como o DIU de cobre e o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIL), e o implante subdérmico contraceptivo. Estes métodos possuem uma taxa de eficácia superiores aos métodos de curta duração, proporcionando taxa de gestação inferior a 1% ao ano, em uso típico (MACHADO, R., 2018).

O número de mulheres que fazem uso dos LARC no Brasil é pequeno, a despeito da sua maior eficácia frente aos outros métodos contraceptivos e dos impactos sociais decorrentes da sua utilização. Trindade e colaboradores apresentam uma prevalência de 1,1% de mulheres utilizando o DIU. Essa porcentagem é ainda menor quando avaliadas as mulheres entre 18 e 24 anos, reduzindo para 0,3%. Os autores revelam que quanto maior a escolaridade da mulher, maior o uso do método, assim como o fato da mulher ter plano de saúde privado (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019).

Apesar do uso aquém do esperado pelo mundo, os LARC são uma boa opção de contracepção para o período pós-parto, evidenciando uma redução de mais de 80% nas gravidezes de repetição rápida, principalmente entre as adolescentes (VIEIRA, 2016). Secura e colaboradores (2014) apontam em seu estudo uma taxa de natalidade 36% menor do que a esperada para adolescentes no ano de 2015, sendo que 71,5% da sua população estava em uso de um LARC (SECURA *et al.*, 2014). Machado, em 2018, destaca que o DIU pode ser ofertado para mulheres ainda nulíparas. Esta indicação vem apresentando benefícios que superam os riscos, o que pode significar uma ampliação no alcance

dos programas de PR, visto que as adolescentes ainda são uma lacuna de acesso nesse atendimento (MACHADO, R., 2018).

O Brasil vem apresentando uma redução nas taxas de fecundidade ao longo dos anos, atingindo 1,59 filho por mulher em 2015. No entanto, segundo o IBGE, esta não se deu uniformemente entre as regiões estando o Norte e Nordeste com taxas maiores, 2,11 e 1,82 respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2015).

Berlofi e colaboradores, em 2006, apontam que mulheres que tem seu primeiro filho ainda na adolescência, tendem a ter um maior número de filhos e esta primeira gestação é muitas vezes não planejada e não desejada (BERLOFI *et al.*, 2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna e neonatal-infantil, e a riscos sociais, como baixa escolaridade, desemprego e invalidez, além de impactar negativamente nas oportunidades educacionais e no mercado de trabalho dessas mulheres (VIEIRA, 2016). Machado (2016) reforça esses dados quando apontam que gestações não planejadas estão frequentemente associadas a algum tipo de intercorrência obstétrica. Sinaliza uma habitual inadequação às rotinas e orientações do pré-natal, assim como uma menor chance de ocorrer o aleitamento materno após o parto. Destaca também uma maior prevalência de doenças psiquiátricas, como depressão nas mulheres que não planejaram sua gestação, ratificando que os efeitos da gestação não planejada extrapolam o período gravídico puerperal (MACHADO, R. et Al, 2016).

O baixo nível de conhecimento das mulheres e dos casais sobre os métodos LARCs e a existência de mitos e tabus se constituem como barreiras importantes para o seu uso, afirma Gonzaga (GONZAGA *et al.*, 2017). Vieira aponta que, no Brasil, a oferta de informações sem embasamento científico por parte dos profissionais de saúde, além da falta de treinamento sobre estes métodos na maioria dos programas de residência de ginecologia e obstetrícia são uma realidade (VIEIRA, 2016). Buckel e colaboradores trazem também que barreiras como o custo dos métodos, desinformação do profissional de saúde e a necessidade de múltiplas visitas da mulher ao serviço para iniciar o LARC podem limitar o seu acesso. O fornecimento de aconselhamento estruturado associado à disponibilização do método contraceptivo de forma gratuita aumenta a chance da mulher optar por um LARC (BUCKEL *et al.*, 2019). Berlofi e colaboradores corroboram esta ideia quando afirmam que fornecer informações e possibilidade de escolha quanto ao método

contraceptivo implica em uma melhor utilização do mesmo e uma vida sexual mais segura e satisfatória (BERLOFI *et al.*, 2006).

O Contraceptive CHOICE, estudo de coorte prospectiva com mais de 9mil mulheres na região de St. Louis forneceu sem custo o método contraceptivo de escolha da paciente após aconselhamento sobre eficácia de cada método com o objetivo de reduzir gravidez indesejada. Seus resultados apontam que há aumento nas escolhas das mulheres por métodos reversíveis de longa duração após uma padronização do aconselhamento e da disponibilização do método de escolha da paciente sem custo. Nesse estudo 71,5% das adolescentes entre 14 e 19 anos escolheram um método LARC após aconselhamento, tendo, respectivamente 31,7%, 5,3% e 34,5% optado por um DIU hormonal, um DIU de cobre e um implante de levonorgestrel (SECURA *et al.*, 2014).

Um maior tempo de consultas, acompanhamento longitudinal, efetiva relação médico-paciente e uma abordagem profissional que gere reflexão na paciente interfere na sua decisão por um LARC. Nessa perspectiva, o fornecimento do aconselhamento e do método durante a consulta em que ele é solicitado constitui o padrão ouro de atendimento (Same Day LARC). Reduz a chance de perda do paciente e aumenta sua satisfação (JANIAK *et al.*, 2018). Frente a isso, Buckel e colaboradores trazem a necessidade dos serviços de saúde readequar o seu fluxo de atendimento para garantir que o método seja introduzido na mulher no mesmo dia da sua consulta. Enfatizam que para garantir a autonomia das mulheres nas suas escolhas reprodutivas se faz necessário reduzir as barreiras estruturais que as impedem de acessar o método contraceptivo desejado em tempo hábil (BUCKEL *et al.*, 2019). Trindade e colaboradores corroboram esse pensamento e afirmam a necessidade de o país ampliar o alcance dos métodos LARC no SUS, através de mais informações sobre seu funcionamento e capacitação dos profissionais de saúde (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) de 2004 prevê dentro dos objetivos da assistência em planejamento familiar a ampliação do acesso às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais e a garantia da oferta desses métodos para a população em idade reprodutiva (BRASIL, 2004).

No Brasil, através do SUS o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza os métodos contraceptivos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para os municípios e o

Distrito Federal. O DIU de cobre modelo T 380 mm² é o LARC amplamente disponível nessa relação (BRASIL, 2020).

Em dezembro de 2017, com o objetivo de ampliação do acesso ao DIU de cobre no SUS o MS coloca em vigor a Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. Orienta o uso do DIU de cobre também pelas maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas assegurando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e ressalta o acompanhamento pelas equipes da APS para o esclarecimento de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações, ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias após a inserção do método (SAÚDE, 2017).

Apesar de raras, as complicações do procedimento para a inserção ou aplicação dos LARCs existem. O *Family Planning - a global handbook for providers*, na edição de 2018, em seu capítulo sobre Dispositivos intrauterinos de cobre apresenta como complicações a perfuração da parede do útero pelo DIU ou por instrumento utilizado na colocação, assim como o aborto espontâneo, parto prematuro ou infecção na rara eventualidade de a mulher engravidar tendo colocado um DIU (GLOBAL, 2018).

Ouyang e colaboradores, em 2019, trazem que após treinamento específico para inserção do DIU as taxas de expulsão, perfuração uterina, mau posicionamento e infecção por médicos e enfermeiras foram baixas. Em contrapartida, afirmam que a taxa de inserções bem-sucedidas por esses profissionais aumentou após o treinamento. Relatos de falta de confiança do profissional durante o procedimento, assim como o nível de dor que a mulher sente durante a colocação são importante causas de falha do procedimento.

Sendo assim, pensar na rede de assistência às complicações geradas no pós-inserção do DIU se faz necessário. Assim como na oferta de programas de treinamento qualificado que também discuta o manejo das possíveis complicações inerentes ao procedimento. É importante salientar que o aumento do número de profissionais habilitados na inserção de DIU pode melhorar consideravelmente o acesso a este método de contracepção com segurança, além de permitir às mulheres uma escolha facilitada do método (OUYANG *et al.*, 2019).

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A MUDANÇA NAS PRÁTICAS DO CUIDADO

A formação na área da Saúde está prevista desde a Constituição Federal de 1988, no âmbito do SUS. No entanto, é em 2004 que a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) é criada. Esta tem por objetivo identificar necessidades e construir estratégias que qualifiquem o cuidado, produzindo um impacto positivo na saúde da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009). Outra característica importante que a PEPS apresenta é a estratégia da aprendizagem a partir da problematização da realidade e a construção coletiva das soluções. Baseia-se nas necessidades identificadas da população, utilizando ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de cuidado, possibilitando mudanças concretas no fazer saúde (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009; SAÚDE, 2014).

A criação da PEPS também é fruto da grande discussão da década de 80, acerca da capacitação dos recursos humanos em saúde. Nesse período, a Educação Continuada (EC), tradicional recurso no setor, sofre críticas por se concentrar na exclusiva transmissão de conhecimentos atualizados sem referenciar a importância da multiprofissionalidade no cuidado e se distanciar dos problemas enfrentados no dia a dia do serviço. A EC representava a continuidade do modelo escolar baseado somente na transmissão de conhecimentos em uma via de mão única, valorizando o saber acadêmico e não correlacionando o aprendizado à solução dos problemas da prática (CECCIM, 2005).

A EC, principalmente em formato de workshop de curto prazo, é comumente utilizada entre os profissionais de saúde para ampliar a qualidade dos serviços. Possuem, porém, avaliações contraditórias quanto a sua eficácia. É possível afirmar que intervenções de curto prazo são oportunidades práticas de aprendizagem e aquisição de conhecimentos, porém poucos profissionais são capazes de sustentar essas mudanças na sua prática diária. Brindis, em 1986, propõe que intervenções periódicas, avaliação e reforço contínuo no aprendizado podem apresentar transformações mais duradouras do que intervenções pontuais (BRINDIS, 1986).

Em contraponto a EC, a Educação Permanente em Saúde (EPS) nasce como um conceito pedagógico para relacionar ensino e serviço. Foi ampliada ainda na Reforma Sanitária Brasileira para a relação entre formação, gestão e controle social na saúde (SAÚDE, 2007).

O paradigma da EPS e da EC na capacitação de recursos humanos para a saúde ainda é presente. É possível pensar que nem toda capacitação implica um processo de EPS, mas um processo de EPS pode ter como parte, uma capacitação (Brasil 2009). É necessário, no entanto, que o objetivo não

se encerre na aquisição específica de conhecimento para uma categoria profissional, mas que esteja atrelada a uma estratégia maior de reflexão e transformação de práticas institucionalizadas (CECCIM, 2005).

Embora toda capacitação vise uma melhora no desempenho dos indivíduos, alguns pontos a faz se aproximar ou se distanciar de um processo de EPS. O contexto político no qual o indivíduo atua é fundamental. É importante admitir a sua influência sobre o aprendizado e permitir a reflexão da ação a partir dele. Potencializar que os indivíduos sejam problematizadores da sua prática trazendo o aprendizado a partir do cotidiano. O profissional aprende a não só receber o conhecimento, mas a construí-lo e transformá-lo em alternativa para modificar a sua prática e serviço. A Política Nacional de Educação Permanente de 2006 ainda sistematiza uma sequência importante para esse processo de aprendizagem. Identificam-se os problemas num processo investigativo-reflexivo. Debruça-se sobre a literatura para ampliar o conhecimento a cerca da temática. Desenvolve-se competências e adquire-se habilidades específicas a cada profissional ou equipe. E a partir disso, é possível construir soluções, colocá-las em prática e avaliá-las posteriormente (BRASIL, 2009b).

Apesar dessa construção que operacionaliza o processo da EPS, Destaca também que os tempos para a mudança de práticas muitas vezes enraizadas é maior que o tempo de um curso ou intervenção pontual e precisa de um processo sustentável e com permanência de estratégias educativas ao longo do tempo (BRASIL, 2009b).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS), devido ao aumento do número de casos de COVID-19 em todo o mundo declara pandemia do vírus Sars-Cov-2, chamado amplamente de novo Corona vírus. Esta realidade tomou proporções grandiosas tanto com relação a suas causas diretas de morbimortalidade quanto a suas causas indiretas de agravos a saúde e vida dos indivíduos. Nesse período, houve a necessidade de uma intensa reorganização social na tentativa de conter a disseminação do vírus e dar respostas efetivas a pandemia. Novas rotinas de trabalho foram estabelecidas, diferentes estratégias de cuidado foram pensadas para respeitar o distanciamento físico necessário, equipes de saúde e recursos públicos foram remanejados para garantir uma maior atuação na linha de frente da covid-19. Estas mudanças trouxeram impacto também para este projeto de pesquisa até então em curso. Inicialmente com uma proposta

metodológica de estudo qualitativo com uma população variada de coordenadores da área técnica de um município do estado da Bahia, profissionais de saúde da APS de duas unidades de saúde da família (USF), e mulheres em idade fértil da área adscrita deste mesmo território, previa a utilização de entrevistas individuais e a construção de um grupo focal como ferramentas de coleta de dados. Na atual situação epidemiológica, precisou-se redefinir as ações para respeitar e contribuir com as iniciativas adotadas para a redução da curva de disseminação do vírus.

Surge a partir daí um novo caminho metodológico a ser seguido. Decidimos realizar a construção de uma pesquisa exploratória por meio de uma revisão sistemática da literatura a cerca da temática em estudo com o objetivo de responder à questão: qual o impacto das estratégias de capacitação para aconselhamento e inserção do DIU pelos profissionais da APS? Neste período escrevemos um ensaio reflexivo com o objetivo de compreender quais os impactos que um cuidado centrado no modelo biomédico pode trazer para a diversidade dos corpos femininos e a partir desta percepção, identificar perspectivas para um cuidado de fato integral.

Nessa trajetória, partindo dos objetivos iniciais deste projeto, com os elementos da investigação realizada e após o contato com a literatura existente sobre a temática percebeu-se a importância da elaboração de um Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na APS como produto técnico científico resultante deste mestrado profissional, visando modificar a realidade da assistência à saúde reprodutiva das mulheres acompanhadas na APS. Ainda no processo de construção da dissertação a pesquisadora recebeu o convite para contribuir com a discussão e construção de um capítulo sobre direitos sexuais e reprodutivos e vulnerabilidades no material didático do curso a distância de formação para voluntárias advogadas, psicólogas e assistentes sociais da ONG *Tamo Juntas*. Uma organização feminista com incidência política local e nacional composta por mulheres profissionais que atuam voluntariamente na assistência multidisciplinar a mulheres em situação de violência e que possui voluntárias em diversas regiões do Brasil. Este material também se transformou em produto técnico para a dissertação e encontra-se ao final deste documento.

Os resultados desta dissertação estão divididos e apresentados em formato de dois artigos científicos. O primeiro o artigo da revisão sistemática construída sob o título “Estratégias de capacitação para a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática”, a ser submetido na revista *Contraception*. E o segundo, o ensaio reflexivo com título

“Considerações e perspectivas para a superação de um cuidado ao corpo feminino ainda centrado no modelo biomédico”, submetido na revista *Cadernos de Saúde Pública*. Ambos dispostos de acordo com a normatização da revista submetida. A seguir, também estão descritos os produtos técnicos científicos produzidos. O projeto de intervenção, com a proposta do Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e treinamento de técnicas de inserção do DIU de cobre na APS e o capítulo sobre Direitos sexuais e reprodutivos e vulnerabilidades escrito para o material didático do curso a distância de formação para as voluntárias *Tamo Juntas*.

3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A revisão sistemática da literatura realizada aqui tem seu protocolo na plataforma PROSPERO (Prospective Register Of Systematic Reviews), sob o registro CRD42020185972. Como trazem Donato e Donato (2019) este é um método rigoroso habitualmente considerado como evidência de alta qualidade por sintetizar os estudos primários produzidos a cerca da temática em questão (DONATO; DONATO, 2019). Utilizada como uma das estratégias para o uso da prática baseada em evidencia (PBE) serve atualmente para qualificar as ações em saúde no âmbito não só das condutas assistenciais, mas também referentes ao planejamento em saúde. Segue etapas específicas e bem definidas que visam reduzir viés e selecionar e sintetizar as melhores evidências científicas (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

Esta pesquisa foi produzida respeitando as etapas inerentes às revisões sistemáticas e teve a redação de seu artigo baseada na recomendação PRISMA (ITENS; REVIS; UMA, 2015). A identificação dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Web Of Science e Scielo, utilizando-se os descritores Primary Health Care; Education, Medical; Education, Continuing; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Staff Development; Professional Competence; Health Human Resource Training; Professional Training; Inservice Training; Training Courses; Training; Intrauterine Devices, Copper e Intrauterine Devices nos idiomas inglês e português. Para um refinamento das buscas foram feitas associações com o booleano AND durante o período de 15 a 22 de abril de 2020.

Os critérios de inclusão definidos foram estabelecidos a fim de identificar estudos que considerassem o treinamento na inserção e ou aconselhamento do LARC como uma intervenção a

ser estudada e estudos que analisassem a associação de treinamentos com a prática dos profissionais de saúde. Não houve restrição de período de publicação e foram inseridos artigos nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão foram definidos aqueles estudos que não tivessem seus resumos disponibilizados, estudos que só trabalhassem a perspectiva das mulheres sem apresentar também resultados com os profissionais de saúde, estudos com população somente de estudantes, estudos que analisassem como desfecho apenas o seguimento pós-inserção do DIU, sem apresentar os impactos na prática profissional e estudos realizados em ambiente hospitalar por não responderem completamente a pergunta dessa revisão. Foram excluídos estudos do tipo revisões sistemáticas, meta-sínteses e estudos qualitativos, assim como estudos mistos (quantitativos-qualitativos), textos simples, carta ao editor, relato de caso ou outras publicações que não cumprissem o formato de artigo científico.

Inicialmente, os títulos e resumos dos estudos identificados pela busca nas bases de dados foram examinados por três revisoras quanto à sua relevância, e por estarem de acordo com os critérios de seleção previamente estabelecidos. Quando houve discordância no processo, uma quarta revisora mais experiente auxiliou na decisão de inclusão ou exclusão do artigo. Subsequentemente, os textos completos dos artigos identificados como potencialmente elegíveis foram obtidos e lidos na íntegra, como forma de avaliar os que respondiam à pergunta de investigação. Foi realizada a busca e leitura das referências dos estudos incluídos e analisadas as que também respondiam a questão de investigação para possível inclusão, sendo então incluído um artigo nesta etapa de busca manual.

Para a extração dos dados, elaborou-se uma planilha eletrônica na qual foram registradas informações sobre: autores, ano e revista de publicação, local do estudo, objetivo, número e tipo de participantes, tipo de estudo, amostra, idade média dos participantes, tipo de intervenção utilizada, desfecho avaliado (critérios utilizados) e associações encontradas.

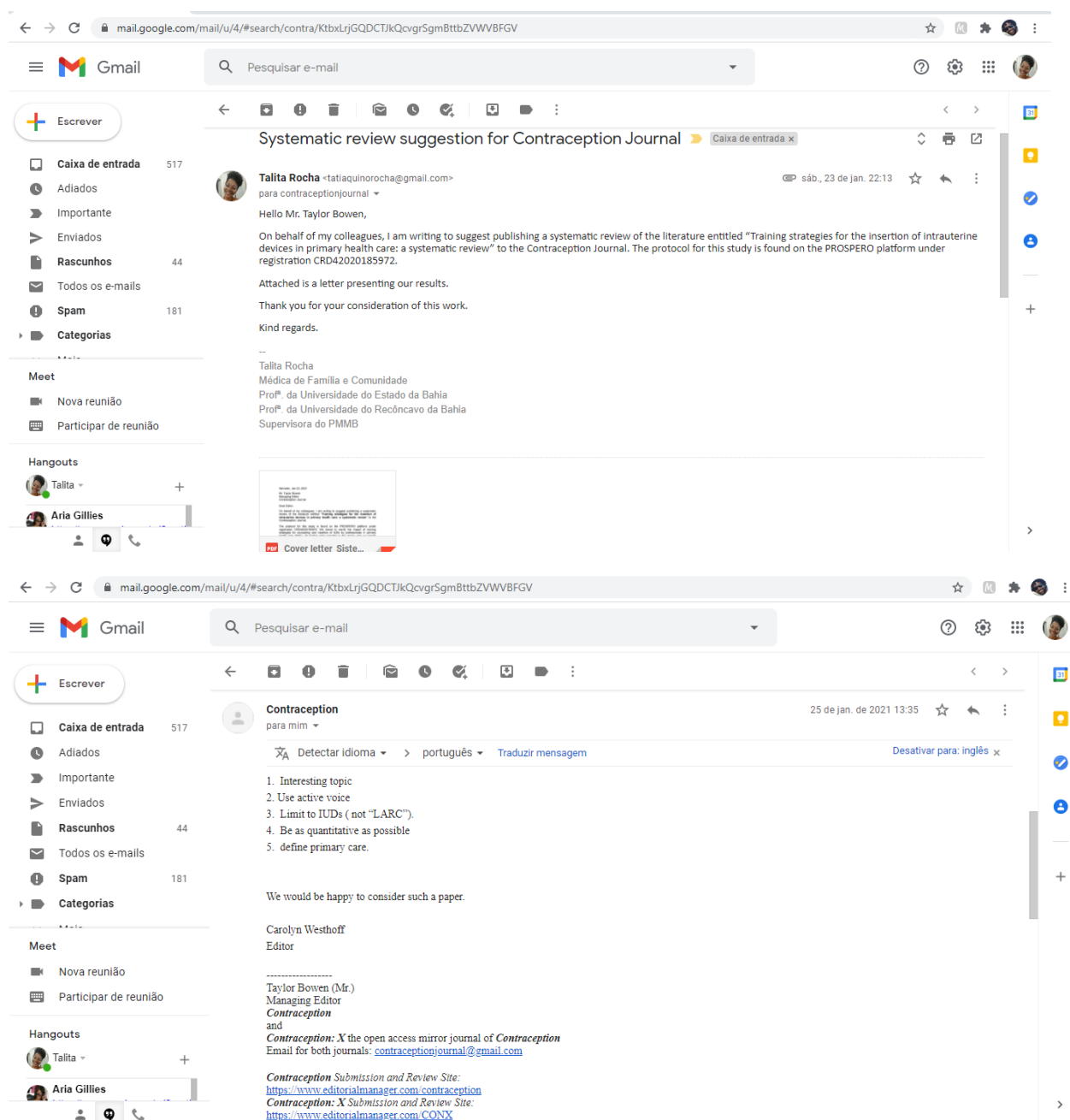
A análise da confiabilidade, relevância e resultados dos trabalhos incluídos na revisão foi realizada a partir dos instrumentos do Instituto Joanna Briggs para estudos do tipo experimentais com e sem randomização e estudos transversais. A ferramenta de análise de estudos não randomizados possui nove questões, sendo definido pelas autoras, níveis de qualidade para os estudos analisados a partir do número de questões afirmativas contempladas na ferramenta. Até três questões corretas o estudo era considerado com qualidade fraca, até seis questões corretas estudo com qualidade média e acima de sete questões afirmativas estudo com qualidade forte. Para a ferramenta de análise dos

estudos randomizados que possuía treze questões ao total foram também definidos três níveis de qualidade para os estudos analisados, sendo que a cada quatro questões afirmativas o estudo foi classificado como fraco, até oito questões afirmativas foi classificado como médio e acima de nove questões afirmativas foi classificado como forte. A ferramenta de análise de estudo transversal possuía oito questões a serem analisadas e destas foi definido que o estudo que obtivesse até três questões afirmativas seria classificado como fraco, até seis questões receberia classificação médio e acima de sete questões afirmativas seria considerado como forte. Como houve heterogeneidade entre os estudos em relação a desenho, participantes do estudo e desfechos mensurados, optou-se por não realizar uma metaanálise.

4. RESULTADOS

4.1 Artigo 1 – Estratégias de capacitação para a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática

Abaixo segue imagens dos e-mails enviados para o editor chefe da revista Contraception como solicitado pela orientação da revista para submissão de revisões sistemáticas da literatura. A resposta da revista foi positiva com relação ao interesse em analisar o material e pela temática do artigo.



TRAINING STRATEGIES FOR THE INSERTION OF THE INTRAUTERINE DEVICE IN PRIMARY HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW

ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO PARA A INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Talita Rocha de Aquino, Ana Gabriela Alvares Travassos, Carla Santos Almeida, Carine Pacheco Alexandre

Abstract

The use of intrauterine devices (IUD), the oldest long-acting reversible contraceptive method (LARC), is infrequent in the context of primary health care (PHC). This can be explained by organizational and individual barriers, such as the need for training the professionals who provide this service. Thus, the objective of this study was to acquire knowledge about the different training strategies used alongside PHC professionals for the insertion of copper IUDs and other LARCs and their impacts on daily healthcare practice. This is a systematic review, carried out in the PubMed, Virtual Health Library (VHL), Web of Science and Scielo databases, in order to identify studies that considered training in the insertion and/or advice regarding IUD and others LARCs use as an object of study, or analyzed the association between training and the practice of health professionals. This study's protocol is found on the PROSPERO platform under registration code CRD42020185972. During the last stage of our systematic review, 19 studies were included. They state that different types of interventions with different professionals increase occurrences of IUD and others LARCs insertion by providing a greater offer of these methods by professionals and consequently a greater adoption by women. Among the identified interventions, there are economic- and structural-planning actions, counseling on family planning for patients, theoretical-practical instruction for professionals, and training on IUD insertion techniques. Such tools should be further explored, especially in the context of PHC, to expand women's access and adoption of IUDs.

Keywords: Intrauterine Devices; Primary Health Care; Education, Continuing; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Training

1. Introduction

Despite the countless contraceptive options available today, about half of the worldwide pregnancies are unplanned. Their prevention and, consequently, the reduction of maternal morbidity and mortality as well as unsafe abortions are closely linked to access to contraceptive methods. In addition to high efficacy, long-acting reversible contraceptives (LARCs), including intrauterine devices (IUDs), have an excellent cost-benefit ratio in comparison to short-term methods, which may enable a reduction in reproductive-health costs [1,2].

Despite the evidence pointing to their low cost and high efficacy, the use of IUDs is infrequent, which may be related to several organizational and individual barriers. Among these, the lack of qualified professionals and the absence of simplified protocols able to standardize the service's offer are worthy of mention [3]. Other barriers are Primary Health Care (PHC) professionals' lack of preparation, lack of resources at this level of care to provide the insertion service locally, excessively incipient knowledge, mistaken insertion techniques, lack of standardized training as a requirement in the training curricula of health professionals, and the concentration of trained professionals among gynecologists [4]. Other important points are the low level of knowledge on the part of women and couples about this contraceptive method and the existence of myths and taboos about its use [3]. The expansion of dissemination actions and the offer of copper IUDs – as well as the use of evidence-based information to reorganize work processes in health unit – can ensure that women have an easier access to it [5].

From this perspective, studies that discuss the qualification of reproductive planning (RP) follow-up and the provision of IUDs, establishing a dialogue with PHC professionals' current levels of knowledge, may indicate ways to expand the use of these methods and provide support to strategies for transforming reproductive care practices and reorganizing RP services. Thus, the objective of this study was to acquire knowledge about the different training strategies used alongside PHC professionals for the insertion of copper IUDs and other LARCs, understanding their impacts on daily healthcare practices.

2. Materials and Methods

This study is a systematic review of the literature, aiming to elucidate the impact of training strategies for PHC professionals' insertion of IUDs and counseling regard their adoption by patients. The protocol for this review is found on the PROSPERO platform (*Prospective Register Of Systematic Reviews*), under registration code CRD42020185972.

A search was carried out on the *PubMed*, *Virtual Health Library (VHL)*, *Web Of Science* and *Scielo* databases, using the descriptors and associations described in Chart 1.

The defined inclusion criteria were: studies on that studied the insertion of and/or counseling regarding IUDs and other LARCs as an intervention, and studies that analyzed the associations between training and health professionals' daily practices. There was no publication-period restriction, and articles in Portuguese, English and Spanish were included. The following exclusion criteria were adopted: studies with no available abstracts; studies that only worked from the perspective of the female patients without including data regarding health professionals; studies with student-only populations; studies whose analyzed outcome was restricted to post-IUD insertion follow-up, with no data regarding impacts on professional practice; and studies in the hospital environment, since they did not answer the research question posited by this review. Furthermore, studies such as systematic reviews, meta-syntheses and qualitative studies, as well as mixed studies (quantitative-qualitative), simple texts, letters to the editor, case reports or other publications outside the scientific-article format were excluded.

The PHC is the gateway to healthcare system and aims to assist the population's health care with an organized and regionalized configuration. In this review, PHC was considered to be all outpatient services, outside the hospital that provided assistance to women's health at a territorial level. The concept of PHC is not a consensus around the world. Despite having wide-spread actions it has broader or more restrictive characteristics depending on the health system to which it is linked [6].

Initially, the studies' titles and abstracts were examined by three reviewers in regard to their relevance and alignment with the selection criteria. When this process resulted in a disagreement, a fourth, more experienced reviewer assisted in the decision to include or exclude the article.

Subsequently, the full texts of the articles identified as potentially eligible were obtained and fully read, so as to evaluate which ones answered the research question. The references of the included studies were screened. Those that answered the research question were also analyzed for possible inclusion. A flowchart for the selection of eligible articles is shown in Figure 1.

For data extraction, an electronic spreadsheet was created in which information was recorded on: authors, year of publication, journal, study location, objective, number and type of participants, type of study, sample, average age of participants, type of intervention, assessed outcome (including criteria) and ascertained associations.

The analysis of the reliability, relevance and results of the works included in the review was carried out using the instruments of the Joanna Briggs Institute for experimental studies (with and without randomization) [7] and for cross-sectional studies [8]. The analysis tool for non-randomized studies has nine questions defined by the authors, with a quality scale for the analyzed studies based on the number of questions answered in the affirmative (up to 03 questions: weak; up to 06: medium; above 06: strong). The analysis tool for randomized studies has thirteen questions (up to 04 questions: weak; up to 08: medium; above 08: strong). The analysis tool for cross-sectional studies has eight questions (up to 03 questions: weak; up to 06: medium; above 06: strong). Since included studies were heterogeneous in terms of their design, participants and measured outcomes, we decided not to perform a meta-analysis. The writing of the article was based on the PRISMA recommendation for systematic reviews [9].

3. Results

The searches in the databases identified a total of 7455 results: 3421 in the PubMed database, 3370 in the VHL, 647 in the Web of Science and 17 in Scielo. Among these, 51 were selected for full-text evaluation, after title and abstract screening. After reviewing the full text, 19 studies were identified as eligible for inclusion (Figure 1), comprising 18 intervention studies (05 randomized and 13 non-randomized) and 01 cross-sectional study. The quality of the evidence from randomized and non-randomized studies varied from medium to strong, with randomized studies reaching a minimum of 06 points and a maximum of 12 points and non-randomized studies a minimum of 04 points and a maximum of 09 points. The single cross-sectional study was classified as weak, with 03 points. Most of the included studies had a strong quality of evidence (Table 1).

For a better understanding of these results, we chose to present them in three categories: characteristics of the interventions; impact of the interventions on health professionals; and impact on women's IUDs and other LARCs adoption.

3.1 Characteristics of the studied interventions

The studies were conducted in different countries whose health systems had different characteristics, covering five of the world's six continents. Among them were the United States, Canada, Nicaragua, the United Kingdom, Australia, Rwanda, Burkina Faso, Kenya, Singapore and Thailand. The year of publication of the articles ranged from 1997 to 2020; most of them were published in 2007, 2016 and 2019. As for their populations, studies included women, pharmacists, midwives, nurses, PHC doctors, family and community physicians (FCP), general practitioners, gynecologists and obstetricians, pediatricians, hebiatrists, among other specialties and residents (FCP, pediatrics and adolescent medicine). Moreover, there were other professionals such as health promoters, community workers, professionals from family planning clinics and unspecified professionals. Among the LARCs, the studies approached with copper IUDs (18 articles), levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) (7 articles) and implants (7 articles). (Table 1)

The study interventions varied in format, presenting different methodologies, duration, approaches, resources, and techniques (Table 2). Nine studies presented interventions focused on providing counseling around contraceptive methods in association with the practice of IUDs and/or implant insertion techniques [10–18]. Among the remainder, two articles focused only on counseling on IUDs [19,20] and three only on IUDs and/or implant insertion techniques [21–23]. Five articles approached multiple interventions [24–28]. Two of them associated strategies to simplify or redefine the eligibility criteria for the use IUDs [24,25] with IUDs insertion training and counseling on contraceptive methods. One study's initial stage identified professionals' knowledge gaps and elaborated health education materials [26]. Another one associated the creation of a space to raise awareness among women, community leaders and Community Health Workers (CHW) with its initial intervention strategy [27]. Furthermore, one study described as its second intervention the patient's referral (with reserved vacancy) for the insertion of an IUD or implant in another accredited health service [28]. Despite the fact that these were interventional studies, not all of

them described each stage's characteristics in sufficient detail, making it difficult for proposed strategies to be reproduced [11,22,23].

Although most studies worked with face-to-face intervention strategies, focusing on workshops or classroom discussions, three studies [11,19,28] used online modules for their theoretical stages. Themes included new evidence on LARCs, contraceptive eligibility criteria, complications, pre- and post-LARCs insertion counseling, and communication skills.

Practical training relied on pelvic models [12–15,21,23] videos with instructions on the insertion procedure [12,13], and supervised practice with patients [14][23][26]. Some studies failed to provide detailed descriptions on the employed insertion techniques on IUDs and implant [10,11,16–18,22,24]. Practice locations ranged from specific training centers to the professionals' own workplace. The two articles that worked only with counseling patients regarding IUDs use described practical stages with real patients [19,20]. Two studies, despite performing interventions involving counseling on contraceptive methods, do not describe how the practice actually took place [27,28].

As for the duration of training strategies, the majority had a short duration varying between one and a half hours and six hours of theoretical activity, while the longest ones lasted between two and six days. For practical activities, the duration ranged from an hour and a half to six days. Some articles indicated the entire intervention's duration, but not the time allotted to each individual activity [16,22–24]. Only one article described the number of IUDs that the professional needed to insert and remove correctly to be considered fit for training (five insertions and five removals) [26].

Only one article described IUD insertion training with a focus on its use as an emergency contraceptive method [11]. One study describes the insertion of the IUD immediately after an abortion [24].

3.2 Knowledge, attitudes and practices, and professional comfort

Among included studies, eleven addressed the impact on the knowledge, attitudes, practices, and comfort of health professionals in relation to LARCs, with emphasis on IUDs (Table 3).

Six studies discuss the impacts on professionals' knowledge. A group of family planning clinicians and community health workers had an impact of 8.8% and 9.1% on the general knowledge about IUDs, respectively, after participating in discussion groups on specific IUD aspects (prescription, advantages, disadvantages) [20]. After demonstrating the insertion of copper IUDs and carrying out practice training using a pelvic model, Lewis, Darney and Bocanegra (2013) showed an increase in the professionals' understanding of suitable candidates for the use of the method, such as nulliparous women and adolescents, from 58% to 81% ($p < 0.001$) [21]. These results were corroborated in another study, where method-indication scores for young women, nulliparous women, or as primary contraceptive method for women of reproductive age increased by 34%, 13% and 35%, respectively [20].

In a comparison between alternative and traditional training methodologies, professionals who trained with the use of a video module instead of traditional educational lectures did not present a statistically significant difference in knowledge scores (increase of 3.3 points for both), despite the fact that both groups presented increased knowledge on the topic [13]. This result may be related to operational aspects of the study, such as the sample size of only 39 professionals. A single study, carried out with 40 clinicians, failed to demonstrate an impact on the knowledge of professionals among its four observed groups. Similar scores (6 points out of 10) were obtained by professionals who underwent two interventions (theoretical/practical training and use of IUD checklist), only one intervention, or no intervention at all. In the same study, positive attitudes also yielded no difference in group scores [25]. The authors point out those limitations in the study's time frame and resources for its development may have influenced the results, which differ from most of the productions that approach this aspect. Other reasons were also suggested, such as the lack of time for IUD counseling or the procedure being considered too invasive by professionals or patients. Finally, publication bias, wherein interventions with a positive impact are prioritized for research, may obfuscate unsuccessful interventions in other, non-studied locations.

During an evidence-based course on IUDs and implants, insertion practice for clinicians and counseling practice for health educators, a study demonstrated an increase in professionals' general knowledge about IUD eligibility criteria, as well as its use by women with a history of sexually transmitted infections and pelvic inflammatory disease. In addition, more professionals began to consider IUDs ($OR = 3.24$) and implants ($OR = 2.57$) as safe methods [18].

Positive attitudes and intentions, as well as professional comfort in relation to IUD were also important factors evaluated by the articles [12,15,16,19,20,23,25]. Clinical family planning providers started to declare themselves more available for IUD insertion [20] and more experienced in advising its use [18]. An increase in the probability of indicating an IUD was observed in routine, post-abortion consultations, as well as for permanent or long-term contraception methods.

Professionals' comfort levels changed in regards to recommending the method for women with diabetes, menorrhagia, history of ectopic pregnancy or as hormone replacement [16]. There was also an increase in positive attitudes towards the method for single and nulliparous women [20].

In addition, professionals said they felt more comfortable to prescribe intrauterine contraception in their daily practice [19], more confident to perform the procedure ($p < 0.001$), and more interested in performing it (score 9 out of 10) [15].

Dodge et al., 2016, demonstrated increased professional comfort for all analyzed tasks, such as uterine catheterization, copper IUD and LNG-IUS (LNG20) insertion steps, as well as insertion and minimization of pain in women. For professionals who had no previous experience, there was no improvement in comfort for performing the bimanual examination, insertion of the speculum and insertion of the LNG-IUS (LNG14) [12]. Another study also reported greater professional confidence in inserting copper LNG-IUS and IUDs in multiparous women versus nulliparous women [23].

The analyzed studies also show an increase in the frequency of IUD insertions [16] by professionals and health services. There was a 25% increase in the insertion of copper IUDs and LNGs in the health services participating in the study, with an average of 5 additional insertions as compared to the baseline. Another study also showed increased insertions for nulliparous women and adolescents ($p < 0.01$) [21]. Likewise, Stewart et al., 2016, showed a significant change in IUD insertions after the intervention, with 86% of the professionals in their study having inserted at least one IUD and 32% reporting having inserted 12 or more [23]. Another article had divergent results, indicating no impact on the number of insertions. Among groups that were subjected to the intervention, there was a 1.3 to 0.8 decrease in the monthly average, while groups with no intervention showed a 0.6 to 1.0 increase [25].

Regarding insertion performance, a study indicated that the group of professionals who received instructions using a video module showed better performance on the insertion procedure than the group who received instructions through traditional lectures (scores 48.1 vs 43.8) ($p < 0.05$) [13]. Furthermore, another study showed that a two-week training methodology, with prior provision of study materials, training in the pelvic anatomical model and a week of clinical practice, was more efficient in improving professionals' performance than a six-week training that lacked an anatomical model, even though it involved four weeks of clinical practice. In this study, professionals in the first group needed fewer insertions to achieve the necessary skills ($p < 0.0001$) [14].

Another important practical aspect concerns the referral of patients to other professionals or services. One study showed that 82% of professionals said they had referred fewer patients to carry out the insertion procedure elsewhere [23].

After counseling practices, Thompson et al., 2008 saw an increase from 71% to 87% in the proportion of professionals who presented changes in the way they discussed LARCs (especially IUDs) with their patients [18].

3.3 Adherence/acceptance of women to IUD and others LARC after interventions

Thirteen articles reported post-intervention impacts on women's adherence and/or acceptance of IUDs and implant. Increased insertion of this methods was described in ten studies [11,16,18,20–22,24,26–28] (Table 4).

Two studies found that patients were more likely to choose an IUD or implant as a contraceptive method; both entailed training in contraceptive counseling as their analyzed intervention [10,28]. Only one article did not demonstrate a significant impact of the analyzed interventions in increasing the number of IUD insertions [25].

Two articles worked with adolescent women and young adults, and in both there was an increase in IUD and or implant adoption for this age group. In the first study, there was an increase in adoption on the part of women under 20 years of age (18.2% to 50%) and nulliparous women (63.6% to 70%) [11]. In the second, young adults (18 to 25 years of age) were less likely to choose an IUD or implant compared to adolescents (13 to 17 years of age; [OR] = 0.47); moreover,

participants who were already pregnant were more likely to use a IUD or implant compared to nulliparous (OR = 16.63) patients [22].

Regarding the adoption and insertion of an IUD or implant in the same consultation, one article showed that there was a greater increase in this modality in the intervention group who received counseling and free provision of the method, versus the group who only received training in counseling. The intervention group presented an almost five-fold increase in the probability of receiving an IUD or implant on the same day [10]. A study carried out in Baltimore also showed that after the intervention there was an increase in IUD or implant insertion on the same day of the consultation [22].

As for the recommendation to prescribe copper IUDs as emergency contraception, one study found a 2.73-fold (172.7%) increase in the adoption of this type of IUD in comparison to LNG, after this method was offered to the woman as a primary contraceptive option [11].

From the perspective of post-abortion IUDs, Goodman and colleagues saw a progressive growth in the monthly averages of IUD adoption throughout their study, together with a proportional increase in the choice of LNG as compared to copper IUD [24].

Regarding preferences towards different LARC methods, the studies evaluated in this systematic review found that the IUD was the most popular type of implant (89% vs. 11% of insertions), as found by Ingabire and collaborators [26]. In another study, the IUD was the most commonly chosen LARC in the intervention group and the implant was the most commonly chosen LARC in the control group [28].

While this was not their main objective, two studies addressed post-intervention complications. Stewart and colleagues point to problems with uterine catheterization, technical problems with the IUD and vasovagal reactions, and reports of poor positioning and expulsion. There were no cases of infection or perforation [23]. Goodman and colleagues showed that the percentage of expulsions decreased after the intervention period; in the post-abortion period, they were more frequent in women with over 12 weeks of gestation (7% vs 1.6%, $p = .02$) [24].

4. Discussion

Based on the findings identified in this review, it is possible to infer that the quality and effectiveness of follow-up in reproductive planning and the effectiveness of sexual and reproductive rights are closely linked to the way women access health services and receive information. Knowledge is one of the determining factors for the indication of IUDs by health professionals. The lack of understanding of this method's indications, contraindications, advantages and disadvantages has been pointed out in the literature as an important obstacle to be overcome. The use of outdated references and inconsistent or excessively punctual training can lead to misconceptions by professionals-in-training, who often avoid indicating the method due to being uncomfortable with it [29].

This review's findings reinforce the existence of several organizational and individual barriers that influence the supply and acceptance of IUDs and other LARCs by health professionals and women. Gonzaga et al., 2017 address lack of participation in health-education activities and the complexity of the protocols that bureaucratize the process as organizational barriers in the way of IUD access [3]. Moura, 2007 points out that, despite the fact that performing the procedure in PHC is feasible, even well-trained professionals face barriers such as insufficient supply [30]. In these situations, there is a clear need to refer patients to referral units. The health professional, however, may fail to do so due to difficult access to said referral unit, low level of resolution, and counter-referral without case resolution. Furthermore, referral services may not meet all of the logistical demands of the work process, further limiting women's access [3,30].

Another important point of these results pertains to how much the posture of professionals changes when they receive qualified information about IUDs or implant eligibility criteria, contraindications and side effects. Considering the prevalence of myths about IUD use, counseling training increases professionals' confidence as well as patients' adherence and satisfaction, leading to lower rates of future removal [31].

Some studies in this review described the free provision of LARC to the patient as one of the employed interventional strategies, raising the possibility that the high financial cost of this method in countries without universal health systems acts as an access barrier. Coles and collaborators corroborate this understanding [29]. However, this issue is mitigated in the Brazilian context, since copper IUDs are distributed by the SUS at no cost. Although the hormonal implant is not as available, there are intense debates in favor of its introduction in the public network, with possible

specific indications for vulnerable women such as adolescents, drug addicts, HIV-positive patients, patients with low education level, residents of areas that with difficult access, prison inmates, among others [32].

Other barriers in the way of wider adoption by Brazilian women which need to be overcome in order for access to be expanded in the PHC are requests for unnecessary exams as an eligibility criterion, lack of trained professionals, and the procedure's long average waiting time [3]. The same-day LARC insertion strategy used by some of the studies in this review had clear benefits, including an increase of the method adoption by participating women. The current literature corroborates these benefits, pointing out the lower cost for patients, lower rate of unwanted pregnancies, and lower incidence of abortion [3,33]. Gonzaga and collaborators argue that IUD insertion during the initial consultation may be beneficial, since adherence to the method may be compromised if the patient needs to return several times before the IUD is actually inserted [3]. Furthermore, women who went through IUD insertion on the same day of the consultation do not have a greater risk of pelvic inflammatory disease in comparison to those who did not [34].

Regarding adolescents' adoption of IUD on the same day of the consultation, Miller and collaborators showed that obtaining birth control and privacy are relevant reasons for patients' interest in this form of LARC insertion. Economic and parental factors may also influence the adoption of this contraceptive method [35].

The variety of professionals participating in the studies included in this review points to the need to democratize knowledge about sexual and reproductive rights, as well as the need for more professional training regarding reproductive planning and specifically the use of IUDs. PHC professionals are considered key figures, due to the bond they establish with patients and due to longitudinality of care, with the professional-patient relationship entailing greater comfort and confidence than elsewhere in the health system. This group's continuing education is essential to consolidate IUDs and other LARCs as a common option in this sphere of assistance, providing women with the right of conscious choice and leading to the improvement of reproductive health actions [36].

Several intervention formats were studied and almost all of them had a positive impact on the professional's knowledge, attitudes, practices and comfort in offering and inserting the IUD or

implant, as well as in women's adoption and adherence to these methods. Although not all studies provide a detailed description of the employed contraceptive counseling model, the literature points out that the stage-based reproductive counseling method is the most widely used today. It focuses on the effectiveness of contraceptive methods and advises that the most effective ones be offered to women as primary options. However, this method elicits some concerns, such as the use of coercive prescription depending on how professionals are trained to perform it, favoring the prioritization of professional preferences over patient preferences [37]. In a 2014 study, Harris and Wolfe corroborated said concerns by pointing out that historical prejudices about specific populations such as low-income women, adolescent mothers, black women and patients with mental comorbidities, influence the supply and choice of contraceptive methods [38].

From this perspective, regardless of the counseling model, our objectives during the conduct of reproductive counseling training must go beyond technical questions about the different methods, providing an opportunity for discussions on the various sociocultural and racial issues linked to this topic.

We found that practical training, whether using a pelvic model or during supervised practice, also had a positive impact for the participants. This finding is corroborated by the literature. Limphaphayon et al. (1997) pointed out that the use of improper techniques by the apprentice professional can put women at greater risk of discomfort and complications [14]. The use of pelvic simulators to train professionals on IUD insertion is a confidence-building factor, increasing the professional's skills before he/she has to perform insertions in real patients. This avoids embarrassment and confusion for both the professional and the patient [39,40]. However, Jha and collaborators point out as a limitation that the simulators do not confer the procedure with sufficient realism, restricted as they are to the technique's acquisition, without delving into the necessary interpersonal skills [41]. There are undoubtedly important limitations for the teaching of genitalia examination in clinical practice, from the intimate exposure that the procedure entails, which can be a reason for patient embarrassment, to issues of structural scarcity of an adequate practical field during training [41].

We were not able to identify in the literature a consensus regarding the minimum amount of IUD procedures that the professional must have carried out in order to be considered fit for executing

this procedure. Stewart and collaborators, however, point out that, for the professional to maintain the acquired skills, he/she must insert at least 12 IUDs during one year of practical activity [23].

Regarding the duration of the interventions described here, the majority focused on short-term workshop formats, which are commonly used among health professionals to increase the quality of services. However, they receive conflicting assessments as to their effectiveness. Brindis questions whether these experiences enable professionals to sustain changes in their daily practice over a significant period, and propose that periodic interventions, assessment and continuous reinforcement in learning can present more lasting transformations than specific interventions. They also point out that when the apprentice's workplace is used as the *locus* of intervention and all service professionals are involved, there is a greater chance that these changes are perpetuated [42].

Only one article in this review studied the use of IUDs as emergency contraception and in immediate post-abortion insertion. Despite the fact that its use is still somewhat restricted, the IUD presents itself as a viable emergency contraceptive option – especially for women who have missed their oral contraception deadline – and should be encouraged in different countries [43]. With respect to post-abortion use, Hansen et al., 2019, claim that ensuring early access to contraception is effective and economical in reducing the number of unplanned pregnancies and advise that all reversible contraceptive methods, including IUDs, be offered to the woman on the same day of the abortion procedure, be it surgical or medication-related [44]. Loeber and Muntinga confirm that women feel the need to discuss contraception after the abortion procedure and are interested in personalized information that takes into account their cultural traits and fears about the different options [45].

5. Conclusion

The literature presents important studies with diversified strategies to train health professionals in the IUDs and others LARCs insertion. These have relevant impacts in terms of changes within the scenario of offer, choice, insertion and adherence to the respective methods. It is worth noting that the use of IUD and other LARCs involves multiple interventions, ranging from economic and structural planning of its offer to training in contraceptive counseling and theoretical-practical instruction on insertion techniques, as well as strategies to raise awareness among professionals.

Furthermore, such interventions generally lead to better performance, greater comfort and confidence, and increased knowledge levels on the part of professionals, prompting greater supply and insertion of IUD. The interventions led to greater adherence and acceptance of these methods on the part of women, expanding their use in different contexts and age groups. Therefore, these strategies must be explored on a large scale, especially in countries where the use of IUDs or implant is still reduced. PHC presents itself as a space of great capillarity, with the potentiality of being a major driving force in the expansion of safe access and favoring women's capacity to choose, leading to a reduction in unplanned pregnancies and maternal mortality, i.e., to an improvement in human development levels.

Funding: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

6. Bibliographic references

- [1] Trindade RE, Siqueira BB, de Paula TF, Felisbino-Mendes, MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* 2019;1–7. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372&id=17372>
- [2] Andrade I, Penna DA, Brito MB. A importância da contracepção de longo prazo reversível. *Femina* 2015;43 Suppl 1:1–6.
- [3] Gonzaga VAS, Borges ALV, dos Santos OA, Rosa PLFS, Goncalves RFS. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03270. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>.
- [4] Phillips J, Sandhu P. Barriers to implementation of long-acting reversible contraception: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract* 2018;30(4):236–43. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000019>.

- [5] Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico para profissionais de saúde - DIU com cobre T Cu 180A. Ministério da Saúde. 1 ed Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- [6] Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2011;20:867–74. <https://doi.org/10.1002/jlac.18781940209>.
- [7] Joanna Briggs Institute. Checklist for randomized controlled trials, <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>; 2017 [accessed 10 October 2020]
- [8] Joanna Briggs Institute. Explanation of analytical cross sectional studies critical appraisal, <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>; 2020 [accessed October 2020]
- [9] Galvão TF, Pansani T de SA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24(2):335–42. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>.
- [10] Buckel C, Maddipati R, Goodman M, Peipert JF, Madden T. Effect of staff training and cost support on provision of long-acting reversible contraception in community health centers. *Contraception* 2019;99(4):222–7. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.12.005>.
- [11] Clement KM, Mansour DJ. Improving uptake of the copper intrauterine device for emergency contraception by educating pharmacists in the community. *J Fam Plan Reprod Heal Care* 2014;40:41–5. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2012-100472>.
- [12] Dodge LE, Hacker MR, Averbach SH, Voit SF, Paul ME. Assessment of a high-fidelity mobile simulator for intrauterine contraception training in ambulatory reproductive health centres. *J Eur C* 2016;5:30416. <https://doi.org/10.3402/jecme.v5.30416>.
- [13] Garcia-Rodriguez JA, Donnon T. Using comprehensive video-module instruction as an alternative approach for teaching IUD insertion. *Fam Med* 2016;48(1):15–20.
- [14] Limpaphayom K, Ajello C, Reinprayoon D, Lumbiganon P, Graffikin L. The effectiveness of model-based training in accelerating IUD skill acquisition. A study of midwives in

Thailand. *J Fam Plan Reprod Heal Care* 1997;23:58–61.

- [15] Ng LP, Koh EYL. Intrauterine contraceptive device insertion simulation training in primary care. *Proc Singapore Healthc* 2018;27(4):229–33.
<https://doi.org/10.1177/2010105818757558>.
- [16] Postlethwaite D, Shaber R, Mancuso V, Flores J, Armstrong MA. Intrauterine contraception: evaluation of clinician practice patterns in Kaiser Permanente Northern California. *Contraception* 2007;75:177–84.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.10.010>.
- [17] Thompson KMJ, Rocca CH, Kohn JE, Goodman S, Stern L, Blum M, et al. Public funding for contraception, provider training, and use of highly effective contraceptives: A cluster randomized trial. *Am J Public Health* 2016;106(3):541–6.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303001>.
- [18] Thompson KMJ, Rocca CH, Stern L, Morfesis J, Goodman S, Steinauer J, et al. Training contraceptive providers to offer intrauterine devices and implants in contraceptive care: a cluster randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218:597.e1-597.e7.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.03.016>.
- [19] Cook J, Waddington A, Black D, Costescu D, Desjardins D, Duchesne E, et al. Intrauterine contraception: knowledge and prescribing practices of canadian health care providers. *J Obstet Gynaecol Canada* 2019;41:1084–92. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.11.027>.
- [20] Wesson J, Olawo A, Bukusi V, Solomon M, Pierre-Louis B, Stanback J, et al. Reaching providers is not enough to increase iud use: A factorial experiment of “academic detailing” in Kenya. *J Biosoc Sci* 2008;40:69–82. <https://doi.org/10.1017/S0021932007002027>.
- [21] Lewis C, Darney P, De Bocanegra HT. Intrauterine contraception: Impact of provider training on participant knowledge and provision. *Contraception* 2013;88:226–31.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.06.004>.
- [22] Onyewuchi UF, Tomaszewski K, Upadhyia KK, Gupta PS, Whaley N, Burke AE, et al. Improving LARC access for urban adolescents and young adults in the pediatric primary

- care setting. *Clin Pediatr (Phila)* 2019;58(1):24–33.
<https://doi.org/10.1177/0009922818805234>.
- [23] Stewart M, Digiusto E, Bateson D, South R, Black KI. Outcomes of intrauterine device insertion training for doctors working in primary care. *Aust Fam Physician* 2016;45(11):837–41.
- [24] Goodman S, Hendlish SK, Benedict C, Reeves MF, Pera-Floyd M, Foster-Rosales A. Increasing intrauterine contraception use by reducing barriers to post-abortion and interval insertion. *Contraception* 2008;78(2):136–42.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.03.008>.
- [25] Hubacher D, Vilchez R, Gmach R, Jarquin C, Medrano J, Gadea A, et al. The impact of clinician education on IUD uptake, knowledge and attitudes: results of a randomized trial. *Contraception* 2006;73(6):628–33. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.02.003>.
- [26] Ingabire R, Mukamuyango J, Nyombayire J, Easter SR, Parker R, Mazzei A, et al. Development and uptake of long-acting reversible contraception services in Rwanda, 2009-2016. *J Women's Heal* 2019;28(12):1640–9. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7423>.
- [27] Kiemtore S, Zoungrana Z, Zamane H, Kabore CWP, Ouedraogo A, Bonane B. Interventions to improve the use of long-acting reversible contraceptive methods at primary health centers in Burkina Faso. *Int J Gynaecol Obstet* 2019;147(3):350–5.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12973>.
- [28] Mazza D, Watson CJ, Taft A, Lucke J, McGeechan K, Haas M, et al. Increasing long-acting reversible contraceptives: the Australian Contraceptive ChOice pRoject (ACCORD) cluster randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222(4S):S921.e1-S921.e13.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1267>.
- [29] Coles CB, Shubkin CD. Effective, recommended, underutilized: A review of the literature on barriers to adolescent usage of long-acting reversible contraceptive methods. *Curr Opin Pediatr* 2018;30(5):683–8. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000663>.
- [30] Moura ERF, Da Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento

familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica* 2007;23(4):961–70.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400023>.

- [31] Fatima P, Antora AH, Dewan F, Nash S, Sethi M. Impact of contraceptive counselling training among counsellors participating in the FIGO postpartum intrauterine device initiative in Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet* 2018;143(S1):49–55.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12605>.
- [32] Brandão ER. Long-acting reversible contraception methods in the Brazilian Unified National Health System: The debate on women's (in)discipline. *Ciênc. saúde coletiva* 2019;24(3):875–9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.10932017>.
- [33] Wilkinson TA, Downs SM, Tucker Edmonds B. Cost minimization analysis of same-day long-acting reversible contraception for adolescents. *JAMA Netw Open* 2019;2(9):e1911063. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11063>.
- [34] Papic M, Wang N, Parisi SM, Baldauf E, Updike G, Schwarz EB. Same-day intrauterine device placement is rarely complicated by pelvic infection. *Women's Heal Issues* 2015;25(1):22–7. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.09.006>.
- [35] Miller MK, Randell KA, Barral R, Sherman AK, Miller EM. Factors associated with interest in same-day contraception initiation among females in the pediatric emergency department. *Physiol Behav* 2016;58(2):154–9.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.016>.
- [36] Smith AJB, Hurwitz AG, Singh T, Harney KF. Pediatric provider education and use of long-acting reversible contraception in adolescents. *J Pediatr Heal Care* 2019;33(2):146–52.e1. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.07.005>.
- [37] Brandi K, Fuentes L. The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222(4S):S873–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.11.1271>.
- [38] Harris LH, Wolfe T. Stratified reproduction, family planning care and the double edge of history. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014;26(6):539–44.

<https://doi.org/10.1097/GCO.000000000000121>.

- [39] Geyoushi B, Apte K, Stones RW. Simulators for intimate examination training in the developing world. *J Fam Plan Reprod Heal Care* 2003;29(1):34–5.
<https://doi.org/10.1783/147118903101196891>.
- [40] Field C, Benson LS, Stephenson-Famy A, Prager S. Intrauterine device training workshop for preclinical medical students. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour* 2019;15:10841.
https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10841.
- [41] Jha V, Setna Z, Al-Hity A, Quinton ND, Roberts TE. Patient involvement in teaching and assessing intimate examination skills: A systematic review. *Med Educ* 2010;44(4):347–57.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03608.x>.
- [42] Brindis CD. Development and evaluation of a short-term training design for health professionals. *Möbius A J Contin Educ Prof Heal Sci* 1986;6(1):33–48.
<https://doi.org/10.1002/chp.4760060108>.
- [43] Goldstuck ND, Cheung TS. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: a systematic review update. *Int J Womens Health* 2019;11:471–9. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S213815>.
- [44] Schmidt-Hansen M, Hawkins JE, Lord J, Williams K, Lohr PA, Hasler E, et al. Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: Systematic review with meta-analyses. *Hum Reprod Update* 2020;26(2):141–60.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmz040>.
- [45] Loeber OE, Muntinga ME. Contraceptive counselling for women with multiple unintended pregnancies: the abortion client’s perspective. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* 2017;22(2):94–101. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1283399>.

Quadro 1: Terms and strategies used to search for studies in PubMed

Health Science Descriptors	Associations
Primary Health Care	- Primary healthcare AND intrauterine device
Education, Medical	- PRIMARY HEALTHCARE AND copper intrauterine device
Education, Continuing	- professional training AND intrauterine device
Health Knowledge, Attitudes, Practice	- professional training AND intrauterine device AND Primary healthcare
Staff Development	- INTRAUTERINE DEVICE AND Education, Medical
Professional Competence	- INTRAUTERINE DEVICE AND Education, Medical AND primary health care
Health Human Resource Training	- INTRAUTERINE DEVICE AND Education, Continuing
Professional Training	- INTRAUTERINE DEVICE AND Education, Continuing AND primary health care
Inservice Training	- Health Knowledge, Attitudes, Practice AND intrauterine device
Training Courses	- Health Knowledge, Attitudes, Practice AND intrauterine device AND primary health care
Training	- Health Human Resource Training and intrauterine device
Intrauterine Devices, Copper	- Health Human Resource Training and intrauterine device AND Primary healthcare
Intrauterine Devices	- inservice training AND intrauterine device
	- inservice training AND intrauterine device AND Primary healthcare
	- staff development AND intrauterine device
	- staff development AND intrauterine device AND Primary healthcare
	- professional competence and intrauterine device
	- professional competence and intrauterine device AND Primary healthcare
	- training courses AND intrauterine device
	- training courses AND intrauterine device Primary healthcare
	- training and intrauterine device
	- training and intrauterine device AND Primary healthcare

Figure 1: Systematic review steps

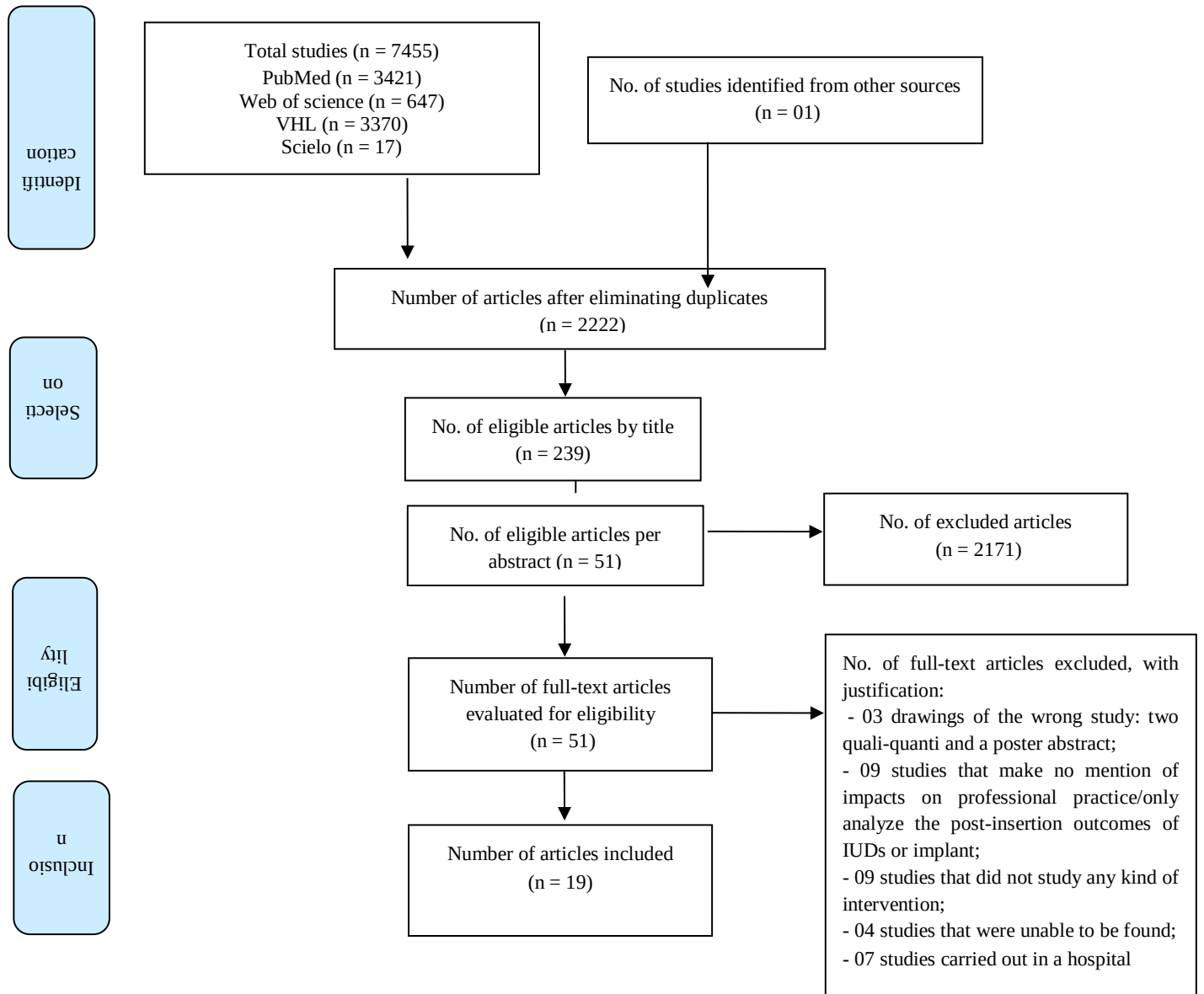


Table 1: Characteristics of knowledge production in studies of training strategies in IUDs or implant insertion targeting PHC professionals.

Author	Year	Country	Type of Study	Study professionals	Type of intervention	Bias analysis
Buckel et al [10]	2019	USA	Non-randomized	Doctors and nurses	Training in IUD and implant counseling and insertion	Medium
Clement and Mansour [11]	2014	United Kingdom	Non-randomized	Pharmacists, doctors, nurses	Training in IUD counseling and insertion	Medium
Dodge et al [12]	2016	USA	Cross-sectional	Doctors, nurses, obstetricians, other (unspecified)	Training in IUD/LNG counseling and insertion	Weak
Garcia Rodriguez and Donnon [13]	2016	Canada	Clinical Trial	Doctors	Training in LNG counseling and insertion	Strong
Goodman et al [24]	2008	California USA	Non-randomized	Family-planning clinic professionals	Training in IUD/LNG counseling and insertion Immediate insertion after abortion Simplification of criteria for same-day insertion screening	Strong
Hubacher et al [25]	2006	Nicaragua	Clinical Trial	Doctors, nurses, health promoters, others (not specified)	Training in IUD counseling and insertion Guide with defined criteria for candidates	Medium
Ingabire et al [26]	2019	Ruanda	Non-randomized	Nurses and CHWs	Initial stage entailing assessments of gaps and demands and elaboration of informative materials Training in IUD and implant counseling and insertion Advice provided by CHWs	Strong
Lewis, Darney & Bocanegra [21]	2013	California USA	Non-randomized	Doctors and nurses	Training in IUD/LNG insertion	Strong
Limpaphayon et al [14]	1997	Thailand	Non-randomized	Obstetricians	Training in IUD counseling and insertion	Strong
Ng & Koh [15]	2017	Singapore	Non-randomized	Doctors	Training in IUD counseling and insertion	Medium
Onyewuchi et al [22]	2019	USA	Non-randomized	Doctors and nurses	Training in IUD and implant insertion	Medium
Postlethwaite et al [16]	2007	USA	Non-randomized	Doctors and nurses	Training in IUD/LNG counseling and insertion	Strong
Stewart et al [23]	2016	Australia	Non-randomized	Doctors	Training in IUD/LNG insertion	Medium
Thompson et al [17]	2016	USA	Clinical Trial	Doctors and staff	Training in IUD and implant counseling and insertion	Strong
Thompson et al [18]	2018	USA	Clinical trial	Doctors and staff	Training in IUD and implant counseling and insertion	Strong
Cook et al [19]	2019	Canada	Non-randomized	Pharmacists, doctors, nurses, others (unspecified)	Training in IUD/LNG counseling	Medium
Kientoré et al [27]	2019	Burkina Faso	Non-randomized	Obstetricians	Training in IUD and implant counseling and insertion	

Awareness meeting with various actors						
Mazza et al [28]	2020	Australia	Clinical Trial	Doctors	Training in IUD/LNG/implant counseling and insertion Fast referral for insertion.	Strong
Wesson et al [20]	2008	Kenya	Non-randomized	Clinic and CHW providers	Training in IUD counseling	Medium

Table 2: Description of interventions used in studies of training strategies for PHC professionals for the insertion of an IUD or implant.

Author	Year	Study professionals	LARC type	Intervention description
Buckel et al [10]	2019	Doctors and nurses	IUD/implant	05 group sessions (60 minutes) and 02 individual sessions. Professionals trained to insert IUD and implant on the same day of the consultation.
Clement and Mansour [11]	2014	Pharmacists, doctors, nurses	IUD	01 e-learning module + 2h seminar to update professionals on the IUD topic and guide them towards its offer as a primary contraception alternative. Immediate patient referral for insertion. Study does not describe the practical insertion training format.
Dodge et al [12]	2016	Doctors, nurses, obstetricians, other (unspecified)	IUD/LNG (LNG 14/LNG 20)	PelvicSIM – 01 session to train the instructor (simulator assembly). 01 didactic session lasting 1 to 4h – on eligibility criteria, counseling, case study and complications. Practical stage: individual/group training lasting between 60 and 90 minutes. Use of pelvic model and videos. Additional training with simulated bimanual pelvic examination
Garcia Rodriguez and Donnnon [13]	2016	Doctors	LNG	Case group received 10-minute video training + written material on insertion procedure Control group received instructions from a gynecologist without relying on any audiovisual resource. Both underwent pelvic model training
Goodman et al [24]	2008	Family-planning clinic professionals	IUD/LNG	IUD insertion and counseling training using new evidence and improvement of health-education materials. Elimination of “pre-IUD” visits for low-risk women.
Hubacher et al [25]	2006	Doctors, nurses, health promoters, others (not specified)	IUD	Medical Education Group only: 04 moments of discussion on the benefits and risks of IUDs, educational offer, promotional material and demonstration of insertion techniques using a pelvic model IUD Checklist Only group: received a guide with eligibility criteria for IUDs Medical Education Group + IUD checklist Control Group
Ingabire et al [26]	2019	Nurses and CHWs	IUD/implant	Competency-based training. 02 days of clinical sessions and 03 days of practical counseling and insertion activities.
Lewis, Darney & Bocanegra [21]	2013	Doctors and nurses	IUD/LNG	6h-training with demonstration of insertion techniques and supervised insertion practice using pelvic model
Limphaphayon et al [14]	1997	Obstetricians	IUD	Intervention group: Initial offer of IUD guidelines. 2-week course (1st week: training with pelvic model; 2nd week: practice on patients). Control group: 6-week course (2 weeks of theoretical training + 4 weeks of practice on patients)
Ng & Koh [15]	2017	Doctors	IUD	Half-shift workshop on eligibility criteria, counseling, complications and use of mannequins for practical training. Offering of training and retraining until skill acquisition
Onyewuchi et al [22]	2019	Doctors and nurses	IUD/implant	FDA training criteria for insertion of the implant and training for insertion of the IUD in the classroom. Integration of “GO” consultations in the half-shift service, weekly. Construction of guidelines for patient screening.
Postlethwaite et al [16]	2007	Doctors and nurses	IUD/LNG (LNG 20)	Case group: continuing medical-education activity and training sessions for insertion of IUDs and LNG. A health education material was made available. Control group: usual medical care
Stewart et al [23]	2016	Doctors	IUD/LNG	Competency-based training. IUD insertion under supervision.

Thompson et al [17]	2016	Doctors and staff	IUD/implant	Intervention group: 4h-training involving the entire staff, based on knowledge deficits among North American professionals. 01 didactic session on IUD and implant evidence. Practical stage involved IUD insertion in the case of doctors and counseling in the case of health educators. Viewing of informational video about LARC in the clinic's waiting room. Offer of technical assistance regarding billing and reimbursement for service managers. Control group: standard service
Thompson et al [18]	2018	Doctors and staff	IUD/implant	Intervention group: 4h-training involving the entire staff, based on knowledge deficits among North American professionals. 01 teaching session on IUD and implant evidence; Practical stage involving IUD insertion in the case of doctors and counseling in the case of health educators
Cook et al [19]	2019	Pharmacists, doctors, nurses, others (unspecified)	IUD/LNG	Part 1 (offered to all): three 1.5h online modules on contraceptive options and knowledge gaps and subsequent offer of structured contraceptive counseling guide. Part 2 (except pharmacists): Practical exam on contraceptive counseling and prescription using the structured guide.
Kientoré et al [27]	2019	Obstetricians	IUD/implant	12-day workshop: 06 days with updated information on contraceptive methods + 06 days of practice in counseling and use of the methods. Training also encompassed adolescent health and postpartum reproductive planning. Awareness meetings with women, men and community leaders.
Mazza et al [28]	2020	Doctors	IUD/LNG/Implant	Intervention group: Use of material adapted from Project CHOICE during 6h of online classes + additional practical visits + email messages + technical support via phone when necessary. Delivery of a script on the effectiveness of the methods for women, screening for pregnancy, same-day LARC insertion or referral for insertion in an accredited clinic. Control group: usual contraceptive care, with no access to the quick-reference material.
Wesson et al [20]	2008	Clinic and CHW providers	IUD	Clinic providers: health education/motivation visits. CHWs: information about health education and communication, in addition to promotional materials. 05 days of workshop on contraceptive methods with emphasis on IUD eligibility criteria + training in communication techniques (2 visits)

EC: emergency contraception, FDA: Food and Drug Administration, RP: Reproductive planning.

Table 3: Impacts on the knowledge, attitudes, practice and comfort of professionals participating in studies of training strategies on IUDs or implant insertion targeting PHC professionals.

Author	Year	Type of intervention	Impacts of the intervention
Wesson <i>et al.</i> [20]	2007	Training in IUD counseling	Differences in the intervention group versus baseline: Knowledge: General (clinical: +8.8%; CHW +9.1%); IUDs are more effective than oral contraceptives (clinical: +7.7%; CHW: +16.4%); IUDs are a good contraceptive for HIV-positive women (clinicians: +15.4%; CHW: +3.6%) Positive attitudes: General (clinicians: +3.9%; CHW: +4.8%); IUD as a suitable method for single women (clinicians: +6.4%; CHW: +9.2%); suitable for nulliparous women (clinicians: +3.1%; CHW: +6.1%); too busy to insert the IUD (clinicians: -16.1%; CHW: not applicable). Self-efficacy: no increase.
Postlethwaite <i>et al</i> [16]	2007	Training in IUD/LNG counseling	Greater familiarity with LNG in the intervention group (74%). Regarding IUD, familiarity was considered “very high” in both groups. Positive attitudes in regards to LNG were greater in the intervention group. Intervention group: Higher probability of indicating IUD for women with intent to adopt permanent or long-term/routine/post-abortion contraception; higher level of comfort to recommend the method for women with diabetes, menorrhagia, dysmenorrhea and ectopic or climacteric pregnancy history. Greater increase in the frequency of insertions after receiving information about the method and training sessions, as well as greater probability of allowing insertion in women outside the menstrual period.
Lewis, Darney & Bocanegra [21]	2013	Training in IUD/LNG insertion	Increased understanding of suitable candidates for IUDs (from 58% to 81%, adolescents and nulliparous women as potential candidates, $p < 0.001$). Services that participated in the study had a 25% global increase vs. other healthcare locations. Average of 05 additional insertions in relation to baseline ($p < 0.01$). There was also an increase in insertions for nulliparous women and adolescents ($p < 0.01$).
Cook <i>et al.</i> [19]	2019	Training in IUD/LNG counseling	Increased post-test score (87.6%) as compared to pre-test (82.8%) ($p < 0.0074$). All participants felt more comfortable and more knowledgeable to change their practice and prescribe intrauterine contraception. Doctors started to consider indicating it to younger patients (+34% score), nulliparous patients (+13%) and as a primary contraceptive method for women of reproductive age (+35%).
Hubacher <i>et al.</i> [25]	2006	Training in IUD counseling and insertion Guide with defined criteria for candidates	There was no significant impact on the number of insertions. The biggest observable difference was that clinics that received two types of intervention decreased the average monthly insertions from 1.3 to 0.8. The group without intervention increased its insertions from 0.6 to 1.0. As for professionals' knowledge, scores were similar for all intervention groups. For positive attitudes, the scores were the same for each group.
Thompson <i>et al.</i> [18]	2018	Training in IUD and implant counseling and insertion	Increase in the proportion of providers who agree that the IUD is a safe method (60% to 76%) (OR: 3.48). Similar increase in the belief that the implant is safe (56% to 77%) (OR: 2.57). More providers came to agree that they had experience advising IUD (aOR: 1.89) and implant (OR: 2.30) use. There was a change in the level of general knowledge about IUD (eligibility criteria from 0.77 to 0.86), and also about the acceptability of its indication for women with STIs or PID and women with common clinical conditions (0.66 to 0.79). Practice changes: willingness to discuss LARC and IUD increased from 71 to 87% (aOR: 1.97 and aOR: 2.26).
Dodge <i>et al.</i> [12]	2016	Training in IUD/LNG counseling and insertion	Increase in self-reported competence for all tasks ($p < 0.04$), mainly in terms of LNG insertion (from 20% to 44.3%). Increased comfort: more than half of the participants became more comfortable in regards to uterine catheterization, understanding IUD insertion steps, inserting the IUD in a living patient, minimizing pain in a living patient, inserting the LNG (LNG20) and the IUD. Among the inexperienced, improvement in comfort for all tasks ($p \leq 0.001$), with the exception of bimanual examination, insertion of the speculum and insertion of LNG (LNG14).

Garcia-Rodriguez & Donnon [13]	2016	Training in LNG counseling and insertion.	Knowledge scores were not statistically significant ($p > 0.05$). Regarding procedures, the VMI group obtained higher scores and showed better performance than the traditional group (48.1 vs 43.8), with a statistically significant difference ($p < 0.05$). There was no difference between methods in regards to satisfaction scores.
Limphaphayon <i>et al.</i> [14]	1997	Training in IUD counseling and insertion.	150 midwives in each study group. In the intervention group, 148 achieved the desired competency, and in the traditional group, 137 ($p < 0.0036$). To achieve the desired competencies, the intervention group required fewer insertions (1 to 5, mean of 1.6) than the traditional group (1 to 16, mean of 6.5), ($p < 0.0001$). Almost all members of the intervention group achieved competence after the third insertion; in the control group, 71% achieved competence after more than 8 insertions. The intervention group obtained a higher average gain from pre to post test scores ($p = 0.0001$). The patients' level of discomfort was low in both groups. The degree of satisfaction was higher in the intervention group, but the difference was not statistically significant ($p = 0.03$).
Stewart <i>et al.</i> [23]	2016	Training in IUD/LNG insertion	86% of participants reported insertion of at least one IUD in the follow-up period. 32% reported 12 or more insertions. All inserted 238 devices in total (70% LNG), 89% of which were successful. Those who had previous practice executed a median of 10 insertions, in relation to 05 insertions for those who had no experience, with no statistically significant difference ($p = 0.415$). 96% felt confident in inserting LNGs in multiparous women; 64% for IUDs in multiparous women; 46% for LNGs in nulliparous women; 24% for IUDs in nulliparous women. 82% stated that they referred fewer patients in the follow-up period compared to the pre-intervention period, with a statistically significant difference ($p = 0.0011$).
Ng & Koh [15]	2017	Training in IUD counseling and insertion.	Average scores for the level of confidence to perform the procedure increased from 2 to 8 after the workshop ($p < 0.01$). Increased confidence level for those who had no experience before the workshop compared to those who already had. 84% strongly agreed that the workshop was effective. The participants' average interest in performing the procedure after training was 09 out of 10.

Table 4: Impact on the adoption by and/or insertion of IUD or implant in women in studies of LARC-insertion training strategies targeting PHC professionals.

Author	Year	Age	Impacts of intervention on women
Buckel [10]	2019	Enhanced Care: 14-19 years (17.5%); 20-29 years (57.2%); 30-45 years (25.3%) Complete Choice: 14-19 years (18.2%); 20-29 years (48.2%); 30-45 years (33.6%)	Complete Choice: more likely to choose LARC (54.9% vs. 30.5%, $p < 0.01$) compared to “Enhanced Care.” Almost 5 times more likely to receive an IUD or implant on the same day (adjusted RR 4.73; 95% CI 3.20–6.98). Among women who chose LARC ($n = 426$), 13.7% of the “Enhanced Care” group received it on the first visit compared to 53.8% of the “Complete Choice” group ($p < 0.01$).
Clemente & Mansour [11]	2014	In 2010: <20 years (18.2%); Between 20 and 29 years (72.7%); Between 30 and 39 years (9.1%) In 2011: <20 years (50%); between 20 and 29 years (26.7%); between 30 and 39 years (13.3%); > 39 years (10%).	Patients who had an IUD inserted as an EC increased to 30 in 2011 in the audit period (September to October), an increase of 2.73 times (172.7%). Insertions for another reason increased from 67 to 85 women (an increase of 26.9%). Increase in insertion in women under 20 years old (18.2% to 50%) and nulliparous women (63.6% to 70%)
Goodman et al [24]	2008	Period 1: 29.0 years (SD = 6.4) Period 2: 28.3 years (SD = 6.5) Period 3: 27.7 years (SD = 6.5)	The monthly average of IUD insertion grew progressively throughout the study. The percentage of expulsions decreased from period 2 to 3 ($p = 03$). Expulsions were more frequent in women with over 12 weeks of gestation (7% vs 1.6% $p = 02$). Proportional increase in LNG as compared to IUD throughout the study.
Hubacher et al [25]	2006	The study does not provide this information	There was no significant impact on the increase in the number of IUD insertions.
Ingabire et al [26]	2019	The study does not provide this information	Significant increase in the percentage of IUDs and implant insertions. The implant was more popular than the IUD (89% vs. 11% of insertions).
Kientoré et al [27]	2019	Before the intervention 27.4 ± 2.2 years During the intervention: 26.3 ± 2.4 years 45 years (SD = 10.72)	Significant increase in the adoption of LARC methods. Greater awareness of family planning among the community.
Lewis, Darney & Bocanegra [21]	2013		General LARC insertions increased in places that participated in the training.
Mazza et al [28]	2020	The study does not provide this information	Increased LARC uptake. Participants more likely to have LARC insertion after counseling. LNG was the most commonly chosen LARC in the intervention group and implant was the most commonly chosen method in the control group
Onyewuchi et al [22]	2019	17.43 years (SD = 0.24)	Higher number of consultations and increase in same-day insertion of LARC as compared to non-LARC methods. Young adults (18 to 25 years old) were less likely to have a LARC inserted as compared to adolescents (13 to 17 years old; odds ratio [OR] = 0.47 [0.26–0.86]). Participants who had already had a pregnancy were more likely to use a LARC as compared to those who had never had a pregnancy (OR = 16.63 [2.11-130.86]).
Postlethwaite et al [16]	2007	The study does not provide this information	Increased insertion of LARC.
Stewart et al [23]	2016	The study does not provide this information	Complications: Problems with uterine catheterization, technical problems with the IUD and vasovagal reactions. 02 IUDs reported as poorly positioned and 05 as expelled. There was no report of infection or perforation.

Thompson et al [18]	2018	The study does not provide this information	Increased insertion of LARC.
Wesson et al [20]	2007	The study does not provide this information	Increase in the average percentage of all RP clients who accepted IUDs each month.

EC: emergency contraception. RP: Reproductive planning.

4.2 Artigo 2 - Considerações e perspectivas para a superação de um cuidado ao corpo feminino ainda centrado no modelo biomédico.

Talita Rocha de Aquino, Ana Gabriela Álvares Travassos

RESUMO

Apesar das lutas e produções questionando o modelo biomédico desde a década de 70 e 80 no Brasil é possível perceber que este ainda é uma realidade no fazer saúde do país. Suas repercussões são visualizadas em diversas esferas da sociedade, legitimando a ideia da medicalização da vida e da normatização dos corpos. A partir de um olhar crítico para as relações de gênero, étnico/raciais e sociais e sua influência sobre a produção do processo saúde-doença especificamente sobre o corpo feminino evidencia-se como a medicalização da vida contribui para a anulação desse corpo numa sociedade patriarcal, sexista e racista. Este ensaio pretende discutir o ainda atual paradigma do modelo biomédico e compreender quais os impactos que o cuidado centrado no modelo biomédico pode trazer para a diversidade dos corpos femininos e a partir desta percepção, identificar perspectivas para um cuidado de fato integral.

Palavras Chaves: Saúde coletiva. Saúde da mulher. Modelos de Assistência à Saúde

ABSTRACT

Despite the struggles and productions questioning the biomedical model since the 70s and 80s in Brazil, it is possible to realize that this is still a reality in the health of the country. Its repercussions are seen in different spheres of society, legitimizing the idea of the medicalization of life and the normalization of bodies. From a critical look at gender, ethnic / racial and social relations and their influence on the production of the health-disease process specifically on the female body, it is evident how the medicalization of life contributes to the annulment of this body in a patriarchal society, sexist and racist. This essay aims to discuss the still current paradigm of the biomedical model and understand what impacts a care centered on the biomedical model can bring to the diversity of female bodies and from this perception, identify perspectives for truly comprehensive care.

Key words: Public health. Women's health. Healthcare Models

Introdução

A saúde, ao longo da história, tem inventado instituições para “cuidar”, produzir e interferir nos valores culturais em nome da defesa da vida ¹. Em determinado aspecto, essa característica legitima a investigação e intervenção dos profissionais de saúde sobre os corpos, ratificando um contexto de medicalização social que avança apoiado em uma racionalidade biomédica que mortifica e burocratiza o trabalho em saúde ².

A medicalização da vida e a ordenação desta por meio da saúde, suas instituições e seus profissionais se apresentam em diversos setores. Frente ao corpo feminino, percebemos seus impactos de forma significativa e que vem definindo ao longo da história as formas de nascer, de se reproduzir, de estar no mundo e de cada mulher viver sua sexualidade.

A reprodução humana constitui a base das relações de gênero e é justamente através dela que se operam o controle e a apropriação da vida e das escolhas das mulheres. A formação médica, a partir do respaldo da formação científica e utilizando argumentos de autoridade, opina sobre o que diz respeito à mulher. Como exemplo, há séculos trata de temas como a gravidez, o parto, o aborto, o infanticídio, o aleitamento e a mortalidade infantil como domínio exclusivo do saber científico ³.

É de interesse para a saúde tudo o que produzimos dentro e fora dos seus serviços formais. Como nos alimentamos, nossas práticas culturais e hábitos de vida definem e determinam nossa produção de saúde doença e estão intimamente ligadas a nossas vivências específicas individuais e em grupos sociais e como estes materializam suas concepções de mundo ².

Assim, é relevante compreender quais os impactos que um cuidado centrado no modelo biomédico pode trazer para a diversidade dos corpos femininos e a partir desta percepção, identificar perspectivas para um cuidado de fato integral.

O ainda atual paradigma do modelo biomédico e as práticas de cuidado

“Tanto a cultura quanto a saúde, elas determinam a nossa existência, a forma que somos, o jeito de ser; só que a cultura é produzida às vezes ao longo de séculos, às vezes com muita dificuldade, mas é sempre um produto humano” ¹.

Na década de 80, o Brasil vive um momento de discussão do conceito de saúde e do questionamento do modelo biomédico vigente. Este compreendia a vida a partir da Biologia e a doença era vista como uma desorganização do funcionamento do corpo físico. A saúde se resumia a simples ausência de doenças ⁴. Nesse mesmo período, as primeiras discussões das

ciências sociais em saúde (CSS) nasceram nos departamentos de medicina social e preventiva, o que trouxe características distintas para esse campo. Assim como existia uma necessidade de produzir conhecimentos que dialogassem com os problemas enfrentados pelos profissionais de saúde, era necessário adotar um posicionamento crítico ao paradigma biomédico e às práticas dos profissionais e instituições ². Essas críticas ganham força dentro do que se chama de Movimento Sanitário Brasileiro, repercutindo na Reforma sanitária e na Constituinte de 1988 que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde como direito de todos e dever do estado ⁴.

Na década de 90, uma das marcas das ciências sociais era a preocupação com a nossa identidade ⁵. Abre-se uma nova possibilidade de entendimento da complexidade do ser humano. Passa a ser possível um olhar transdisciplinar para a identificação de múltiplos determinantes do processo saúde-doença e suas interações dinâmicas na vida e nas práticas de cuidado em saúde ⁴.

A teoria das dimensões da vulnerabilidade, construída durante a epidemia do HIV/aids no Brasil contribui para ratificar a necessidade de um olhar mais amplo do cuidado. Aponta a participação/determinação dos aspectos coletivos, trazendo as questões sociais, culturais e econômicas para o bojo da discussão. Passa-se a questionar o pensamento clássico de risco da epidemiologia, que coloca unicamente no indivíduo a responsabilidade individual/genética/comportamental para a existência de determinado agravo. Além de valorizar o pensamento estratégico da construção das políticas públicas para o enfrentamento das situações de saúde. A lógica biomédica deixa de ser suficiente para dar conta dos problemas da população ⁶.

Questiona-se o modelo assistencial posto e tenta-se inverter a lógica hospitalocêntrica, medicalizadora tradicional. Na prática do dia a dia do cuidado começa a haver um esforço de aproximação das necessidades de saúde dos indivíduos, maior horizontalidade nas relações de cuidador e paciente, assim como a valorização de novos atores, saberes e práticas de saúde ⁷.

Há uma tentativa de construir, uma atenção integral à saúde dos indivíduos, pautada em competências e relações já fragmentadas por uma prática empobrecida e desconexa de como fazer saúde. Nessa perspectiva, o princípio da integralidade do cuidado como aponta Ayres (2009) instituído no SUS desde a constituição de 1988, nos coloca o desafio e a necessidade de concretizá-lo. Sua efetivação é a oportunidade para evitar que os demais princípios como a

universalidade e a equidade se reduzam a um simples acesso a qualquer tipo de prática de saúde contanto que esta seja fornecida para todos ⁸.

Barros (2014), sinaliza que ao passo que o movimento de questionamento ao modelo biomédico aponta sua ineficiência desde a década de 50 e 60, ainda vivemos em meio a práticas inalteradas desse fazer saúde. Aponta como exemplo a negação ou não valorização de condições como raça, classe, gênero e orientação sexual nas relações do cuidado em saúde e do processo saúde doença. Além de trazer aspectos inerentes a formação em saúde que contribuem para a perpetuação de um ensino majoritariamente teórico, não eficaz e que pouco tem influência na prática profissional futura por não correlacionar os conteúdos apreendidos com essa prática clínica. O autor ainda sinaliza que apesar dos avanços marcados pelas discussões da medicina social pautada muitas vezes na lógica da prevenção e promoção da saúde, nas suas práticas ela mesma se vê refém de uma lógica intervencionista e prescritiva ⁹.

Esse desafio se reflete no ainda atual paradigma do modelo biomédico. Apesar dos movimentos de crítica, mas também de involução do modelo de cuidado em saúde é necessário compreender que em uma sociedade complexa, como a brasileira, há vários modelos de atenção operando concomitantemente. Esse caldeirão de práticas é reflexo da diversidade dos grupos e culturas que a constitui e organiza. Coexistem uma diversidade de crenças, de olhares para a saúde e de escolhas de como cuidar e de como ensinar a cuidar dos corpos “adoecidos” ¹⁰. Por isso, compreender o sistema de atenção como um sistema cultural e diverso ajuda a identificar como os processos de construção do cuidado são atravessados por determinantes de várias ordens, sejam eles individuais, econômicos, culturais, políticos e institucionais ⁸.

O corpo feminino, a normatização médica e o impacto na saúde das mulheres

Apesar de uma tentativa de ampliação do conceito de saúde e da construção do SUS ao longo dos séculos, as instituições e seus profissionais foram legitimando importante poder sobre a vida individual e coletiva das pessoas, incorporando estratégias distintas de controle sobre a vida e corpos dos indivíduos. Há uma crescente medicalização e racionalização da vida, assim como uma tecnificação das práticas em saúde pautada e referenciada em um poder biomédico sobre os corpos ².

Ao pensarmos na ideia de corpo podemos afirmar que para além da matéria biológica ele é socialmente construído. Responde e atua sobre as normas que o constroem e o posicionam no mundo. O corpo naturalizado como feminino é transversalizado por diversos paradigmas e dogmas ¹¹. O sexo e o gênero são tecnologias importantes de controle e definição do que é

possível ou não para um indivíduo na sociedade e são reforçadas pela medicina e alicerçadas pela ciência ^{12,13}.

A ideia de um único padrão normal apontado pela heteronormatividade tenta reduzir e moldar esse corpo transformando-o em algo necessariamente binário “ou isso ou aquilo”, mas ele é plástico, mutável e capaz de romper com essa normatização imposta ¹¹. Mello, 2012 reitera o questionamento do corpo inerte e questiona o poder público que a medicina e a sociedade detém sobre ele. Em seu texto nos lembra como é permitido ao indivíduo mudanças corporais estéticas diversas sem a tutela do Estado até que essas mudanças toquem nas genitálias. Nesse momento o conceito do que é público e privado se inverte para manter uma ideia de ordem e controle sobre o que pertence ao corpo feminino e masculino ¹⁴.

A produção sobre gênero na história nos remete às lutas do movimento feminista e do movimento LGBT. Entre a década de 60 e 80 a segunda onda do movimento feminista traz a luz da sociedade o argumento de que as desigualdades de gênero e não do sexo biológico é que produziam as diferenças entre homens e mulheres. Apesar de difundir uma ideia dicotômica e atualmente questionada entre sexo e gênero essa discussão levanta uma justificativa importante para as pautas de conquistas de direitos das mulheres que estavam em vigor. A partir dessa compreensão não cabia negar direitos como a escola, o exercício da sexualidade, o mercado de trabalho, embasado em uma supremacia masculina herdada biologicamente. Se não era a genética que definia a capacidade daquele indivíduo e sim as oportunidades construídas e oferecidas socialmente cabia então mudar o funcionamento da sociedade ^{12,13}.

A medicalização é um processo sócio histórico de poderes e o corpo feminino ao longo dos anos, é alvo dessa estratégia de dominação. Eventos fisiológicos, como a gravidez, a menstruação e a menopausa, são transformados em doenças e se tornam aos poucos, conceitos em uma poderosa ideologia onde o corpo feminino é visto como deficiente. Também a reprodução está profundamente articulada a essa questão e à necessidade da sociedade de controlar suas populações. Nesse contexto, o controle sobre o corpo das mulheres se estende a sua sexualidade transformando-o em objeto de saber e de intervenção médica. Reduz-se a sexualidade feminina a uma utilidade social de povoamento e reprodução das relações sociais existentes e coíbe a diversidade das expressões que divergem do tido como normal heterossexual e binário ¹⁵.

Se usarmos o parto como exemplo, no Brasil, este se tornou e ainda hoje prevalece como ato médico socialmente aceito como dependente da estrutura hospitalar e tecnológica para

acontecer em segurança. A mulher se torna expectadora. Sua função se restringe a gestar e mesmo assim sob supervisão e recebendo múltiplas intervenções rotineiras de monitorizações através das ultrassonografias em demasia. Afinal, como esse corpo falho e frágil pode estar sem supervisão médica e tecnológica e ainda assim garantir a saúde desse feto? ¹⁶.

A realidade da medicalização do parto e da necessidade da interposição dos diversos aparatos tecnológicos entre o profissional e a mulher reitera e favorece a uma prática desconexa e apenas mediada pela técnica. Além de se retirar o lugar de protagonismo da mulher do cenário, os avanços tecnológicos, apesar de sua importância para melhoria da assistência em algumas situações de saúde, quando usados de forma generalizada retira a possibilidade da conexão do encontro entre profissional e usuária. Ele passa a se relacionar com as máquinas, não com a mulher.

Uma outra perspectiva necessária e que atravessa o cuidado ao corpo feminino no Brasil é a relação direta da raça/cor e classe social sobre o acesso a saúde. A via de parto, a vivência do trabalho de parto, a mortalidade materna são indicadores claros das diferenças de assistência vivenciadas ¹⁷. A forma como as relações étnico raciais estão delimitadas no país é responsável por tornar a população negra mais vulnerável e dificultar seu acesso aos serviços de saúde e atendimento de qualidade, configurando um quadro de violências estruturais e institucionais.

Ao longo das últimas décadas, as pesquisas se voltaram para o levantamento de evidências sobre as importantes disparidades raciais no Brasil nas mais diversas dimensões da vida social ¹⁷. Realidades como a apresentada na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em convênio com o Ministério da Saúde assim como o estudo de Leal, Gama e Cunha, em 2017 apontam resultados que exemplificam a análise do impacto da raça/cor e classe social na saúde.

Mulheres, entre 30 e 59 anos, pretas e pardas, e pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto são as que mais se sentem discriminadas ao acessar os serviços de saúde. Os motivos relatados para essa discriminação são em sua maioria a falta de dinheiro e a classe social seguido de tipo de ocupação, tipo de doença, raça/cor, idade, religião/crença, sexo e preferência sexual ¹⁸.

No que se refere à assistência durante o pré-natal, parto e puerpério, Leal, Gama e Cunha, em 2017, evidenciam que mulheres negras, pretas e pardas sofrem maior discriminação em relação às não negras nesses períodos quando acessam o serviço de saúde no Brasil estando mais sujeitas a vivenciar violências obstétricas ¹⁷.

Ao ponto que o controle sobre a sexualidade do corpo feminino é utilizado como forma de poder sobre as mulheres, ao corpo negro esse controle se manifesta pela negligência. Não há potência, nem permissão para esse corpo. As práticas de discriminação racial e de gênero se sobrepõe e esse corpo passa a não ser passível de cuidado.

Considerações e perspectivas para um cuidado integral ao corpo feminino

Ora, se compreendemos que ainda vivemos em um sistema de saúde onde o modelo biomédico permanece atuante e em muitas vezes se mantém como o hegemônico como é possível superá-lo na perspectiva do respeito à integralidade dos corpos femininos?

Pensar em um modelo de atenção, tenha ele qualquer organização, é considerar que este se instaura a partir de determinados pressupostos. Fertoni e colaboradores, em 2015, sistematizam alguns elementos que se relacionam e definem como as práticas desse modelo assistencial se estruturam. Trazem os valores sobre os direitos humanos e de cidadania que cada indivíduo possui, as subjetividades e crenças dos profissionais, os conhecimentos e tecnologias disponíveis para o cuidado, a diferente valorização social dos grupos profissionais, o contexto histórico-social-econômico influenciando no financiamento e nas políticas públicas, as distintas organizações dos serviços, além da produção científica da época ¹⁹.

Ao longo de mais de 30 anos da construção do SUS desafios ainda se fazem presentes para a superação de uma prática baseada no modelo biomédico. Fertoni e colaboradores já em 2015 destacavam cinco desses grandes desafios. Apontam como o primeiro deles a necessidade de superação da centralidade das ações nos cuidados ao corpo biológico, no diagnóstico e tratamento de patologias mesmo na atenção primária à saúde, assim como a não efetivação do trabalho multidisciplinar e a permanente hierarquização entre os profissionais de saúde. Como segundo ponto trazem as dificuldades na implantação da integralidade tanto na perspectiva de um olhar holístico do ser humano quanto da integração entre os serviços de atenção do SUS. Como terceira dificuldade a formação em saúde, ainda insuficiente para garantir mudanças na postura no dia a dia de trabalho, além da escassez de propostas de educação permanente que de fato dialoguem com uma perspectiva que ultrapasse a pura aquisição de conhecimento técnico. Como quarto e quinto desafio apontam as dificuldades impostas pelas condições precárias de trabalho, tanto no que diz respeito às questões de estrutura física dos serviços, quanto econômica dos trabalhadores. Bem como a permanência de um lugar hierárquico de saber entre profissionais e usuários ¹⁹.

Ao passo que esses elementos são apontados compreendemos que é no campo das práticas que o desafio e as potências para a mudança estão instauradas e podem acontecer de forma mais direta. A superação de uma prática burocratizada e protocolar se impõe nesse momento.

Como exemplo dessas mudanças, no Canadá, há uma das primeiras sistematizações no intuito de compilar algumas estratégias de transformação da prática em saúde. A Medicina Centrada na Pessoa é posta como uma ferramenta para transformação do método clínico e a relação médico- paciente, devolvendo o poder de centralidade no cuidado ao indivíduo que procura a assistência ²⁰. No encontro clínico explora-se as relações entre a experiência pessoal, interpretando e valorizando a experiência de adoecimento e cuidado dos indivíduos em contextos sociais específicos ⁵. Entende-se que as diferentes situações de saúde que afetam indivíduos e populações tem relação direta com a produção material e simbólica existente nos contextos sociais e faz-se necessário para uma maior efetividade no cuidado, uma transformação no olhar para o encontro que se estabelece entre o profissional de saúde e a pessoa.

É possível e necessário então questionar o “lugar” do médico enquanto único ser detentor de conhecimento e regulador social. Ao paciente passa a ser permitido um novo “lugar” e postura para além do ser ausente de conhecimentos e exclusivamente receptor passivo das condutas e orientações. A discussão das relações de poder é posta em questão para a efetividade do cuidado.

Reconstruir as relações de poder postas historicamente no encontro entre médico e paciente significa valorizar os discursos e saberes de ambos e para tal é necessário conexão e diálogo. Uma troca entre as reais demandas e expectativas de cada um. É proposto um entrelugar, nem o lugar do paciente, nem o lugar do médico, mas o lugar das relações no encontro desses atores. Prevê uma disposição para essa relação acontecer o que por si só já se configura em uma prática em saúde. O lugar proposto pelo modelo biomédico reforçando somente a camada tecnicista da medicina foge do enlace relacional e conseqüentemente dos afetos, emoções e sentimentos humanos inerentes ao cuidado e ao processo –saúde doença.

A não consciência desse estado de presença e disposição para o encontro, anterior e inerente a prática, o que podemos chamar de pré-prática de saúde, invisibiliza sua existência e a sua importância no estabelecimento do cuidado integral. Auxilia ainda que essa habilidade seja desvalorizada no âmbito da formação e do cuidado em saúde. Essa perspectiva profissional não se dá na sociedade somente no cuidado médico paciente, mas na exacerbação das relações

individualistas, mercantilizantes e pouco comunitárias propagadas no nosso cotidiano fora do trabalho.

É necessário uma prática prático-reflexiva. Exercitar o espaço da relação a fim de romper com as normatizações e se abrir para a relação com o indivíduo e toda a sua completude. Identificar e questionar a lógica medicalizante, adoecedora e que retira a potência de humanidade que os indivíduos possuem. Reafirmar e favorecer que as expressões da completude dos corpos se manifestem para que o cuidado possa acontecer de fato de forma integral, universal e equânime.

O desafio seguirá sendo fundir nossos conhecimentos técnicos e os saberes das pessoas de quem cuidamos. Afinal, precisamos do arcabouço das ciências biomédicas, mas urge uma busca ativa pelos conhecimentos das ciências humanas. São eles que podem nos ensinar sobre os diferentes e diversos modos de estar e enxergar o mundo ⁸.

A antropologia assim como outras áreas das ciências sociais contribuíram para subsidiar a realização de pesquisas que levantem as questões sociais e culturais inerentes aos processos da vida e assim permita que novas estratégias de olhar e cuidar sejam propostas ².

Quando falamos sobre cuidado em saúde sem levar em consideração as relações de poder estabelecidas, as diferenças de gênero, de classe social, de geração, de raça/etnia presentes no cenário incorremos no erro de negar os conflitos que a ideia de uma norma ou forma única de expressão da vida impõe sobre os indivíduos e o fazer em saúde. Não há neutralidade no cuidado. O olhar para a cultura como um marcador importante de definição de conceitos, atitudes e práticas para a vida e o cuidado é uma das grandes contribuições das Ciências Sociais. Urge refletir e modificar as práticas em saúde visto que estas são práticas sociais e como tais precisam incorporar a dimensão social dos processos históricos ².

Considerações finais

Frente a necessidade de um cuidado que enxergue a diversidade dos corpos femininos e que não anule a existência dessas mulheres, faz-se necessário que essa discussão permeie os espaços acadêmicos e de práticas em saúde, além de uma produção de conhecimento cada vez maior acerca das possibilidades de cuidado, e potenciais mudanças que superem as práticas enraizadas do modelo biomédico. Assim como que esse debate ganhe corpo na sociedade, afinal os avanços na saúde são potencializados pelos avanços das lutas dos movimentos sociais de mulheres, LGBTQI+, movimento negro e dos outros setores da sociedade.

O enfrentamento do racismo, do machismo e das desigualdades socioeconômicas seguirá sendo uma pauta da saúde para alcançar uma transformação na qualidade da atenção e a gradual eliminação de iniquidades sociais. O projeto político do Sistema único de Saúde segue em construção e só conseguirá ser de fato concluído quando as lutas pelas pautas e necessidade sociais também estiverem sendo contempladas.

Referências

1. Campos GW de S. Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde e Soc.* 2002;11(1):105-115. doi:10.1590/s0104-12902002000100011
2. Fraga L, Carneiro CCG. Saúde coletiva: teoria e prática. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p. *Trab Educ e Saúde*. 2016;14(1):313-315. doi:10.1590/1981-7746-sip00104
3. Santos ACB, Silva AF, Sampaio DL, Sena LX, Gomes VR, Lima VLA. Antropologia da Saúde e da Doença: Contribuições para a construção de novas práticas em saúde. *Rev NUFEN*. 2012;4(2):11-20.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003.
4. Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira LR de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2010;20(3):753-767. doi:10.1590/s0103-73312010000300004
5. Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde / doença no Brasil na década de 1990 Health and illness ' anthropological studies in the 90 ' s in Brazil. *Aids*. 1990:109-124.
6. JR, I. A.; V P. F-J. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: *Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e Promoção Da Saúde: Livro I, Da Doença à Cidadania*. Curitiba: Juruá; 2012:71–94.
7. FAVORETO C. A narrativa na e sobre a clínica na atenção primária: uma reflexão sobre os modos de pensar dirigido ao diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. T. 2007.
8. Ayres JR de CM. Organization of health care actions: Models and practices. *Saude e*

- Soc. 2009;18(SUPPL.2):11-23. doi:10.1590/s0104-12902009000600003
9. de Barros NF. O ensino das ciências sociais em saúde: Entre o aplicado e o teórico. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(4):1053-1063. doi:10.1590/1413-81232014194.15202013
 10. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences [Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):173-181. doi:10.1590/S0104-11692010000300023
 11. Pereira PPG. De corpos e travessias: A grande divisão e o campo da saúde. *Saude e Soc*. 2011;20(1):66-75. doi:10.1590/S0104-12902011000100009
 12. Fausto-sterling A. Dualismo em duelo. *Cad Pagu*. 2002;17:9-79.
 13. Brandão ER, Alzuguir FV. The importance of teaching gender theory in undergraduate public health education: A necessary intersection. *Saude e Soc*. 2019;28(2):67-79. doi:10.1590/s0104-12902019190241
 14. Mélló RP. Corpos, Heteronormatividade E Performances Híbridas. *Psicol e Soc*. 2012;24(1):197-207. doi:10.1590/S0102-71822012000100022
 15. Vieira, Elisabeth M A medicalizacao do corpo feminino.pdf.
 16. Doutorado PDE, Ciências EM, Profa O, Luzia D, Rago M. Rosamaria Giatti Carneiro CENAS DE PARTO E POLÍTICAS DO CORPO : uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011.
 17. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00078816. doi:10.1590/0102-311X00078816
 18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e Utilização Dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências : Brasil, Grandes Regiões e Unidades Da Federação*. Vol 39.; 2015.
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
<http://arxiv.org/abs/1011.1669>
<http://dx.doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25246403>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PM>.

19. Fertonani HP, De Pires DEP, Biff D, Dos Scherer MDA. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(6):1869-1878. doi:10.1590/1413-81232015206.13272014
20. Kolling MG. Método clínico centrado na pessoa. *Med Ambulatorial condutas atenção primária baseadas em evidências*. 2013;4(9):71-79.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1684.pdf>.

5. PRODUTO TÉCNICO

5.1 Projeto de intervenção para o Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde.

Introdução

O uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) tem benefícios na saúde das mulheres como redução no número de gravidezes não planejadas, no número de abortamentos inseguros e como consequência, redução na mortalidade materna e infantil. Porém, mesmo com as evidências de baixo custo e de alta eficácia, o seu uso é pouco frequente no mundo, principalmente em países com menores índices de desenvolvimento humano. A literatura sugere que esse reduzido número pode estar relacionado a diversas barreiras organizacionais, individuais e sociais. Dentre estas, evidencia-se que a falta de profissionais habilitados e a ausência de protocolos simplificados que possam padronizar a oferta do serviço podem constituir importante entrave (GONZAGA *et al.*, 2017). Outras barreiras identificadas são a falta de preparo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e de recursos neste nível de atenção para inserção na própria unidade de saúde, conhecimento incipiente, técnicas de inserção equivocadas, falta de treinamento padronizado como requisito nos currículos da formação profissional em saúde e maior concentração de profissionais treinados entre os ginecologistas, em detrimento dos clínicos gerais (PHILLIPS; SANDHU, 2018).

A existência dessas barreiras organizacionais nos serviços de saúde evidencia uma dificuldade de acesso das mulheres às informações e à inserção do DIU, principalmente na APS. Nessa perspectiva, como aponta o Manual Técnico para Profissionais de Saúde – Diu com cobre T Cu 380A produzido pelo Ministério da Saúde, em 2018 a ampliação de ações de divulgação e oferta do DIU de cobre, bem como do uso de informações baseadas em evidências para reorganização dos processos de trabalho nas unidades de saúde, pode favorecer a uma ampliação do acesso a esse método de forma facilitada (BRASIL, 2018).

A educação permanente em saúde (EPS) tem sido uma ferramenta importante para os processos de qualificação de profissionais e serviços no Brasil. Essa estratégia potencializa a reflexão da prática trazendo o aprendizado a partir do cotidiano e favorece uma postura ativa na construção de alternativas para os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho (CECCIM, 2005).

Algumas teorias que discutem a formação de adultos na saúde dialogam com o conceito da EPS. A educação problematizadora proposta por Paulo Freire e a Andragogia de Knowles são importantes exemplos. Como marco teórico metodológico na discussão da aprendizagem de adultos Knowles e Freire, apesar de distintos em diversos pontos, convergem quando admitem uma educação entre iguais. Que todos mantém a capacidade de aprender ao longo da vida e valorizam as experiências que o educando possui no momento da aprendizagem, possibilitando que ele influencie na sua trajetória de aprendizado (BARROS, 2018).

Ceccim (2005) ainda aponta que um processo de EPS eficiente tem como estratégia a problematização das práticas como eixo que integra as diversas ações específicas (CECCIM, 2005). A Política Nacional de Educação Permanente de 2006 sistematiza uma sequência importante para o processo de aprendizagem que vislumbra a transformação dos indivíduos, suas práticas e serviços. A sequência se inicia levantando a necessidade da identificação dos problemas num processo investigativo-reflexivo. Um segundo momento de se debruçar sobre a literatura para ampliar o conhecimento a cerca da temática, o momento de desenvolver competências e adquirir habilidades específicas a cada profissional ou equipe e a partir disso construir soluções, colocá-las em prática e avalia-las posteriormente (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva construir um espaço que possibilite às equipes de saúde a reflexão sobre o funcionamento dos serviços de planejamento reprodutivo, amplie o conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos, dentre eles o DIU de cobre e realize treinamento sobre o uso, benefícios e possíveis complicações, pode contribuir na facilitação do acesso seguro da população a diferentes métodos contraceptivos. Além de possibilitar a construção de um caminho para que o planejamento reprodutivo contribua para a criação de projetos de vida e mudança social, sendo de fato uma forma de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Tem-se portanto, como intuito deste projeto de intervenção, a elaboração de um curso de capacitação pensado e construído a partir do levantamento teórico realizado ao longo dessa pesquisa com o objetivo de fomentar a reorganização das práticas e serviços a cerca do cuidado a saúde da mulher atendidas no Planejamento Reprodutivo na APS. Pretende para tal qualificar os profissionais médicos (as) e enfermeiros (as) da APS sobre Planejamento Reprodutivo e capacitar profissionais médicos (as) na realização de aconselhamento e inserção do DIU de cobre na APS.

Metodologia

Elaboração de um curso teórico prático com duração de 68 horas composto por três etapas distintas com modalidades presenciais e virtuais. Dialoga com os conceitos da educação permanente em saúde (EPS), da Andragogia e da Educação Problematicadora de Paulo Freire, vislumbrando uma aprendizagem significativa que compreenda o indivíduo em sua completude valorizando seus conhecimentos e o cenário político que ele se encontra.

Este curso tem como público-alvo, os médicos (as) e enfermeiros (as) da APS que estão atuando no município de Salvador e conta com a colaboração da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Será ofertado inicialmente para as duas unidades de saúde da família (USF) pertencentes a um distrito sanitário de saúde (DSS) do município de Salvador, o qual a UNEB tem campo de prática durante o curso de medicina, visto que a pesquisadora exerce atividade docente em uma dessas unidades. Pensando em uma proposta de capacitação por etapas pretende-se, em diálogo com o município de Salvador expandir este projeto para mais USFs tanto do distrito sanitário inicialmente trabalhado quanto para os demais DSS do município.

Segundo dados do último censo, Salvador é a terceira capital mais populosa do Brasil (IBGE, [s. d.]). Atualmente é dividida em 12 DSS cada um com características distintas em relação a tamanho do território, número de habitantes e rede assistencial. As duas USFs escolhidas para receber o curso inicialmente pertencem ao Distrito Sanitário de Saúde Pau da Lima (DSPL) que possui uma população de 299.132 habitantes e abrange 19 bairros da cidade de Salvador (SALVADOR, [s. d.]).

As USF Vale do Cambonas e a USF Canabrava são unidades de saúde vinculadas a prefeitura e compõem a rede de APS do município de Salvador. Localizadas em bairros próximos e que compõem a periferia da cidade apresentam características semelhantes no que diz respeito a sua população e rede de assistência a saúde. Juntas possuem uma população adscrita de aproximadamente 32 mil pessoas. Cada unidade é composta por 04 equipes de saúde da família cada uma com profissional médico, enfermeiro e dentista em sua equipe mínima, além de profissionais técnico administrativos, técnicos de enfermagem, assistente de saúde bucal e agente comunitário de saúde. No início de 2020, ambas as unidades se tornaram campo de prática para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (PRMFC-FESF/Fiocruz; PMSF-FESF/Fiocruz) assim como do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Município de Salvador (PRMFC-Salvador). A chegada dos programas de residência no serviço modificou a característica principalmente dos profissionais médicos existentes, sendo estes agora em sua maioria residentes do primeiro ano

do programa de especialização, alguns residentes do segundo ano e seus preceptores. Com as alterações o quadro de profissionais médicos das unidades atualmente é composto por: Na USF Vale do Cambonas: 7 médicos, sendo 4 residentes do PRMFC-FESF/Fiocruz, 1 preceptor médico do PRMFC-FESF/Fiocruz, 1 médico do Programa Mais Médicos e 1 médica estatutária. Na USF Canabrava: 5 médicos, sendo 2 residentes do PRMFC- Salvador, 1 preceptor médico do PRMFC- Salvador e 2 médicos do Programa Mais Médicos. O quadro de enfermagem não sofreu alteração sendo composto por 4 enfermeiras em cada unidade, todas com vínculo estatutário.

A primeira etapa deste curso tem modalidade online e acontecerá na plataforma Google Classroom. Ela é específica para discutir as questões que envolvem a realidade do Planejamento Reprodutivo no Brasil e no município de Salvador e a ampliação do acesso aos diversos métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS para as mulheres. Esta dividida em dois grandes blocos de aprendizagem. Um primeiro bloco de "Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS" com duração de 13 horas e um segundo bloco de "Habilidades de comunicação para a consulta clinica" com duração de mais 07 horas totalizando 20 horas de aprendizado online.

Cada bloco de aprendizagem está organizado em módulos temáticos com oferta de referências atualizadas sobre o tema, vídeos, vídeo-aulas ou outras ferramentas audiovisuais para auxiliar o profissional na compreensão, apreensão e reflexão dos conteúdos (APENDICE A).

A segunda etapa do curso está prevista somente para os profissionais médicos da APS e terá duração total de 48 horas. Estas divididas em um primeiro momento de atividades teórico prática no formato de oficinas pedagógicas que contam com treinamentos em manequins para aprimoramento da prática dos profissionais com duração de 16 horas. E um segundo momento de ambulatorios supervisionados para o exercício da prática de inserção e retirada de DIU de cobre em mulheres selecionadas com duração de 32 horas. Todos os momentos práticos serão supervisionados por médicos/monitores mais experientes no procedimento. Estas etapas ocorrerão dentro das instalações da Universidade Estadual da Bahia – UNEB e nas respectivas unidades de saúde dos profissionais participantes.

Devido à pandemia da COVID-19 e a necessidade de ainda se manter as medidas de prevenção para a disseminação da doença será ofertado espaço para as atividades presenciais em grupo pequeno, respeitando um distanciamento mínimo de 1m entre cada pessoa. Todos os presentes deverão estar com proteção através de máscaras e mantendo a higienização constante das mãos

durante toda a atividade. Antes de entrar na sala será também avaliada a temperatura dos participantes. Todos receberão a orientação para em caso de presença de sintomas sugestivos de Corona vírus nos últimos 14 dias ou contato com algum paciente suspeito, deve se ausentar da atividade. As mesmas regras serão mantidas para cursistas, monitores e pacientes durante os ambulatorios supervisionados.

A literatura aponta o momento da prática supervisionada como algo importante para a consolidação dos conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional e por isso os ambulatorios supervisionados do curso ocorrerão em um turno por semana durante um período de 2 meses nas instalações do Serviço médico da UNEB na Av Silveira Martins Campos 1 e contará com a presença de monitores que auxiliarão cada profissional durante o procedimento.

Os médicos estarão em duplas com um monitor por sala e cada médico colocará um DIU e assistirá o colega colocar um DIU por turno. Ao final de todo turno de ambulatório serão discutidas em grupo, as dificuldades percebidas no dia com feedback individualizado dos monitores.

Devido a estrutura do Serviço Médico da UNEB, os profissionais serão divididos em grupos de 04 por turno para um melhor aproveitamento e condução da experiência além de garantir a segurança no procedimento para as mulheres e profissionais. As mulheres com interesse em colocar o DIU de cobre poderão ser agendadas previamente pela recepção do Serviço Médico ou pelos profissionais do curso respeitando sempre a quantidade de 04 mulheres por turno de ambulatório.

Para ter acesso ao Serviço Médico da UNEB, o profissional receberá crachá de identificação do curso e deverá levar um jaleco pessoal. Os demais materiais necessários para a realização do procedimento serão disponibilizados no dia no próprio ambulatório.

Ao longo do estágio é necessário que o profissional realize o procedimento de inserção do DIU corretamente um mínimo de 05 vezes para ser considerado apto para realizar o procedimento fora do ambulatório supervisionado. Não recomendamos que o profissional realize o procedimento sem supervisão até receber a certificação do curso.

Está previsto que após o fim do curso, durante um período de 3 meses o médico poderá contar com um monitor para orientá-lo na inserção do DIU em sua unidade de saúde. Será definido de acordo com a disponibilidade do monitor e do profissional um turno no mês para que essa supervisão aconteça.

O material didático a ser ofertado no curso foi selecionado e produzido pela pesquisadora e sua orientadora sendo composto pelas principais produções do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde assim como de artigos científicos mais recentes e relevantes a cerca do tema. Conta com um Manual Técnico do Cursista (APENDICE B) e um Manual Técnico do Facilitador (APENDICE C) que objetiva auxiliar os participantes na sua trajetória da aprendizagem, fornecendo orientações gerais sobre funcionamento do curso e os temas a serem discutidos.

A avaliação dos profissionais que participarem do curso se dará a partir da composição de 04 notas totalizando 10 pontos ao final:

Nota1	Realização das atividades formativas propostas nos momentos online e presencial	2pts
Nota 2	Atividade teórica ao final da oficina de Habilidades de Comunicação online	2pts
Nota 3	Atividade prática em manequins	4pts
Nota 4	Avaliação teórica final	2pts

Para que o cursista siga para a atividade prática ambulatorial é necessário que este obtenha nota maior ou igual a 75% no somatório das avaliações anteriores.

A certificação do curso será ofertada ao profissional pela UNEB. O profissional que realizar apenas a primeira etapa do curso referente ao introdutório online receberá certificado de 20h após participação com 100% da presença e realização das atividades formativas referentes a esta etapa. Para os profissionais que realizarem todo o curso o certificado será emitido em duas etapas, sendo a primeira delas fornecida ao fim das atividades teórico-práticas para todos os profissionais que obtiverem nota maior ou igual a 75% nesta avaliação e uma segunda certificação considerando o profissional médico apto para inserir o DIU de cobre na APS após este completar 100% das atividades ambulatoriais previstas.

No caso do profissional não atingir os 75% nas atividades teórico-práticas ele não poderá seguir para as atividades de ambulatório supervisionado, mas poderá realizar novamente o curso em outra turma caso tenha interesse.

Cronograma

FLUXOGRAMA GERAL DO CURSO (Carga horária total 68h)		
ETAPAS		PERÍODO
Parte 1 - TEÓRICO (Introdutório online – (Carga horária 20h)		Outubro 2021
1.1 Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS	1.2 Habilidades de comunicação para a consulta clínica	
Parte 2 – TEÓRICO – PRÁTICA (Carga horária 16h)		Outubro 2021
Atividade presencial 1	Atividade presencial 2	
Parte 3 - AMBULATÓRIO SUPERVISIONADO (Carga horária 32h)		Novembro 2021

Recursos

Para a construção e realização desse curso se faz necessário articulação entre a instituição de ensino UNEB e o município de Salvador, assim como com outras instituições que possam vir a contribuir com a efetivação desse projeto. Há necessidade de disponibilização dos insumos para a realização do procedimento de inserção do DIU, disponibilização de espaço físico para a realização das atividades presenciais teórico-práticas e ambulatoriais docentes, modelos pélvicos para treinamento e impressão dos materiais didáticos produzidos. Assim como articulação para liberação dos profissionais da APS para realização das atividades previstas pelo curso em horário protegido do serviço de saúde.

Resultados esperados

A pesquisadora pretende contribuir com a qualificação e reflexão dos profissionais na temática do Planejamento reprodutivo e efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos assim como ampliar as possibilidades de inserção e retirada do DIU de cobre na APS. É compreendido pela pesquisadora que essa estratégia pode facilitar a longo prazo a ampliação do acesso das

mulheres usuárias do SUS a esse método de forma facilitada e segura visto que a falta de capacitação dos profissionais na inserção e retirada do DIU de cobre é umas das importantes barreiras estruturais descritas na literatura para o acesso desse método no país.

É também intenção da pesquisadora que a partir desta experiência vivenciada com a pesquisa seja possível subsidiar a construção de um protocolo clínico para a inserção e retirada do DIU de cobre na APS para o município de Salvador, possibilitando ampliação da estratégia e uniformizando a APS como mais um ponto da rede de saúde que oferta este serviço.

Referências

BARROS, Rosanna. Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou O dialógico como essência da mediação sociopedagógica. **Educação e Pesquisa**, [s. l.], v. 44, n. 0, p. 1–19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1678-4634201844173244>

BRASIL, Ministério da Saúde. MANUAL TÉCNICO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE – DIU COM COBRE T Cu 380 A. [s. l.], p. 67, 2018.

BRASIL. **Volume 9 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. [S. l.: s. n.], 2009. *E-book*.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832005000100013>

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde TT - Barreras organizativas para facilitación e implantación del dispositivo intrauterino en los servicios de atención básica de. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>

IBGE. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 22 dez. 2020.

PHILLIPS, Jessamyn; SANDHU, Prabjot. Barriers to implementation of long-acting reversible contraception: A systematic review. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 236–243, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000019>

SALVADOR, PREFEITURA DE. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**. [S. l.], [s. d.].
Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#1463073963122-f4366c3c-70e5>. Acesso em: 20 dez. 2020.

5.2 Capítulo do material didático para o curso a distância de formação para voluntárias da ONG *Tamo Juntas*.

CAPÍTULO 4

A INTERFACE ENTRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E VULNERABILIDADES PARA A SAÚDE DA MULHER.

Talita Rocha de Aquino

Ementa: Direitos sexuais e reprodutivos; Vulnerabilidades sociais e seus impactos para a saúde da mulher no Brasil, Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária a Saúde.

O objetivo deste capítulo é introduzir uma breve discussão a cerca dos direitos sexuais e reprodutivos, o conceito de vulnerabilidades sociais e seus impactos para a saúde da mulher no que tange principalmente ao planejamento reprodutivo, a assistência ao pré-natal, parto e puerpério e ao aborto no Brasil.

Para uma maior aproximação dos conteúdos levantados a seguir a autora sugere o debruçar-se tanto sobre os artigos citados no decorrer do texto assim como das normativas vigentes no país referentes à temática.

Segue abaixo algumas das produções oficiais que são marcos importantes nesse percurso de luta dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, assim como a definição de alguns conceitos chaves na compreensão dessa temática.

ANO	LEIS PROGRAMAS E POÍTICAS
-----	---------------------------

1983	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
-------------	--

1988	Constituição Federal – Marco legal de saúde como dever do estado e direito de todos os cidadãos
-------------	---

1990	ECA lei nº 8069 de 13 de julho de 1990 – Marco legal de saúde como direito de adolescentes
1996	Lei do Planejamento Familiar - Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996
1999	Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids: Princípios e Diretrizes
2002	Programa de Humanização do Parto Humanização no pré-natal e nascimento
2004	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
2005	Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos
2011	Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011- Marco Legal da instituição da Rede Cegonha
2013	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

TERMINOLOGIA DEFINIÇÃO ¹

Saúde sexual	“a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações” (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45).
Saúde reprodutiva	“estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter

uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio” (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2)

Direitos Sexuais e Reprodutivos

“se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (NACIONES UNIDAS, 1995).

“O conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e mais recente. Sua formulação inicial se dá nos anos 90, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia com os segmentos dos movimentos feministas. ”

¹ Definições retiradas do Cadernos de atenção básica nº26 “Saúde Sexual e Reprodutiva” do Ministério da Saúde de 2013 disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

Introdução

A evolução das discussões no campo da saúde sexual e reprodutiva no Brasil se deu de forma prioritária a partir das disputas do movimento feminista e do movimento gay nas esferas da atenção à saúde da mulher e da prevenção e tratamento da DST/aids (NASSER, 2015). Em

quase 50 anos de história do movimento feminista no Brasil e das inúmeras lutas para a conquista de direitos pelas mulheres, os direitos sexuais e reprodutivos é um campo que marca uma trajetória de avanços, estagnação, e também retrocessos (VIANNA; CARRARA; LACERDA, 2008).

Ao longo das décadas, diversos marcos teóricos e legais podem ser apontados. Desde a construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, passando pela incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos na Constituição de 1988 em conjunto com a construção do SUS e a posterior elaboração da Lei nº 9.263/1996, conhecida como Lei do Planejamento familiar (NEGRÃO, 2012; SILVA *et al.*, 2010). No âmbito internacional, as diferentes disputas e discussões levam à inclusão da sexualidade como parte dos direitos humanos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 e na Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim em 1995. Ponto que fortalece ao redor do mundo e no Brasil que avanços em políticas continuem acontecendo (SILVA *et al.*, 2010).

A partir de 2002, atualizações passam a ocorrer dentro das políticas para as mulheres no Brasil. Em 2004, elabora-se a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (NEGRÃO, 2012), assim como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O enfoque de gênero é incorporado como um determinante de saúde-doença e dar-se visibilidade ao diferentes contextos socioeconômicos e culturais vivenciados pelas mulheres para a implementação de ações e políticas públicas que contribuam para a garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2004).

Mais recentemente com a ampliação da discussão do racismo estrutural e seus impactos na saúde, o conceito de Justiça Reprodutiva ganha visibilidade nas discussões dos direitos sexuais e reprodutivos. Cunhado pelo movimento de mulheres afroamericanas no mesmo período da Conferência do Cairo em 1994, amplia a discussão da temática trazendo à tona um olhar para a justiça social e os direitos humanos. Apresenta como argumento a interligação do gênero, raça, classe social e orientação sexual para a efetivação ou não dos direitos sexuais e reprodutivos. Afirma que no contexto das mulheres negras o exercício da sexualidade esta atrelado à garantia de outros direitos sociais concomitantemente (EMANUELLE, 2017).

Desenvolvimento

A compreensão de um conceito ampliado de vulnerabilidade e de populações vulnerabilizadas auxilia no entendimento de como a saúde dos indivíduos é marcada por contextos para além dos seus recortes biológicos individuais. Segundo Ayres, Paiva e França Jr, em 2012 “vulnerabilidade é um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados a maior susceptibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção.”

Nessa perspectiva sugerem uma proposta de conceito de vulnerabilidade com múltiplas dimensões, ampliando não só sua compreensão, mas subsidiando a necessidade de construção de estratégias de prevenção e promoção mais coerentes e assertivas na saúde. Apontam então três eixos articulados das dimensões da vulnerabilidade. A dimensão individual que revela as características pessoais do indivíduo, entendendo seu micromundo e características específicas e individuais que contribuem com aquela situação de saúde-doença. A dimensão social que possibilita o exercício do olhar para esse indivíduo em uma escala mais macroscópica onde o seu entorno social, cultural, religioso, étnico-racial e econômico interfere e muitas vezes determina a construção das suas vulnerabilidades. E a dimensão programática que pensa estrategicamente o cuidado e a identificação dos avanços conquistados para um determinado grupo ou situação a nível de serviços, políticas públicas ou articulações sociais.

Esse olhar para a construção do processo saúde doença questiona e amplia o pensamento clássico de risco da epidemiologia que coloca no indivíduo a responsabilidade individual/genética/comportamental para a existência de um determinado agravo de saúde (JR, I. A.; V, 2012).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em convênio com o Ministério da saúde assim como o estudo de Leal, Gama e Cunha, em 2017 e de Trindade e colaboradores, em 2019 apontam resultados que exemplificam a análise do impacto das vulnerabilidades na saúde e demonstram que a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos se relaciona intimamente com os diferentes contextos socioeconômicos vividos no Brasil.

Mulheres, entre 30 e 59 anos, pretas e pardas, e pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto são as que mais se sentem discriminadas ao acessar os serviços de saúde. Os motivos relatados para essa discriminação são em sua maioria a falta de dinheiro e a classe social seguido de tipo de ocupação, tipo de doença, raça/cor, idade, religião/crença, sexo

e preferência sexual (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2015).

No que se refere à assistência durante o pré-natal, parto e puerpério Leal, Gama e Cunha em 2017 evidenciam que mulheres negras, pretas e pardas sofrem maior discriminação em relação às não negras nesses períodos quando acessam o serviço de saúde no Brasil estando mais sujeitas a vivenciar violências obstétricas (LEAL *et al.*, 2017).

Trindade e colaboradores, em 2019 corroboram essas afirmações quando apontam que a escolha do método contraceptivo no Brasil é determinada pela escolaridade, a região do país e a cor da pele da mulher. A exemplo do uso da dupla proteção (combinação de método contraceptivo moderno com preservativo) que simboliza hoje a melhor estratégia para prevenção de gestação e infecções sexualmente transmissíveis (IST), é mais utilizado pelas mulheres da região Sul do país, da zona urbana, mulheres brancas e com maior nível de escolaridade. As mulheres nordestinas, de zona rural, negras e com menor escolaridade são as que menos os utilizam. Essas desigualdades se repetem quando olhamos para os métodos definitivos de contracepção, como a laqueadura, que apesar de estar em decréscimo no país, ainda está mais presente em mulheres da região Norte, da zona rural, negras e com menor escolaridade, revelando um menor acesso a informação, e à disponibilização de outras opções de métodos contraceptivos para essa população (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019).

Lima e Cordeiro, 2020 lembram que a história de esterilização de mulheres negras e jovens no país não é recente e já foi anteriormente apontada pelo movimento de mulheres negras como uma estratégia racista respaldada por uma compreensão errônea de planejamento familiar (LIMA; CORDEIRO, 2020).

Associada a escolha dos métodos contraceptivos, a discussão da descriminalização do aborto no Brasil ainda é um entrave na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e contribuem para a vulnerabilização da vida das mulheres. Apesar das diferentes iniciativas e argumentações do movimento feminista assim como de organizações locais e mundiais de saúde, a discussão pela descriminalização do aborto é compreendida como dissociada dos direitos sexuais e reprodutivos e atrelado a um caráter religioso por diversos setores. Essa visão enfraquece a ampla discussão no país e corrobora para sua manutenção como um lugar que criminaliza e pune mulheres que realizam esse procedimento. Na legislação vigente somente é

permitido realização de aborto quando há risco de vida para a gestante ou quando a gravidez é resultado de estupro (VIANNA; CARRARA; LACERDA, 2008).

A causa de morte materna por aborto inseguro no Brasil ocupa o 5º lugar na lista de causas diretas e se configura como um importante desafio para o país. Dados da Pesquisa Nacional de aborto de 2016 demonstram que apesar do aborto inseguro ser um recurso utilizado por diversas mulheres em diferentes extratos sociais no Brasil as taxas de realização desse procedimento são significativamente mais altas em mulheres pretas, pardas, amarelas e indígenas, que possuem menor escolaridade e menor renda.

Para além de uma estratificação de quem é a mulher que realiza aborto inseguro no país esses dados apontam que a manutenção desse procedimento como clandestino e inseguro é uma estratégia que ceifa a vida de determinadas mulheres de forma mais intensa do que de outras (GIUGLIANI *et al.*, 2019).

Conclusão

A discussão dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil apesar de extensa na história ainda necessita de diversos avanços para contemplar o cenário de diversidade socioeconômica-étnica e cultural que vivemos. Os diversos documentos produzidos acerca dessa temática prevê a garantia de um acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade pelos indivíduos, assim como a garantia dos meios para o exercício de uma sexualidade segura e respeitosa. O Sistema Único de Saúde (SUS) assim como a Atenção Primária a Saúde (APS) são áreas de atuação estratégica para a garantia e efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos. A APS por se pautar em princípios como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, o princípio da integralidade e o enfoque comunitário pode ser uma ferramenta importante para a consolidação desses e a garantia de uma ampliação da discussão e do acesso das diferentes mulheres a um exercício seguro de sua sexualidade (GIUGLIANI *et al.*, 2019). É necessária uma atuação para além da atenção rotineira ao pré-natal e o planejamento reprodutivo. Discutir e atuar de forma intersetorial nos impactos do racismo e das demais vulnerabilidades compreendendo seus impactos no real exercício saudável da sexualidade dos indivíduos. Ainda como perspectiva se faz necessário uma ampliação das políticas públicas no campo da saúde sexual e reprodutiva, levando em consideração as vulnerabilidades existentes nos diferentes contextos e reafirmando o princípio

da equidade presente no SUS (TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, 2019).

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. [S. l.], 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

EMANUELLE, Goes. **Justiça Reprodutiva ou Direitos Reprodutivos, o que as mulheres negras querem?**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01/25/justica-reprodutiva-ou-direitos-reprodutivos-o-que-as-mulheres-negras-querem/>. Acesso em: 25 nov. 2020.

GIUGLIANI, Camila *et al.* O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde TT - The right to abortion in Brazil and the role of Primary Health Care TT - El derecho al aborto en Brasil y el rol de la Atención Primaria de Salud. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, [s. l.], v. 14, n. 41, p. e1791–e1791, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791/960%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5mfvk>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. [S. l.: s. n.], 2015. ISSN 0101-4234.v. 39E-book.

JR, I. A.; V, P.; FRANÇA-JR. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. *In: VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS - PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: LIVRO I, DA DOENÇA À CIDADANIA*. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71–94.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. **Cadernos de saude publica**, [s. l.], v. 33, p. e00078816, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

LIMA, Nathália Diórgenes Ferreira; CORDEIRO, Rosineide De Lourdes Meira. Aborto, Racismo e Violência: Reflexões a partir do Feminismo Negro. **Revista Em Pauta**, [s. l.], v. 18, n. 46, p. 101–117, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.52010>

NASSER, Mariana Arantes. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. [s. l.], p. 257, 2015.

NEGRÃO, Telia. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: Uma história sem fim. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. SUPPL. 1, p. 164–176, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500014>

SILVA, Cíntia Carvalho *et al.* “Watching” the sexuality: a reflection about the construction of sexual and reproductive rights. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 1294, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.1055-8014-3-le.0403esp201050>

TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, M.S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Cien Saude Colet**, [s. l.], 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372&id=17372&id=17372>

VIANNA, A. R.B.; CARRARA, S.; LACERDA, P. Sexual politics and sexual rights in Brazil: An overview. **Global Public Health**, [s. l.], v. 3, n. SUPPL. 2, p. 5–21, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441690801981050>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história de discussão, luta e produção acerca dos direitos sexuais e reprodutivos prevê a garantia de meios para o exercício de uma sexualidade livre, segura e respeitosa, assim como o acesso igualitário a informações, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade pelos indivíduos. O Sistema Único de Saúde (SUS) assim como a Atenção Primária a Saúde (APS) são áreas de atuação estratégica para a garantia e efetivação desses direitos e precisa compreender os impactos das vulnerabilidades na vida das diferentes mulheres para pensar em ações e políticas que as contemplem em sua completude.

Como visto até aqui a literatura apresenta impactos relevantes para uma mudança no cenário da oferta, escolha, inserção e adesão do DIU de cobre e outros LARCs a partir de um investimento em ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços de saúde. Como seguimento deste trabalho, a pesquisadora compreende a necessidade da avaliação dos resultados obtidos após a implementação do curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na atenção primária a saúde aqui proposto para a identificação de possíveis lacunas e adaptações necessárias para uma futura ampliação na sua execução.

É necessário destacar ainda a importância de se compreender a percepção das usuárias dos serviços de saúde sobre o DIU de cobre e os demais métodos contraceptivos e as barreiras existentes por parte das mulheres para o uso desses métodos. Nessa perspectiva estudos de abordagem quantitativas e qualitativas com mulheres em idade fértil como público-alvo se fazem necessários.

7. REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ivan; PENNA, De Araujo; BRITO, Milena Bastos. REVISÃO A importância da contracepção de longo prazo reversível Resumo Abstract. **Femina**, [s. l.], v. 43, p. 2–7, 2015.
- BERLOFI, Luciana Mendes *et al.* Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 196–200, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-21002006000200011>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 26 “Saúde sexual e reprodutiva”**. [S. l.], 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.
- BRASIL. Lei Nº 9.263, De 12 De Janeiro De 1996. [s. l.], p. 6–9, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **MANUAL TÉCNICO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE – DIU COM COBRE T Cu 380 A**. [s. l.], p. 67, 2018.
- BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. [S. l.: s. n.], 2009a. v. 1
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. [S. l.], 2004. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>. Acesso em: 13 dez. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. [S. l.: s. n.], 2020.
- BRASIL. **Volume 9 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. [S. l.: s. n.], 2009b. *E-book*.
- BRINDIS, Claire D. Development and evaluation of a short-term training design for health professionals. **Möbius: A Journal for Continuing Education Professionals in Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 33–48, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/chp.4760060108>
- BUCKEL, Christina *et al.* Effect of staff training and cost support on provision of long-acting reversible contraception in community health centers. **Contraception**, United States, v. 99, n. 4, p. 222–227, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.12.005>
- CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 18, n. suppl 1, p. 48–51, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902009000500008>
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832005000100013>
- DA SILVA, Raimunda Magalhães *et al.* Planejamento familiar: Significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 5, p. 2415–2424, 2011. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500010>

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mônica Cecilia; TAKAHASHI, Renata Ferreira; BERTOLOZZI, Maria Rita. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 45, n. 5, p. 1260–1266, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000500033>

DONATO, Helena; DONATO, Mariana. Stages for undertaking a systematic review. **Acta Medica Portuguesa**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 227–235, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>

EMANUELLE, Goes. **Justiça Reprodutiva ou Direitos Reprodutivos, o que as mulheres negras querem?**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01/25/justica-reprodutiva-ou-direitos-reprodutivos-o-que-as-mulheres-negras-querem/>. Acesso em: 25 nov. 2020.

FARIAS, Mareni Rocha *et al.* Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 50, n. supl 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006176>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Anticoncepção**. [S. l.: s. n.], 2015. v. 1E-book.

GLOBAL, Family Planning. **2018 EDITION What ' s New in This Edition ?** [S. l.: s. n.], 2018.

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde TT - Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services TT - Bar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [s. l.], v. 51, p. e03270–e03270, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. [S. l.: s. n.], 2015. ISSN 0101-4234.v. 39E-book.

ITENS, Principais; REVIS, Relatar; UMA, Prisma. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>

JANIAK, Elizabeth *et al.* Barriers and Pathways to Providing Long-Acting Reversible Contraceptives in Massachusetts Community Health Centers: A Qualitative Exploration. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, [s. l.], v. 50, n. 3, p. 111–118, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1363/psrh.12071>

MACHADO, RB *et al.* Contracepção reversível de longa ação - Série orientações e recomendações FEBRASGO. [s. l.], v. 3, 2016.

MACHADO, RB. Uso de dispositivos intrauterinos em nulíparas. **Femina**, [s. l.], 2018.

MACHADO, Rogério Bonassi *et al.* Different Perceptions among Women and Their Physicians Regarding Contraceptive Counseling: Results from the TANCO Survey in Brazil. **Revista**

Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, [s. l.], v. 42, n. 5, p. 255–265, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712145>

NASSER, Mariana Arantes. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. [s. l.], p. 257, 2015.

NEGRÃO, Telia. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: Uma história sem fim. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 21, n. SUPPL. 1, p. 164–176, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500014>

OUYANG, Menglu *et al.* Intrauterine contraceptive device training and outcomes for healthcare providers in developed countries: A systematic review. **PloS one**, United States, v. 14, n. 7, p. e0219746, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219746>

SAÚDE, Ministerio da. **PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007**. [S. l.], 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

SAÚDE, Ministerio da. **Portaria Nº 278, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014**. [S. l.], 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html.

SAÚDE, Ministerio da. **Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017**. [S. l.], 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html.

SECURA, Gina M. *et al.* Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 371, n. 14, p. 1316–1323, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1400506>

SILVA, Cíntia Carvalho *et al.* “Watching” the sexuality: a reflection about the construction of sexual and reproductive rights. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 1294, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.1055-8014-3-le.0403esp201050>

TRINDADE, R.E, SIQUEIRA, B.B, DE PAULA, T.F, FELISBINO-MENDES, M.S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. **Cien Saude Colet**, [s. l.], 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372&id=17372&id=17372>

VIANNA, A. R.B.; CARRARA, S.; LACERDA, P. Sexual politics and sexual rights in Brazil: An overview. **Global Public Health**, [s. l.], v. 3, n. SUPPL. 2, p. 5–21, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441690801981050>

VIEIRA, Carolina Sales. Long-Acting Reversible Contraceptives: An Important Approach to Reduce Unintended Pregnancies. **Rev Bras Ginecol Obstet**, [s. l.], p. 207–209, 2016.

APÊNDICE A - Plataforma Google Classroom – Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na Atenção Primária a Saúde. (Introdutório online)

Link de acesso: <https://classroom.google.com/c/MTY4NDIyMzI1MzUz?cjc=myl52sq>



Curso - Planejamento Reproduti... x +

classroom.google.com/u/0/c/MTY4NDIyMzI1MzUz

Curso - Planejamento Reprodutivo

Mural Atividades Pessoas

Curso - Planejamento Reprodutivo
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E TÉCNICAS
DE INSERÇÃO DO DIU DE COBRE NA APS

Próximas atividades
Nenhuma atividade para a próxima semana!
Visualizar tudo

Escreva um aviso para sua turma

Talita Rocha
21 de set. de 2020 Editado às 7 de fev.

Bem vindas, bem vindos e bem vindas ao curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na Atenção Primária a Saúde!

Este é o Módulo Introdutório Online e foi pensado para discutir as questões que envolvem a realidade do Planejamento Reprodutivo no Brasil e no município de Salvador e a ampliação do acesso aos diversos métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS para as mulheres com foco no DIU de cobre. O público alvo desse curso prevê a participação de médicas e enfermeiras de APS que estão atuando no município de Salvador e tem como demanda diária a atenção à saúde da mulher.

Em anexo, você poderá acessar um Manual Técnico produzido para te auxiliar durante o curso. Ele possui orientações gerais a cerca deste módulo além de material didático sobre os temas a serem discutidos com referências atualizadas e baseadas em evidência científica.

Este curso conta com a colaboração da Universidade do Estado da Bahia por fazer parte do mestrado profissional em saúde coletiva - MEPESCO UNEB como produto técnico a ser apresentado pela professora Talita Rocha de Aquino e sua orientadora professora doutora Ana Gabriela Alvares Travassos.

Desejamos que seja um espaço de aprendizado e trocas de conhecimentos e reflexões potentes para a qualificação das práticas sobre Planejamento Reprodutivo na APS!

Apresentação-Ana-Gabr...
Imagem

Apresentação-Talita-Roc...
Imagem

Talita Rocha
22 de set. de 2020 Editado às 6 de fev.

Essa etapa do curso prevê dois grandes blocos de aprendizagem sendo eles o bloco de 'Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS' com duração de 13 horas e o bloco de 'Habilidades de comunicação para a consulta clínica' com duração de mais 07 horas totalizando 20 horas de aprendizado online.

Cada bloco estará organizado em módulos temáticos onde você poderá navegar e encontrar textos de referências atualizadas sobre o tema, vídeos, áudio-aulas ou outras ferramentas audiovisuais para auxiliá-lo na compreensão dos temas. Algumas atividades serão solicitadas ao longo do curso. Elas estarão sinalizadas no "Mural" e/ou na sessão "Atividades" com a orientação e o prazo para realizá-las. Fique atento para cumpri-las no prazo, pois estas valem nota. A avaliação do curso será composta pelas notas das atividades realizadas e a participação nos fóruns assíncronos e webinário síncrono no bloco de Habilidades de comunicação.

Após completar esta etapa do curso você receberá um certificado de participação emitido pela UNEB.

Estrutura do curso onlin...
PDF

Adicionar comentário para a turma...

Talita Rocha
21 de set. de 2020 Editado às 19 de jan.

Para iniciarmos a nossa interação virtual e nos conhecermos um pouco melhor vamos nos apresentar colocando nome, profissão, unidade de saúde em que atua, há quanto tempo está atuando neste serviço e as expectativas para este curso. Novamente bem vindas, vindos e vindos!

 Talita Rocha
22 de set. de 2020 Editado às 21:47

"INICIO DA SEMANA 1"

BLOCO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA APS

MÓDULO 1. Direitos sexuais e reprodutivos e o Planejamento reprodutivo no Brasil – história, conceitos e direitos

Após acessar os vídeos e textos disponíveis nessa sessão e no Manual Técnico interaja com os colegas no Fórum de discussão abaixo. Reletem como vocês percebem que os direitos sexuais e reprodutivos são efetivados (ou não) no dia a dia da APS.



Série Fala Direito Comig...
Vídeo do YouTube 3 minutos



Série Fala Direito Comig...
Vídeo do YouTube 3 minutos



Quais são os principais p...
Vídeo do YouTube 6 minutos



Quem é a população mai...
Vídeo do YouTube 5 minutos



Quem é a população mai...
Vídeo do YouTube 4 minutos



Contracepção - O que é ...
Vídeo do YouTube 48 minut...



Uso de contracepção e d...
<http://www.cienciasaudecol...>

1 comentário para a turma

 Talita Rocha 19 de jan.
Atividade - Fórum de discussão
Como os direitos sexuais e reprodutivos são efetivados (ou não) no dia a dia da APS?

 Talita Rocha
22 de set. de 2020 Editado às 6 de fev.

BLOCO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA APS

MÓDULO 2. Aconselhamento reprodutivo na APS – desafios da prática

Após acessar os textos disponíveis nessa sessão e no Manual Técnico produza um parágrafo reflexivo a cerca dos desafios da prática para a realização das competências da APS para a saúde sexual e reprodutiva.



Link
<https://www.scielo.br/pdf/cs...>



The history of tiered-eff...
[https://www.ajog.org/article/...](https://www.ajog.org/article/)



Harris e Wolfe 2014.pdf
PDF

 Talita Rocha
22 de set. de 2020 Editado às 6 de fev.

"INICIO DA SEMANA 2"

BLOCO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA APS

MÓDULO 3. Métodos Contraceptivos disponíveis – eficácia e critérios de elegibilidade

VÍDEOS:

Tema da aula

V1 – MÉTODOS COMPORTAMENTAIS (TABELINHA, COITO INTERROMPIDO)

V2 – MÉTODOS DE BARRIEIRA (PRESERVATIVO FEM/MASC, DIAPHRAGMA COM ESPERMICIDA)

V3 – HORMONAIS ORAIS (PILULA DE PROGESTERONA)

V4 – HORMONAIS INJETÁVEIS (TRIMESTRAL E MENSAL)

V5 – ANEL VAGINAL E ADESIVO

V6 – LARÇA (IMPLANTES, DIU DE COBRE, SIL)

V7 – MÉTODOS DEFIATIVOS (LAQUEADURA, VASECTOMIA)

professores convidados para cada vídeo-aula temática

Para aprofundamento do tema segue em anexo material produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016 sobre algumas recomendações práticas para uso de métodos contraceptivos.

Como exercício responda aos casos clínicos disponíveis na aba "Habilidades" dessa plataforma.



Link
<https://apps.who.int/iris/bita...>

 Talita Rocha
22 de set. de 2020 Editado às 21:33

BLOCO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA APS

MÓDULO 4. LARÇA e APS - Porque é importante colocar DIU de cobre na APS?

Após acessar os vídeos disponíveis nessa sessão e o texto do Manual Técnico interaja com os colegas no Fórum de discussão abaixo. Discutam "Porque é importante colocar DIU de cobre na APS?"



Webpalestra - DIU: Possi...
Vídeo do YouTube 39 minut...

1 comentário para a turma

 Talita Rocha 19 de jan.
Atividade - Fórum de discussão
Porque é importante colocar DIU de cobre na APS?

 Adicionar comentário para a turma...

 Talita Rocha
22 de set. de 2020 Editado às 21:34

"INICIO DA SEMANA 3"

BLOCO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA APS

MÓDULO 5. O Fluzo atual para a inserção de DIU de cobre em Salvador

Após acessar o vídeo disponível nessa sessão interaja com os colegas no Fórum de discussão abaixo. Discutam "Porque não tem DIU na minha unidade de saúde?"

1 comentário para a turma

 Talita Rocha 19 de jan.
Atividade - Fórum de discussão
Porque não tem DIU na minha unidade de saúde?

Tailita Rocha

22 de set. de 2020 Editado às 6 de fev.

BLOCO 1 - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E A ATENÇÃO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA APS

Atividade formativa 1

A partir das primeiras reflexões aprendidas no curso discuta na sua equipe de saúde como esta o planejamento reprodutivo (PR) no seu território.

Tente levantar quem é o profissional que atualmente faz o PR na sua equipe e quais os métodos contraceptivos disponíveis na sua unidade. Eles costumam faltar? Alguém existe em maior quantidade? Qual o número de mulheres em idade fértil do seu território? Qual o número de consultas de PR por mês da sua equipe? Quais são os pontos fortes e os pontos fracos que você identifica hoje em como o PR da sua unidade está organizado.

Na sua "Atividade", colocamos uma sugestão de planilha para auxiliá-lo na organização e visualização dos dados levantados, mas você é livre para fazer em outro formato desde que cumpra a solicitação da atividade.

Ela deve ser postada na plataforma individualmente no prazo estabelecido e tem valor total de 1 ponto.

Adicionar comentário para a turma...

Tailita Rocha

22 de set. de 2020 Editado às 6 de fev.

"INÍCIO DA SEMANA 4"

BLOCO 2 - HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A CONSULTA CLÍNICA

MÓDULO 1. Entrevista Clínica

Após acessar o vídeo disponível nessa sessão e o texto no Manual Técnico interaja com os colegas no Fórum de discussão aberto. Discutam: Qual a importância da comunicação clínica para o profissional de saúde nas consultas de PR?

Em anexo segue para aprofundamento da temática o livro Entrevista clínica [curso eletrônico]: habilidades de comunicação para profissionais de saúde / Francisco Borelli Carrié; tradução: Naita Freitas; revisão técnica: Marcela Dohna. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2012.

Workshop comunicação ...

Vídeo do YouTube 36 minut...

Entrevista Clínica - Habil...

PDF

Campos et al 2018.pdf

PDF

1 comentário para a turma

Tailita Rocha

19 de jan.

Atividade: Fórum de discussão:

Qual a importância da comunicação clínica para o profissional de saúde nas consultas de PR?

Adicionar comentário para a turma...

Tailita Rocha

19 de jan. Editado às 6 de fev.

BLOCO 2 - HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A CONSULTA CLÍNICA

MÓDULO 2. Método clínico centrado na pessoa

Após acessar o texto disponível nessa sessão e o Manual Técnico produza um parágrafo reflexivo sobre quais as barreiras que você mais identifica para a realização de uma abordagem centrada na pessoa.

Em anexo segue para aprofundamento da temática o livro Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico [curso eletrônico] / Moira Stewart. – 1a ed.; tradução: Anelise Burmeister; Sandra Maria Malinham de Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.

Vista do A pessoa como ...

<https://bmfc.org.br/bmfc/a...>

Medicina-Centrada-na-P...

PDF

Adicionar comentário para a turma...

Tailita Rocha

22 de set. de 2020 Editado às 21:34

BLOCO 2 - HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A CONSULTA CLÍNICA

Atividade: Consulta firmada de PR

Assista ao vídeo que apresenta uma consulta firmada de planejamento reprodutivo e reflita em uma lauda sobre os pontos positivos e negativos observados na condução do profissional de saúde durante a consulta. Identifique as lacunas deixadas durante a consulta e quais estratégias ou atitudes poderiam ser tomadas para melhorar esse atendimento.

Tailita Rocha

22 de set. de 2020 Editado às 6 de fev.

"INÍCIO DA SEMANA 5"

BLOCO 2 - HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A CONSULTA CLÍNICA

Atividade: Fórum de dúvidas

Estabeleça uma relação com seus colegas de turma e identifiquem as suas dúvidas e dificuldades mais frequentes durante a condução da consulta de planejamento reprodutivo e quais as maiores dúvidas que os pacientes apresentam durante a consulta. Aproveite para responder as dúvidas dos colegas com ideias ou experiências que você possa ter vivenciado ou colocado em prática.

Vamos trocar e crescer juntos!

Adicionar comentário para a turma...

Tailita Rocha

22 de set. de 2020 Editado às 6 de fev.

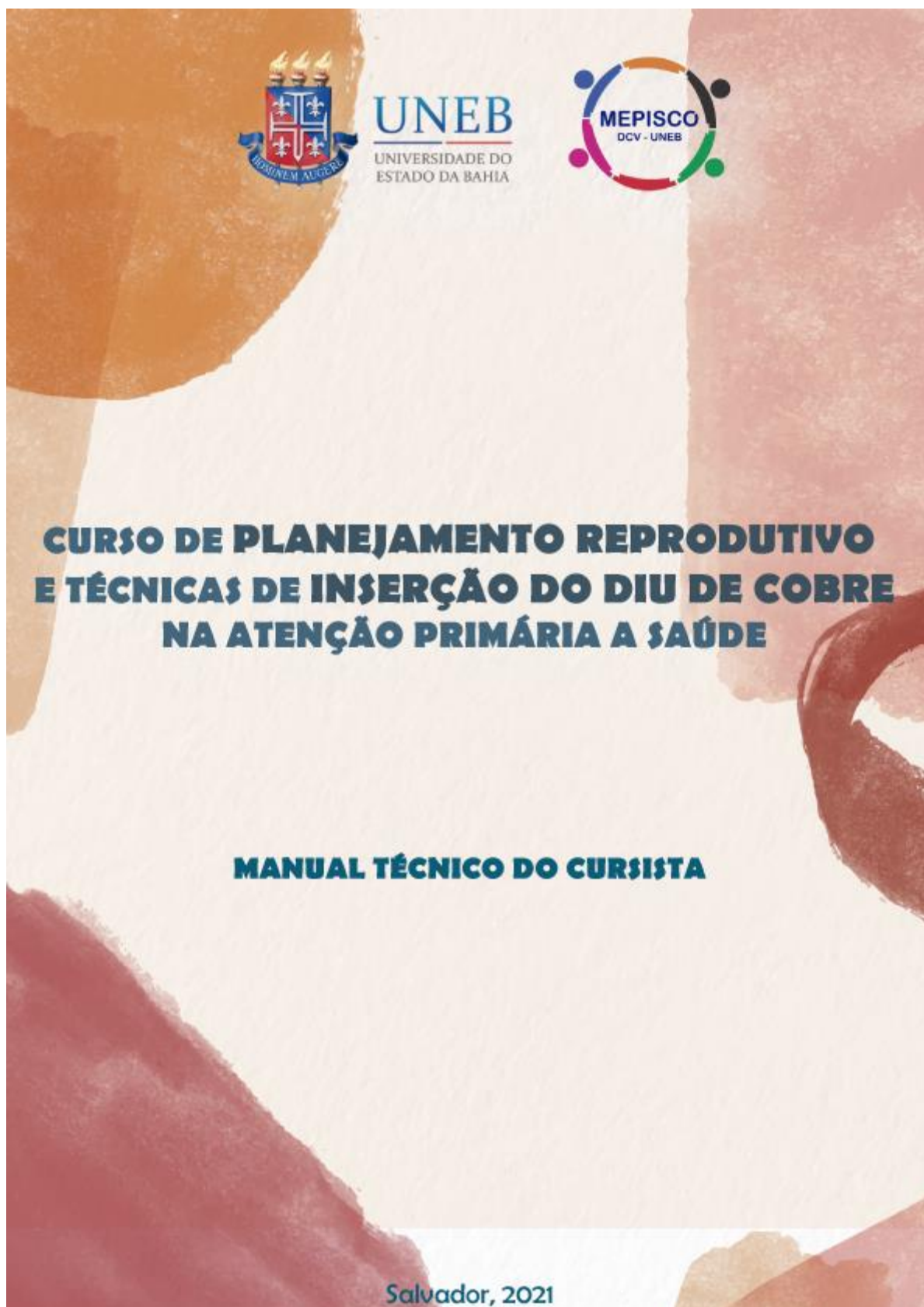
BLOCO 2 - HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A CONSULTA CLÍNICA

Webinário

Momento síncrono sobre o tema de Habilidade de Comunicação com professores convidados para discutir as principais dúvidas e conceitos a cerca da temática e sua utilização na prática clínica. Atividade para um máximo de 8 profissionais por turma.

O link da atividade será postado nos comentários em breve.

APÊNDICE B - Manual Técnico do Cursista para o Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na Atenção Primária a Saúde.



Apresentação

Bem vindas, bem vindos e bem vindes ao curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na atenção primária a saúde!

Este curso é composto por três etapas distintas com modalidades virtuais e presenciais sendo este material o manual técnico do cursista para auxiliá-los no aprendizado durante esta etapa. Aqui pretendemos discutir sobre as questões que envolvem a realidade do Planejamento Reprodutivo no Brasil e no município de Salvador e a ampliação do acesso aos diversos métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS para as mulheres.

Ao longo do curso trabalharemos com literatura atual sobre a temática e discutiremos pontos importantes da prática de inserção e retirada do DIU de cobre na APS.

O público alvo desse curso prevê a participação de profissionais de saúde da APS que estão atuando no município de Salvador e tem como demanda diária a atenção a saúde da mulher.

O curso conta com a colaboração da Universidade do Estado da Bahia por fazer parte do mestrado profissional em saúde coletiva - MEPISCO UNEB como produto técnico a ser apresentado pela professora Talita Rocha de Aquino e sua orientadora professora doutora Ana Gabriela Alvares Travassos.

O objetivo deste manual é fornecer orientações gerais sobre os temas a serem discutidos com referências atualizadas e baseadas em evidência científica para auxiliá-lo na sua trajetória da aprendizagem. Uma referência básica que todos precisam se apropriar ao longo do curso é o Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCU 380A produzido pelo Ministério da Saúde em 2018. Ele representa a produção mais atual do Brasil sobre o procedimento de inserção do DIU de cobre. As demais referências estão sinalizadas ao longo do material e devem ser acessadas à medida que o cursista for tendo a necessidade.

Este curso não prevê somente uma aquisição de conhecimentos, mas tem a intenção de gerar reflexões e mudanças nas práticas dos profissionais de saúde da APS. Utilize as suas vivências e experiências pessoais e profissionais para ampliá-lo e torna-lo ainda mais interessante.

Desejamos que seja um espaço de aprendizado e trocas de conhecimentos e reflexões potentes para a qualificação das práticas sobre Planejamento Reprodutivo na APS e a ampliação do acesso das mulheres aos métodos contraceptivos de longa duração principalmente o DIU de cobre na APS!

Atenciosamente,

Talita Rocha e Ana Gabriela Travassos.

Sumário

<u>Estrutura geral do curso de Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na atenção primária a saúde.....</u>	103
<u>Programação das atividades online.....</u>	103
<u>Programação das atividades presenciais.....</u>	104
<u>Objetivos do curso.....</u>	106
<u>Objetivo geral:</u>	106
<u>Objetivos específicos:</u>	106
<u>Avaliação.....</u>	107
<u>Parte1 - Módulo introdutório online</u>	107
<u>Parte 2 – Teórico - prática.....</u>	107
<u>Orientações para o ambulatório supervisionado.....</u>	108
<u>BLOCO TEMÁTICO 1- Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS</u>	109
<u>Direitos sexuais e reprodutivos e o Planejamento reprodutivo no Brasil – história, conceitos e diretrizes</u>	109
<u>Métodos Contraceptivos disponíveis – eficácia e critérios de elegibilidade</u>	114
<u>LARCs e APS - Porque é importante colocar DIU de cobre na APS?.....</u>	120
<u>BLOCO TEMÁTICO 2 – Aconselhamento.....</u>	124
<u>Características do DIU com cobre e mecanismo de ação.....</u>	124
<u>Efetividade do DIU com cobre.....</u>	126
<u>Indicação e contraindicação do uso do DIU com cobre</u>	127
<u>Efeitos adversos do DIU com cobre</u>	130
<u>Quando inserir o DIU com cobre</u>	131
<u>BLOCO TEMÁTICO 3 - Procedimento</u>	133
<u>Técnica de inserção do DIU no ambulatório e materiais necessários</u>	133
<u>Acompanhamento pós-inserção do DIU com cobre – orientações e possíveis desdobramentos</u>	137
<u>Atividade formativa.....</u>	141
<u>Referências básicas.....</u>	142

Estrutura geral do curso de Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na atenção primária a saúde.

O Curso completo terá a carga horária de 68 horas distribuídas da seguinte maneira:

FLUXOGRAMA GERAL DO CURSO	
Parte 1 - TEÓRICO (Módulo Introdutório online) 20h	
BLOCO TEMÁTICO 1 – Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS (13h)	BLOCO TEMÁTICO 2 – Habilidades de comunicação para a consulta clínica (7h)
Parte 2 – TEÓRICO – PRÁTICA (16h)	
Atividade presencial 1 BLOCO TEMÁTICO 1 – Aconselhamento	Atividade presencial 2 BLOCO TEMÁTICO 2 – Procedimento
Parte 3 - AMBULATÓRIO SUPERVISIONADO (32h)	

Programação das atividades online

Parte 1 - TEÓRICO (Módulo Introdutório online)	
BLOCO TEMÁTICO 1 Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS	BLOCO TEMÁTICO 2 Habilidades de comunicação para a consulta clínica
MÓDULO 1: Direitos sexuais e reprodutivos e o Planejamento reprodutivo no Brasil – história, conceitos e diretrizes	MÓDULO 1: Entrevista Clínica
MÓDULO 2: Aconselhamento reprodutivo na APS – desafios da prática	MÓDULO 2: Método clínico centrado na pessoa
MÓDULO 3: Métodos	Webnário final

Contraceptivos disponíveis – eficácia e critérios de elegibilidade	
MÓDULO 4: LARCs e APS - Porque é importante colocar DIU de cobre na APS?	
MÓDULO 5: O Fluxo atual para a inserção de DIU de cobre em Salvador	
Atividades avaliativas	
1. Fórum de discussão: Como os direitos sexuais e reprodutivos são efetivados (ou não) no dia a dia da APS?	
2. Parágrafo reflexivo: Desafios da prática para a realização das competências da APS para a saúde sexual e reprodutiva.	
3. Casos clínicos	
4. Fórum de discussão: Porque é importante colocar DIU de cobre na APS?	
5. Fórum de discussão: Porque não tem DIU na minha unidade de saúde?	
6. Atividade formativa 1	
7. Fórum de discussão: Qual a importância da comunicação clínica para o profissional de saúde nas consultas de PR?	
8. Parágrafo reflexivo: Barreiras para a realização de uma abordagem centrada na pessoa.	
9. Consulta filmada de PR	
10. Fórum de dúvidas	

Programação das atividades presenciais

	DIA 01 BLOCO TEMÁTICO 1 – Aconselhamento	DIA 02 BLOCO TEMÁTICO 2 – Procedimento
TURNO DA MANHÃ 8:30 – 12h	1. Apresentação da turma	1. Técnica e materiais necessários para inserção do DIU no ambulatório
Intervalo 10:30 as 10:45	2. Características do DIU com cobre	2. Exercício em bancada com uso de modelo pélvico
	3. Mecanismo de ação	

	4. Efetividade do DIU com cobre 5. <i>Relatos sobre as características de cada equipe com relação ao PR levantadas pela atividade formativa 1.</i>	das técnicas de inserção e remoção de DIU
ALMOÇO 12h – 14h	ALMOÇO 12h – 14h	ALMOÇO 12h – 14h
TURNOS DA TARDE 14h – 17h Intervalo 15:30 às 15:45	1. Indicação e contra-indicação do uso do DIU com cobre 2. Efeitos adversos do DIU com cobre 3. Quando inserir o DIU com cobre 4. Treinamento inicial em modelo pélvico	1. Intercorrências durante a inserção do DIU – condutas na AB e rede de saúde disponível para suporte 2. Acompanhamento pós-inserção do DIU com cobre – orientações e possíveis desdobramentos (infecção pélvica, expulsão do DIU, DIU mal posicionado, dor etc.) 3. <i>Relato da atividade de discussão com a equipe sobre pontos positivos e negativos do serviço de DIU na unidade</i>

Objetivos do curso

Objetivo geral:

O curso de Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na atenção primária a saúde pretende construir um espaço que possibilite às equipes de saúde a reflexão sobre o funcionamento dos serviços de planejamento reprodutivo, amplie o conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos, dentre eles o DIU de cobre e contribua na facilitação do acesso seguro da população a diferentes métodos contraceptivos. Além de possibilitar a construção de um caminho para que o planejamento reprodutivo contribua para a criação de projetos de vida e mudança social, sendo de fato uma forma de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Objetivos específicos:

- Fomentar a reorganização das práticas e serviços a cerca do cuidado a saúde da mulher atendidas no Planejamento Reprodutivo na APS.
- Qualificar os profissionais da APS sobre Planejamento Reprodutivo e direitos sexuais e reprodutivos.
- Capacitar profissionais médicos (as) na realização de aconselhamento e inserção do DIU de cobre na APS.

Avaliação

Parte1 - Módulo introdutório online

A avaliação dos profissionais que participarem somente do módulo introdutório online se dará a partir da composição das notas das atividades formativas propostas ao longo do módulo totalizando 10 pontos. Todas encontram-se descritas na página do Google Classroom para melhor compreensão.

A certificação do curso será ofertada ao profissional pela UNEB com carga horária de 20 horas após participação de 100% do curso e realização das atividades formativas propostas.

Parte 2 – Teórico - prática

A avaliação desta etapa se dará a partir da composição de 04 notas sendo as que se seguem:

Nota1	Realização das atividades formativas propostas nos momentos online e presencial	2pts
Nota 2	Atividade teórica ao final da oficina de Habilidades de Comunicação online	2pts
Nota 3	Atividade prática em manequins	4pts
Nota 4	Avaliação teórica final	2pts

Para que o cursista siga para a atividade prática ambulatorial é necessário que este obtenha nota maior ou igual a 75% na avaliação anterior.

A certificação do curso será ofertada pela UNEB e estará dividida em duas partes sendo a primeira delas fornecida ao fim das atividades teórico-práticas para todos os profissionais que obtiverem nota maior ou igual a 75% nesta avaliação e uma segunda certificação considerando o profissional apto para inserir o DIU de cobre na APS após este completar 100% das atividades ambulatoriais previstas.

No caso do cursista não atingir os 75% nas atividades teórico-práticas ele NÃO poderá seguir para as atividades de ambulatório supervisionado, mas poderá realizar novamente o curso em outra turma caso tenha interesse.

Orientações para o ambulatório supervisionado

O ambulatório supervisionado para prática de inserção e retirada do DIU de cobre ocorrerá em um turno por semana durante um período de 2 meses nas instalações do Serviço médico da UNEB na Av Silveira Martins Campos 1 e contará com a presença de monitores que auxiliarão cada profissional durante o procedimento. Os médicos estarão em duplas com um monitor por sala e cada médico colocará um DIU e assistirá o colega colocar um DIU por turno. Ao final de todo turno de ambulatório serão discutidas em grupo as dificuldades percebidas no dia com feedback individualizado dos monitores.

Devido a estrutura do Serviço Médico da UNEB os profissionais serão divididos em grupos de 04 por turno para um melhor aproveitamento e condução da experiência além de garantir a segurança no procedimento para as mulheres e profissionais. As mulheres com interesse em colocar o DIU com cobre poderão ser agendadas previamente pela recepção do Serviço Médico ou pelos profissionais do curso respeitando sempre a quantidade de 04 mulheres por turno de ambulatório.

Para ter acesso ao Serviço Médico da UNEB o profissional receberá crachá de identificação do curso e deverá levar um jaleco pessoal. Os demais materiais necessários para a realização do procedimento será disponibilizado no dia no próprio ambulatório.

Ao longo do estágio é necessário que o profissional realize o procedimento de inserção do DIU corretamente um mínimo de 05 vezes para ser considerado apto para realizar o procedimento fora do ambulatório supervisionado. Não recomendamos que o profissional realize o procedimento sem supervisão até receber a certificação do curso.

Esta previsto que após o fim do curso, durante um período de 3 meses o médico poderá contar com um monitor para orientá-lo na inserção do DIU em sua unidade de saúde. Será definido de acordo com a disponibilidade do monitor e do profissional um turno no mês para que essa supervisão aconteça.

BLOCO TEMÁTICO 1- Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS

Direitos sexuais e reprodutivos e o Planejamento reprodutivo no Brasil – história, conceitos e diretrizes

Em quase 50 anos de história do movimento feminista no Brasil e das inúmeras lutas para a conquista de direitos pelas mulheres, sem dúvida, os direitos sexuais e reprodutivos são um campo que marca uma trajetória de avanços, estagnação, e também retrocessos (1).

Abaixo segue um quadro compilado das produções oficiais que são marcos importantes nesse percurso de luta dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, assim como a definição de alguns conceitos chaves na compreensão dessa temática.

ANO	LEIS PROGRAMAS E POLÍTICAS
1983	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
1988	Constituição Federal – Marco legal de saúde como dever do estado e direito de todos os cidadãos
1990	ECA lei nº 8069 de 13 de julho de 1990 – Marco legal de saúde como direito de adolescentes
1996	Lei do Planejamento Familiar - Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996
1999	Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids: Princípios e Diretrizes
2002	Programa de Humanização do Parto Humanização no pré-natal e nascimento
2004	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
2005	Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos
2011	Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011- Marco Legal da instituição da Rede Cegonha
2013	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

TERMINOLOGIA	DEFINIÇÃO ²
Saúde reprodutiva	“estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que

não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio” (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2)

Direitos Sexuais e Reprodutivos

“se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (NACIONES UNIDAS, 1995).

“O conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e mais recente. Sua formulação inicial se dá nos anos 90, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia com os segmentos dos movimentos feministas. ”

2 Definições retiradas do Cadernos de atenção básica nº26 “Saúde Sexual e Reprodutiva” do Ministério da Saúde de 2013 disponível

em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

Ao longo das décadas, diversos marcos teóricos e legais podem ser apontados, desde a construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, passando pela incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos na Constituição de 1988, em conjunto com a construção do SUS e a posterior elaboração da Lei nº 9.263/1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar (3,4). No âmbito internacional, as diferentes disputas e discussões levaram à inclusão da sexualidade como parte dos direitos humanos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 e na Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim em 1995. Esta inclusão fortalece que os avanços em políticas de saúde nesta área continuem acontecendo ao redor do mundo e no Brasil (4).

A partir de 2002, atualizações passam a ocorrer dentro das políticas para as mulheres no Brasil. Em 2004, elabora-se a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (3), assim como a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Ela incorpora o enfoque de gênero como um determinante de saúde-doença, e permite visibilidade aos diferentes contextos socioeconômicos e culturais vivenciados para a implementação de ações e políticas públicas que contribuam para a garantia dos direitos humanos (5).

Mais recentemente com a ampliação da discussão do racismo estrutural e seus impactos na saúde, o conceito de Justiça Reprodutiva ganha visibilidade nas discussões dos direitos

sexuais e reprodutivos. Cunhado pelo movimento de mulheres afroamericanas no mesmo período da Conferência do Cairo em 1994, este conceito amplia a discussão da temática trazendo à tona um olhar para a justiça social e os direitos humanos. Apresenta como argumento a interligação do gênero, raça, classe social e orientação sexual para a efetivação ou não dos direitos sexuais e reprodutivos (6).

Essa reflexão é trazida também por Trindade e colaboradores, em 2019, quando apresentam resultados que demonstram que a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos se relaciona intimamente com os diferentes contextos socioeconômicos vividos no Brasil. A escolha do método contraceptivo no país é determinada pela escolaridade, a região do país e a cor da pele da mulher. Um exemplo deste cenário é o uso da dupla proteção (combinação de método contraceptivo moderno com preservativo) que simboliza hoje a melhor estratégia para prevenção de gestação e infecções sexualmente transmissíveis (IST), e é mais utilizado pelas mulheres da região Sul do país, da zona urbana, mulheres brancas e com maior nível de escolaridade. As mulheres nordestinas, de zona rural, negras e com menor escolaridade são as que menos os utilizam. Essas desigualdades se repetem quando olhamos para os métodos definitivos de contracepção, como a laqueadura, que apesar de estar em decréscimo no país, ainda estão mais presentes em mulheres da região Norte, da zona rural, negras e com menor escolaridade, revelando um menor acesso a informação, e a disponibilização de outras opções de métodos contraceptivos para essa população (7).

Associada a escolha dos métodos contraceptivos, a discussão da descriminalização do aborto no Brasil ainda é um entrave na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e contribuem para a vulnerabilização da vida das mulheres. O aborto inseguro ocupa o 5º lugar na lista de causas diretas de morte materna e se configura como um importante desafio para o país (8). Apesar das diferentes iniciativas e argumentações do movimento feminista assim como de organizações locais e mundiais de saúde, a discussão pela descriminalização do aborto é por vezes atrelada a um caráter religioso. Essa visão tem enfraquecido a ampla discussão no país e corroborado para sua manutenção como um lugar que criminaliza e pune mulheres que realizam esse procedimento. Na legislação vigente somente é permitido realização de aborto quando há risco de vida para a gestante e quando a gravidez é resultado de estupro (1).

Giugliane e colaboradores, em 2019 apontam que o SUS assim como a APS devem ser vistos como área de atuação estratégica para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos,

incluindo uma adequada assistência às situações de abortamento e suas complicações (8). Nessa mesma perspectiva, Trindade e colaboradores afirmam que a ampliação do acesso à contracepção está intimamente ligada a prevenção de gestações não planejadas e, conseqüentemente, a redução de morbimortalidade materna e abortos inseguros (7).

A Lei do Planejamento Familiar de 1996, ainda vigente, assim como as demais produções oficiais que abordam o tema dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil preveem a garantia de um acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade pelos indivíduos. Embora essa realidade não seja vivenciada no país de forma homogênea a APS por se pautar em princípios como universalidade, integralidade, primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, e enfoque comunitário pode ser uma ferramenta importante para a consolidação desses direitos (8).

Nasser, em 2014 já aponta como a APS, desde a conferência do Cairo em 1994, foi tida como lugar estratégico para a consolidação da saúde sexual e reprodutiva (SSR). Cita como alguns núcleos de ações inerentes a APS e que potencializam a SSR contribuem para esse lugar de atuação, trazendo também as suas atribuições ao longo da elaboração das políticas e manuais sobre esse tema no Brasil. A exemplo das ações de planejamento reprodutivo, assistência ao pré-natal e puerpério, promoção e prevenção de IST e HIV, abordagem sobre sexualidade humana e relações de gênero, abordagem ao público adolescentes, prevenção da mortalidade materna e da violência contra a mulher (9).

O Caderno da Atenção Básica nº 26 Saúde sexual e reprodutiva de 2013 ratifica diversas ações da APS, porém também aponta entraves para a efetivação da abordagem da SSR nos serviços. Desde a dificuldade dos profissionais em abordar a sexualidade dos pacientes para além da reprodução, assim como a não preparação dos profissionais para implementar ações inerentes ao planejamento reprodutivo. Reconhece ainda a necessidade de investimento em infraestrutura dos serviços de saúde e fortalecimento de processos de educação permanente que abordem as temáticas da SSR, visto que esses podem contribuir para modificar cenários e planos de vida da comunidade assistida (2).

Referências

1. Vianna ARB, Carrara S, Lacerda P. Sexual politics and sexual rights in Brazil: An overview. *Glob Public Health*. 2008;3(SUPPL. 2):5–21.

2. Brasil M da S. Caderno de Atenção Básica nº 26 “Saúde sexual e reprodutiva” [Internet]. 2013. p. 300. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
3. Negrão T. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: Uma história sem fim. *Saude e Soc.* 2012;21(SUPPL. 1):164–76.
4. Silva CC, Tamira EA, Costa AM, Abrão FM, Oliveira RC. “Watching” the sexuality: a reflection about the construction of sexual and reproductive rights. *Rev Enferm UFPE line.* 2010;4(3):1294.
5. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/> [Internet]. [cited 2020 Dec 13]. p. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblio.> Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>
6. <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01/25/justica-reprodutiva-ou-direitos-reprodutivos-o-que-as-mulheres-negras-querem/>. p. <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01.>
7. Trindade, R.E, Siqueira, B.B, de Paula, T.F, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres Brasileiras. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019; Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372?id=17372&id=17372&id=17372>
8. Giugliani C, Ruschel AE, Maia MN, Silva MCB da, Oliveira DOPS de. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde TT - The right to abortion in Brazil and the role of Primary Health Care TT - El derecho al aborto en Brasil y el rol de la Atención Primaria de Salud. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2019;14(41):e1791–e1791. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791/960%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5mfvk>
9. Nasser MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. 2015;257.

Métodos Contraceptivos disponíveis – eficácia e critérios de elegibilidade



Este módulo é informativo e busca atualizar os participantes do curso sobre a eficácia, as indicações e disponibilidade de cada método contraceptivo, para auxiliar a mulher na escolha do seu melhor método.

Atualmente temos alguns métodos contraceptivos ofertados pelo Sistema Único de Saúde e que podem ser acessíveis para a população, nas Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e serviços de referência, descritos no Quadro 1.

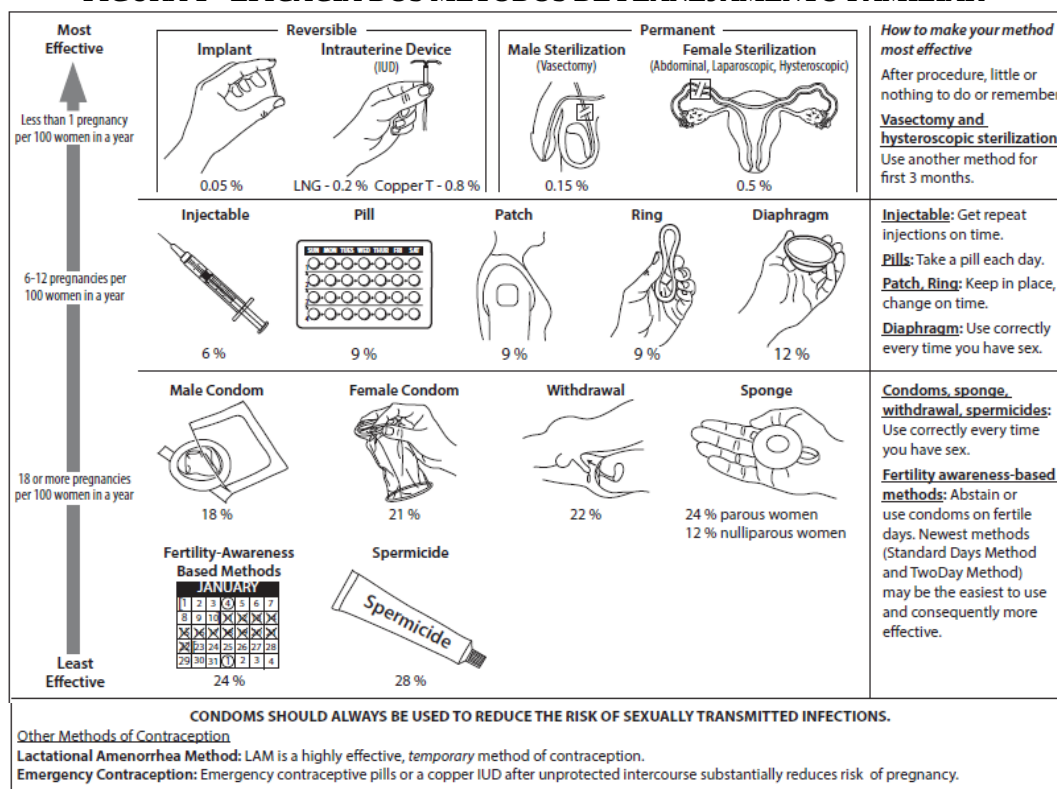
QUADRO 1 - MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERTADOS PELO SUS

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)	Masculino (vasectomia)	
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Fonte: OMS (2010).

Fonte: Brasil (2016, p 164)

FIGURA 1 - EFICÁCIA DOS MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR*



Fonte: CDC (2016, p 06)

*As porcentagens indicam o número em cada 100 mulheres que tiveram uma gravidez indesejada no primeiro ano de uso típico de cada método anticoncepcional.

TABELA 1 – PORCENTAGEM DE GRAVIDEZ INDESEJADA APÓS UM ANO DE USOTÍPICO E PERFEITO DO CONTRACEPTIVO

Método	Risco de gestação em 100 mulheres/ano (uso típico)	Risco de gestação em 100 mulheres/ano (uso perfeito)
Nada	85	85
Preservativo	18-21	2-5
Pílula/Anel/Adesivo	9	0,3 (3 em 1.000)
Injetáveis	6	0,2 (2 em 1.000)
DIU de cobre	0,8 (8 em 1.000)	0,6 (6 em 1.000)
Laqueadura	0,5 (5 em 1.000)	0,5 (5 em 1.000)
Vasectomia	0,15 (1,5 em 1.000)	0,1 (1 em 1.000)
SIU-LNG	0,2 (2 em 1.000)	0,2 (2 em 1.000)
Implante liberador de etonogestrel	0,05 (5 em 10.000)	0,05 (5 em 10.000)

Fonte: Traduzido de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011;83(5):397-404.⁽⁹⁾

Fonte: FEBRASGO, 2018

QUADRO 2 - EFICÁCIA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

(Taxa de gravidez não desejada a cada 100 mulheres)

Family planning method	First-Year Pregnancy Rate ^a (Trussell & Aiken ^b)		12-Month Pregnancy Rate ^c (Polis et al. ^d)	Key
	Consistent and correct use	As commonly used	As commonly used	
Implants	0.1	0.1	0.6	0–0.9
Vasectomy	0.1	0.15		Very effective
Female sterilization	0.5	0.5		
Levonorgestrel IUD	0.5	0.7		1–9
Copper-bearing IUD	0.6	0.8	1.4	Effective
LAM (for 6 months)	0.9 ^e	2 ^e		
Monthly injectable	0.05 ^e	3 ^e		10–19
Progestin-only injectable	0.2	4	1.7	Moderately effective
Combined oral contraceptives	0.3	7	5.5	
Progestin-only pills	0.3	7		
Combined patch	0.3	7		20+
Combined vaginal ring	0.3	7		Less effective
Male condoms	2	13	5.4	
Standard Days Method	5	12		
TwoDay Method	4	14		
Ovulation method	3	23		
Other fertility awareness methods		15		
Diaphragms with spermicide	16	17		
Withdrawal	4	20	13.4	
Female condoms	5	21		
Spermicide	16	21		
Cervical cap ^f	26 ^g , 9 ^h	32 ^g , 16 ^h		
No method	85	85		

FONTE: WHO (2018, p 383)

a Taxas principalmente dos Estados Unidos. Dados da melhor fonte disponível conforme determinado pelos autores.

b Trussell J e Aiken ARA, Eficácia contraceptiva. Em: Hatcher RA et al. Tecnologia contraceptiva, 21ª edição revisada. Nova York, Ardent Media, 2018.

c Taxas de países em desenvolvimento. Dados de autorrelatos em pesquisas de base populacional.

d Polis CB et al. Taxas de falha de anticoncepcionais no mundo em desenvolvimento: uma análise de dados demográficos e de saúde

Dados da pesquisa em 43 países. Nova York: Guttmacher Institute, 2016.

e Fonte: Hatcher R et al. Tecnologia contraceptiva. 20ª ed. Nova York, Ardent Media, 2011.

f Fonte: Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contracepção. 2004; 70 (2): 89–96.

g Taxa de gravidez para mulheres que deram à luz

h Taxa de gravidez para mulheres que nunca deram à luz

QUADRO 3 - CATEGORIAS DA OMS PARA OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável).	

Fonte: OMS (2009).

Lembrete: É possível encontrar a lista estendida dos critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos por condição clínica no material *Planejamento familiar: um manual global para profissionais de saúde da OMS, 2018*.

QUADRO 4 - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS DE CONTRACEPTIVOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICONCEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade ≥ 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se ≤ 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; ≤ 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1

HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	¾	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Fonte: OMS (2010).

FONTE: Brasil (2016, p 61-62)

Legenda:

A – O DIU de cobre é **categoria 2** para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados **acidentalmente** durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados **acidentalmente** durante a gravidez, **MAS** ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – O DIU de cobre é **categoria 1** se: **a)** For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); **b)** For introduzido após quatro semanas do parto.

E – O DIU de cobre é **categoria 3** se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

F – **Categoria 4** para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou gonorreia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é **categoria 2**, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras IST que não as listadas na letra.

Notas:

* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona.

Não entra nessa lista o ácidovalproico.

Para aprofundar o conhecimento:

1. Robin G, Plouvier P, Delesalle AS, Rolland AL. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. RPC Contraception CNGOF [Effectiveness and use of hormonal contraceptives (except for intrauterine devices): CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Dec; 46(12):845-857. French. doi: 10.1016/j.gofs.2018.10.003. Epub 2018 Nov 6. PMID: 30413374.
2. Machado RB, Monteiro IMU, Magalhães J, Guazzelli CAF, Brito MB, Finotti MF, Lubianca JN, Sakamoto LC, Franceschini SA. Long-Action Reversible Contraception. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017 Jun; 39(6):294-308. doi: 10.1055/s-0037-1603647. Epub 2017 Jul 3

LARCs e APS - Porque é importante colocar DIU de cobre na APS?

O que são LARCS e seus impactos: barreiras de acesso e potencialidades para o cuidado

Os anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARC) são por definição aqueles que tem ação por três anos ou mais, incluindo os dispositivos intrauterinos, como o DIU de cobre e o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIL), e o implante subdérmico contraceptivo. Estes métodos possuem uma taxa de eficácia superiores aos métodos de curta duração, proporcionando taxa de gestação inferior a 1% ao ano, em uso típico (1). No Brasil, o número de mulheres que fazem uso dos LARC é pequeno, a despeito da sua maior eficácia frente aos outros métodos contraceptivos e dos impactos sociais decorrentes da sua utilização. Trindade e colaboradores apresentam uma prevalência de 1,1% de mulheres utilizando o DIU. Essa porcentagem é ainda menor quando avaliadas as mulheres entre 18 e 24 anos, reduzindo para 0,3%. Os autores revelam que quanto maior a escolaridade da mulher, maior o uso do método, assim como o fato da mulher ter plano de saúde privado (2).

Apesar de um uso aquém do esperado pelo mundo, os LARC são uma boa opção de contracepção para o período pós-parto, evidenciando uma redução de mais de 80% nas gravidezes de repetição rápida, principalmente entre as adolescentes (3). Machado, em 2018, destaca que o DIU pode ser ofertado para mulheres ainda nulíparas. Esta indicação vem apresentando benefícios que superam os riscos, o que pode significar uma ampliação no alcance dos programas de PR, visto que as adolescentes ainda são uma lacuna de acesso nesse atendimento (1).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna e neonatal-infantil, e a riscos sociais, como baixa escolaridade, desemprego e invalidez, além de impactar negativamente nas oportunidades educacionais e no mercado de trabalho dessas mulheres (3).

O baixo nível de conhecimento das mulheres e dos casais sobre os métodos LARCs e a existência de mitos e tabus se constituem como barreiras importantes para o seu uso, afirma Gonzaga (4). Vieira aponta que, no Brasil, a oferta de informações sem embasamento científico por parte dos profissionais de saúde, além da falta de treinamento sobre estes métodos na maioria dos programas de residência de ginecologia e obstetrícia

são uma realidade (3). Buckel e colaboradores trazem também que barreiras como o custo dos métodos, desinformação do profissional de saúde e a necessidade de múltiplas visitas da mulher ao serviço para iniciar o LARC podem limitar o seu acesso. E que o fornecimento de aconselhamento estruturado associado à disponibilização do método contraceptivo de forma gratuita aumenta a chance de a mulher optar por um LARC (5). Berlofi e colaboradores corroboram esta ideia quando afirmam que fornecer informações e possibilidade de escolha quanto ao método contraceptivo implica em uma melhor utilização do mesmo e uma vida sexual mais segura e satisfatória (6).

Um maior tempo de consultas, acompanhamento longitudinal, efetiva relação médico paciente e uma abordagem profissional que gere reflexão na paciente interfere na sua decisão por um LARC. Nessa perspectiva o fornecimento do aconselhamento e do método durante a consulta em que ele é solicitado constitui o padrão ouro de atendimento (Same Day LARC). Reduz a chance de perda do paciente e aumenta sua satisfação (7). Frente a isso Buckel e colaboradores trazem a necessidade dos serviços de saúde readequar o seu fluxo de atendimento para garantir que o método seja introduzido na mulher no mesmo dia da sua consulta. Enfatizam que para garantir a autonomia das mulheres nas suas escolhas reprodutivas se faz necessário reduzir as barreiras estruturais que as impedem de acessar o método contraceptivo desejado em tempo hábil (5). Trindade e colaboradores corroboram esse pensamento e afirmam a necessidade de o país ampliar o alcance dos métodos LARC no SUS, através de mais informações sobre seu funcionamento e capacitação dos profissionais de saúde (2).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) de 2004 prevê dentro dos objetivos da assistência em planejamento familiar a ampliação do acesso às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais e a garantia da oferta desses métodos para a população em idade reprodutiva (8).

No Brasil, através do SUS o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza os métodos contraceptivos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para os municípios e o Distrito Federal. O DIU de cobre modelo T 380 mm² é o LARC amplamente disponível nessa relação (9).

Em dezembro de 2017, com o objetivo de ampliação do acesso ao DIU de cobre no SUS o MS coloca em vigor a Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. Orienta o uso do DIU de cobre também pelas maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas assegurando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e ressalta o acompanhamento pelas equipes da APS para o esclarecimento de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações,

ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias após a inserção do método (10).

Nessa perspectiva, a organização dos serviços da APS e a qualificação dos profissionais sobre indicações e contraindicações ao método, sua técnica de inserção e retirada, principais efeitos adversos e complicações precoces e tardias mais comuns é fundamental para a efetivação das ações de consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Referências:

1. Lima NDF, Cordeiro RDLM. Aborto, Racismo e Violência: Reflexões a partir do Feminismo Negro. *Rev Em Pauta*. 2020;18(46):101–17.
2. <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01/25/justica-reprodutiva-ou-direitos-reprodutivos-o-que-as-mulheres-negras-querem/>. p. <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01>.
3. Giugliani C, Ruschel AE, Maia MN, Silva MCB da, Oliveira DOPS de. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde TT - The right to abortion in Brazil and the role of Primary Health Care TT - El derecho al aborto en Brasil y el rol de la Atención Primaria de Salud. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2019;14(41):e1791–e1791. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791/960%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5mfvk>
4. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA dos, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde TT - Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services TT - Bar. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51:e03270–e03270. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465
5. Buckel C, Maddipati R, Goodman M, Peipert JF, Madden T. Effect of staff training and cost support on provision of long-acting reversible contraception in community health centers. *Contraception*. 2019 Apr;99(4):222–7.
6. Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF de. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):196–200.

7. Janiak E, Clark J, Bartz D, Langer A, Gottlieb B. Barriers and Pathways to Providing Long-Acting Reversible Contraceptives in Massachusetts Community Health Centers: A Qualitative Exploration. *Perspect Sex Reprod Health*. 2018;50(3):111–8.
8. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/> [Internet]. [cited 2020 Dec 13]. p. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblio.> Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 217 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017**. Brasília, 2017.



BLOCO TEMÁTICO 2 – Aconselhamento

Características do DIU com cobre e mecanismo de ação

O dispositivo intrauterino (DIU) com cobre é uma pequena estrutura de plástico polietileno flexível com a forma da letra T com um fio de cobre de 314 mm² na haste vertical e dois anéis de 33 mm² de cobre em cada haste horizontal.

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **Proteção de longo prazo contra gravidez.** Demonstrou ser muito eficaz por 12 anos, sendo imediatamente reversível.
- **É colocado no útero por um profissional especificamente treinado para tal.**
- **Pouca ação requerida da cliente uma vez que o DIU tenha sido colocado.**
- **Mudanças na menstruação são comuns.** Tipicamente, ocorre sangramento mais longo e intenso e mais cólicas ou dor durante a menstruação, especialmente nos primeiros 3 a 6 meses.



A) DIU de Cobre T380A

Fonte: WHO (2007, p 131)

Como o DIU de cobre não possui hormônios em sua composição seu efeito contraceptivo se dá através da ação do cobre sobre o endométrio. Seus íons liberados promovem mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, levando a uma ação inflamatória e citotóxica com efeito espermicida. Ele não impede a ovulação, mas atua também provocando danos aos óocitos femininos.

Não possuir hormônios na sua composição favorece a um retorno rápido da fertilidade logo após a sua retirada.

Saiba mais: O cobre é responsável pelo aumento da produção de prostaglandinas hormônio importante para o início das contrações do trabalho de parto. Esta característica pode justificar o aumento do sangramento e das cólicas em algumas mulheres após a os primeiros 3 a 6 meses da inserção do dispositivo.

Importante! O DIU de cobre não oferece nenhuma proteção contra a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Por isso apesar da sua alta eficácia contra gestação a utilização da prevenção combinada para a prevenção às ISTs se faz necessária.



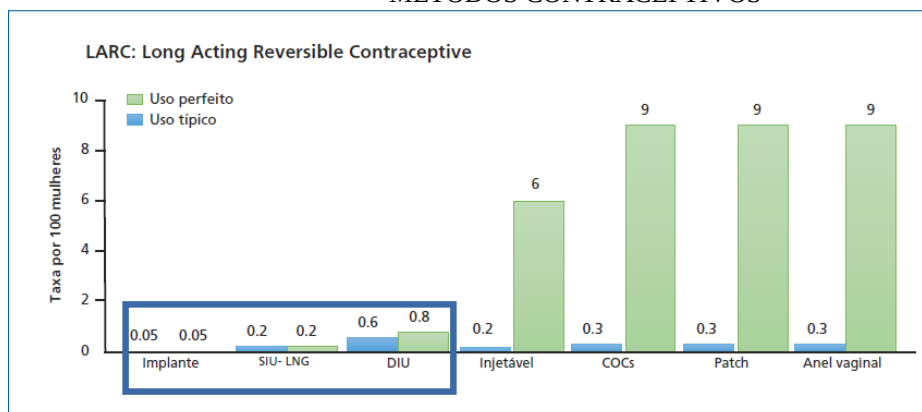
Fonte: <https://www.sesc.com.br/portal/site/comvc/suasaude/content/mandalvadaprevencao>

Para aprofundar o conhecimento:

Hynes JS, Sales JM, Sheth AN, Lathrop E, Haddad LB. Interesse em tecnologias de prevenção multifuncionais para prevenir HIV / DSTs e gravidez indesejada entre mulheres jovens nos Estados Unidos. *Contraception*. 2018; 97 (3): 277-284. doi: 10.1016 / j.contraception.2017.10.006

Efetividade do DIU com cobre

FIGURA 2 – TAXAS DE EFICÁCIA NA VIDA REAL (USO TÍPICO) E USO PERFEITO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS



Fonte: Machado (2017, p 03)

Nenhum método contraceptivo é infalível! No entanto o DIU de cobre assim como a esterilização feminina e masculina apresentam taxa de gravidez menor do que 1 a cada 100 mulheres no primeiro ano de uso do método sendo nos anos seguintes essa taxa ainda menor.



Saiba mais: Em caso de gestação durante utilização do DIU de cobre nem sempre a sua retirada é necessária. Leia mais sobre no **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCU 380A. Ministério da Saúde de 2018** **pág 11.**

Estudos constataram que o TCU-380A é eficaz por 12 anos. Entretanto, o TCU-380^a indica, em seu rótulo, validade por até 10 anos de uso. Durante a pandemia da COVID-19 devido as restrições iniciais para as consultas presenciais de planejamento reprodutivo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi para que as mulheres que estivessem no período de troca do DIU de cobre, DIU de levonorgestrel ou implante hormonal que optassem por um outro método anticoncepcional complementar para evitar a gravidez neste momento. Enfatizou também que não há problemas médicos causados pelo atraso na remoção dos métodos anticoncepcionais reversíveis de longa ação, como implantes e DIUs.

Para aprofundar o conhecimento:

Adeyemi-Fowode OA, Bercaw-Pratt JL. Intrauterine Devices: Effective Contraception with Noncontraceptive Benefits for Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2019 Sep;32(5S): S2-S6. doi: 10.1016/j.jpag.2019.07.001. PMID: 31585615.

Indicação e contraindicação do uso do DIU com cobre

Uma das grandes vantagens do DIU com cobre é que por não possuir hormônios ele possui poucas contraindicações! De uma maneira geral mulheres que desejam contracepção reversível, de alta eficácia, longa duração e livre de hormônios estão aptas a utilizar esse método.

Ao mesmo tempo, uma das grandes barreiras identificadas pela literatura que dificultam o aumento do uso do DIU de cobre entre as mulheres em idade fértil é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os seus critérios corretos de indicação e contraindicação. Vejamos:

Responda rapidamente como verdadeiro ou falso as seguintes afirmações.

- A) Mulheres jovens e adolescentes podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- B) Nuligestas, ou seja, mulheres que nunca engravidaram, podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- C) Mulheres solteiras podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- D) Mulheres que estão amamentando podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- E) Mulheres que realizam trabalhos físicos pesados podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- F) Mulheres com passado de gravidez ectópica podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- G) Mulheres com ectopia cervical podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- H) Mulheres com anemia podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- I) Mulheres com história de cesariana prévia podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- J) Mulheres cistos ovarianos podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- K) Mulheres na perimenopausa, inicialmente o DIU é uma boa opção contraceptiva. () V () F
- L) O DIU de cobre pode ser utilizado como método contraceptivo no pós-parto imediato ou no pós aborto. () V () F
- M) O DIU de cobre é uma opção eficaz de contracepção de emergência. () V () F

Todas as afirmações acima são verdadeiras! E a não oferta do DIU de cobre para essas mulheres reduz o seu acesso a um método eficaz de contracepção.

Saiba mais: Mulheres que utilizam o DIU com cobre e possuem menos de 50 anos, recomenda-se retirá-lo dois anos após a última menstruação (menopausa). Nas mulheres com mais de 50 anos, aguarda-se um ano de amenorreia para a sua retirada. Não há evidência de problemas para a mulher caso ela permaneça com o DIU inserido após a menopausa.

Apesar de poucas as CONTRAINDICAÇÕES ao método existem! Dentre elas temos:

- Anormalidades uterinas como útero bicornu, septado ou intensa estenose cervical impedem o uso do DIU.
- Miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial pela dificuldade na inserção do DIU e maior risco de expulsão. **Importante. A simples presença de miomatose uterina NÃO É CONTRAINDICAÇÃO ao método.**
- Mulheres em vigência de IST, tais como clamídia, gonorreia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4. **Importante. Mulheres com sorologia positiva para sífilis (já tratadas) e HIV assintomáticas, NÃO POSSUEM CONTRAINDICAÇÃO para o uso do DIU.**
- Mulheres com presença de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta e tuberculose pélvica. **Importante. Mulheres com história de doença inflamatória pélvica (DIP) há três meses adequadamente tratada NÃO POSSUEM CONTRAINDICAÇÃO ao uso do DIU.**

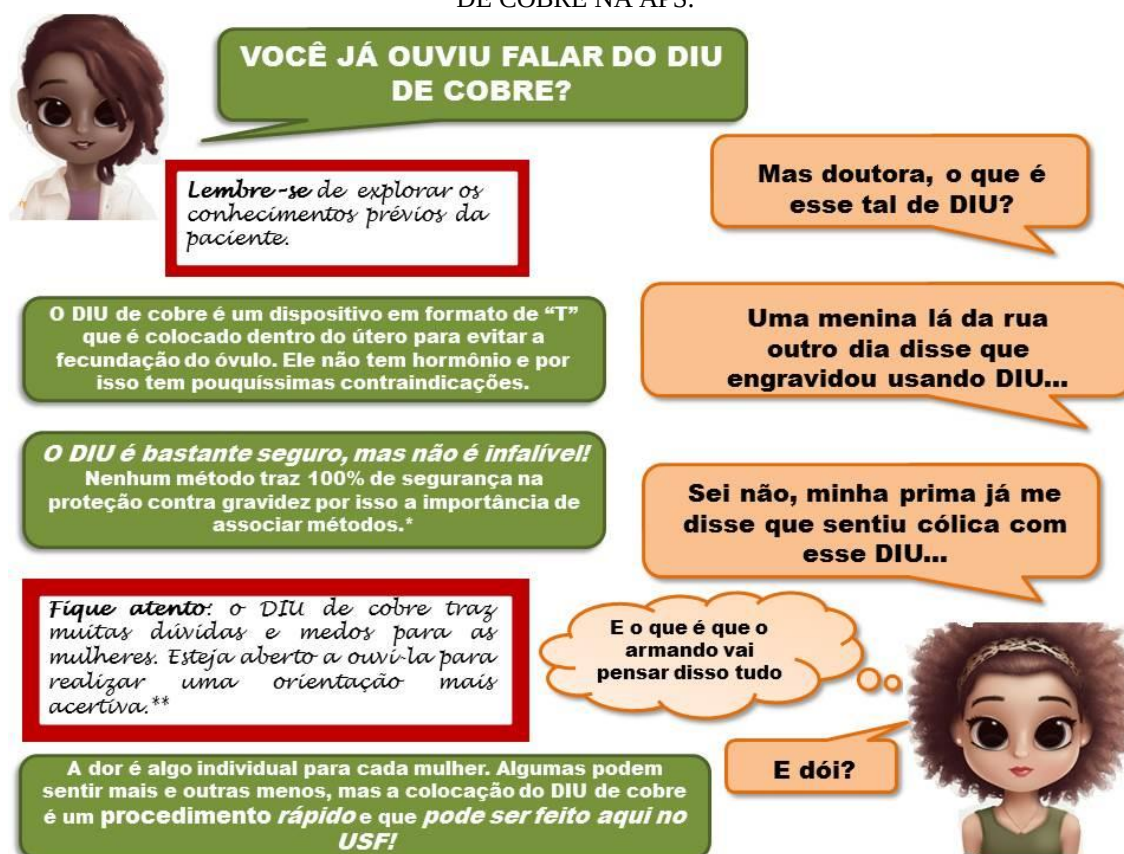
Lembrete: A DIP é uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação. Quando uma mulher sexualmente ativa se apresenta com dor abdominal baixa e/ou dor pélvica, deve-se investigar DIP no diagnóstico diferencial, independentemente da história de atividade sexual recente. Para maiores informações acesse o ***Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), 2020 do Ministério da Saúde.***

- Mulheres com presença de febre durante o trabalho de parto ou ruptura de membranas há mais de 24 horas.
- Mulheres com hipotonia ou atonia pós-dequitação ou retenção placentária.
- Mulheres com abortamento infectado.
- Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação.
- Mulheres com câncer de colo uterino.

A existência de mitos a cerca do DIU de cobre é uma realidade não só entre os profissionais de saúde, mas também presente em muitas mulheres. Informações baseadas em evidência e um diálogo aberto a escuta das dúvidas e crenças da mulher ampliam a chance de uma maior escolha e adesão ao método.



FIGURA 3 – INFORMATIVO PARA O ACONSELHAMENTO DO PROFISSIONAL SOBRE O DIU DE COBRE NA APS.



VOCÊ JÁ OUVIU FALAR DO DIU DE COBRE?

Lembre-se de explorar os conhecimentos prévios da paciente.

O DIU de cobre é um dispositivo em formato de “T” que é colocado dentro do útero para evitar a fecundação do óvulo. Ele não tem hormônio e por isso tem pouquíssimas contraindicações.

O DIU é bastante seguro, mas não é infalível!
Nenhum método traz 100% de segurança na proteção contra gravidez por isso a importância de associar métodos.*

*Fique atento: o DIU de cobre traz muitas dúvidas e medos para as mulheres. Esteja aberto a ouvi-la para realizar uma orientação mais assertiva.***

A dor é algo individual para cada mulher. Algumas podem sentir mais e outras menos, mas a colocação do DIU de cobre é um procedimento *rápido* e que *pode ser feito aqui no USF!*

Mas doutora, o que é esse tal de DIU?

Uma menina lá da rua outro dia disse que engravidou usando DIU...

Sei não, minha prima já me disse que sentiu cólica com esse DIU...

E o que é que o armando vai pensar disso tudo

E dói?

FONTE: Autor (2020)

Sugestão para a prática: O *Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, 2018* traz em seu conteúdo orientações de como o profissional pode esclarecer mitos sobre o DIU de cobre com as mulheres.

Sugestão para a prática: O *Planejamento familiar: um manual global para profissionais de saúde da OMS, 2018* sugere um questionário de 07 perguntas para ser feito com a mulher na consulta para verificar se ela está apta a colocar um DIU, seja de cobre ou com hormônio.

Efeitos adversos do DIU com cobre

Os efeitos adversos mais relatados entre as usuárias são as mudanças nos padrões de sangramento (especialmente nos primeiros 3 a 6 meses), incluindo:

- Menstruação prolongada e intensa;
- Sangramento irregular;
- Mais cólicas e dores durante o ciclo.

Orientar as mulheres sobre esses efeitos antes da inserção do DIU é de fundamental importância. Informe que as mudanças na menstruação não são sinais de doença e que geralmente perdem intensidade após os primeiros meses da inserção. Se coloque a disposição para acolher a paciente garantindo retorno caso algum problema a incomode.

Para aprofundar o conhecimento:

Jatlaoui TC, Riley HEM, Curtis KM. A segurança dos dispositivos intrauterinos entre mulheres jovens: uma revisão sistemática. *Contracepção*. 2017; 95 (1): 17-39. doi: 10.1016 /



Quando inserir o DIU com cobre

Em qualquer dia do ciclo menstrual! Muitos profissionais acreditam que somente durante a menstruação é possível a inserção ou retirada do DIU, mas isso não é uma condição necessária e pode ser uma barreira organizacional do serviço para que o procedimento seja realizado.

Atualmente a inserção do DIU no mesmo dia da consulta em que ele é ofertado é o padrão ouro para ampliação da escolha e aceitação das mulheres pelo método.

Lembrete: No caso de inserção do DIU fora do período menstrual, é recomendada, dependendo da situação, a realização do teste rápido de gravidez.

Recomenda-se exame ginecológico completo (especular e toque bimanual) antes da inserção do DIU com cobre.

Lembrete:

As mulheres podem começar a utilizar o DIU de cobre:

- Sem testes preventivos para câncer cervical;
- Sem exame das mamas;
- Sem uma verificação de pressão arterial;

O manual para profissionais de Saúde da OMS de 2018 sugere que quando disponível, um exame de hemoglobina e testes para IST, incluindo o HIV pode contribuir para um uso seguro e eficaz do método. No entanto, esses exames complementares não são condição necessária para a realização do procedimento.

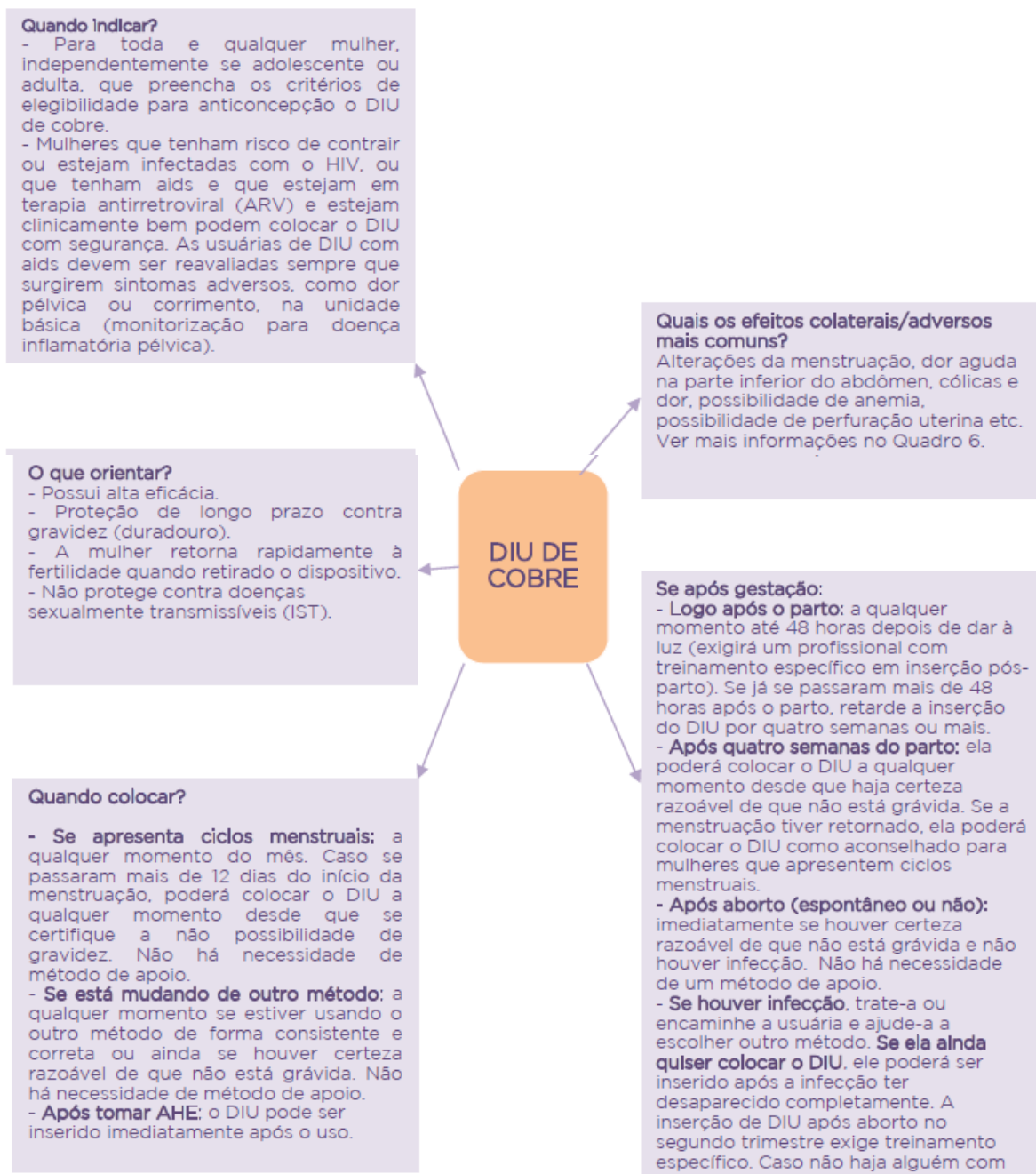
Uma revisão do Uptodate em 2020 também reafirma que para a inserção do DIU de cobre **SOMENTE UM EXAME ESPECULAR E TOQUE BIMANUAL SÃO NECESSÁRIOS.**



RESUMINDO...

Segue abaixo uma sugestão de fluxograma para a orientação de uso do DIU de cobre presente no **Protocolo da atenção básica para a Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde de 2016**.

FIGURA: FLUXOGRAMA DIU DE COBRE



Fonte: Brasil (2016, p 160)

BLOCO TEMÁTICO 3 - Procedimento

Técnica de inserção do DIU no ambulatório e materiais necessários

Materiais necessários:

- Histerômetro
- Pinça de Pozzi
- Pinça Cheron (para antissepsia)
- Espéculo (pode ser descartável)
- Tesoura
- Pacote de gaze
- Luva de procedimento
- Luva estéril
- Foco de luz

Os instrumentos devem estar sob esterilização cirúrgica



Uma mulher que tenha optado pelo DIU precisa saber o que acontecerá durante a inserção. Converse com a paciente antes e durante e após o procedimento. Explique os passos da inserção. Mostre a ela o espéculo, o DIU e o aplicador, dentro da embalagem. Alerta sobre a possibilidade de desconforto ou cólicas durante o procedimento e solicite que ela o informe caso ocorra.

Apesar de não ter evidências científicas sólidas pode-se administrar Ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico 30 minutos antes da inserção para ajudar a reduzir as cólicas e a dor. Não dê aspirina, pois ela retarda a coagulação do sangue.

Algumas etapas do procedimento podem ser mais desconfortáveis do que outras por isso alerte-a antes de executar um passo que possa causar dor ou possa sobressaltá-la.

Pergunte, de tempos em tempos, se ela está sentindo dor.

Após o procedimento oriente que pode ocorrer ainda cólicas e dor por alguns dias. Sugira Ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico conforme a necessidade. Também é possível sangramento ou manchas logo após a inserção e que isto pode continuar por 3 a 6 meses.

Informe a paciente que ela pode verificar os fios do DIU se ela quiser, especialmente nos primeiros meses e após a menstruação, para confirmar que seu DIU ainda está no lugar.

Lembrete! O planejamento reprodutivo não é uma consulta só da mulher. Incentive a participação da parceria e oriente como ele/ela pode ajudar: Apoie a escolha do DIU. Mostre compreensão e apoio se ela tiver efeitos colaterais. Use preservativos de forma consistente além do DIU se ele tiver uma IST/HIV ou pensa que pode estar em risco. Ajude a lembrar quando o DIU deve ser removido.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. **Realize exame pélvico bimanual.** Um útero retrovertido exige a retificação com tração da pinça Pozzi durante a inserção do DIU.
2. **Introduza o espéculo**
3. **Realize pinçamento do lábio anterior do colo com pinça de Pozzi, delicadamente.**
4. **Faça a histerometria de forma lenta e delicada para determinar a profundidade e a angulação uterina.**
5. **Prepare o DIU.** Solicitar ao auxiliar (caso haja) a abertura da embalagem do DIU de acordo com orientações do fabricante. Introduza as hastes no condutor-guia de inserção.
6. **Adote uma técnica cuidadosa, lenta e de manipulação suave.** Isso reduz desconforto na mulher e a chance de perfuração uterina, laceração do colo ou outras complicações. Durante a inserção, mantenha as hastes do DIU na posição horizontal, com os ramos horizontais no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero.
7. **Aloje o DIU no fundo do útero.**

A maior parte dos fabricantes do DIU orienta utilizar técnica retrátil para sua colocação. Neste sistema, o tubo de inserção, carregado com o DIU, é inserido até o fundo, conforme medida indicada pelo histerômetro e, em seguida, o tubo de inserção é retirado parcialmente, enquanto o êmbolo interno é mantido fixo. Isto libera as hastes do DIU e o coloca em posição.
8. **Aguarde alguns segundos e, em seguida, retire primeiramente o êmbolo e depois o tubo-guia.**
9. **Corte os fios deixando-os com cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino.**
10. **Mantenha a mulher deitada por cerca de quinze minutos após o procedimento para reduzir o desconforto.**

Lembrete: Menos de 5% das mulheres sentem níveis moderados ou agudos de dor. As reações vasovagais, tais como suor, vômito ou desmaios breves ocorrem em, no máximo, 0,5 a 1% das mulheres e geralmente são de duração curta. A simples permanência em decúbito dorsal e observação clínica são suficientes na maioria dos casos.

Mulheres que nunca deram à luz, as que tiveram apenas parto por cesárea ou aquelas cujo último parto tenha ocorrido há bastante tempo, têm maior probabilidade de apresentar estes sintomas.



Atenção! Em caso de necessidade de remoção da paciente para um nível de assistência hospitalar ou pré-hospitalar o profissional de saúde deve conhecer a rede de assistência do seu território direcionando a paciente para a unidade mais próxima. O SAMU 192 também é uma ferramenta de cuidado do SUS que pode servir de suporte para esse momento.

Para aprofundar o conhecimento:

Prine L, Shah M. Long-Acting Reversible Contraception: Difficult Insertions and Removals. Am Fam Physician. 2018 Sep 1; 98(5):304-309. PMID: 30216029.

FIGURA 5 – ILUSTRAÇÃO DA TÉCNICA DE INSERÇÃO DO DIU DE COBRE

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente

INSERÇÃO DO DIU DE COBRE: QUANDO E COMO FAZER?



1. Técnica de inserção de DIU – ambulatorial



Técnica de inserção do DIU de cobre ambulatorial – Brasil, 2018 – p.34

- Introduzir o aplicador com o DIU no útero até sentir que atingiu o fundo uterino. **(Figura A)**
- Segurar o êmbolo do aplicador e retraindo o tubo de inserção, liberando os braços do T. Após a liberação dos braços, o tubo de inserção deve ser movido suavemente para cima até que seja sentida a resistência do fundo do útero. **(Figura B)**
- Retirar o êmbolo segurando o tubo de inserção fixo e depois retirar cuidadosamente o tubo de inserção (aplicador). **(Figura C)**
- Cortar os fios que ficaram na vagina 2 a 3 cm do orifício externo da cérvix.

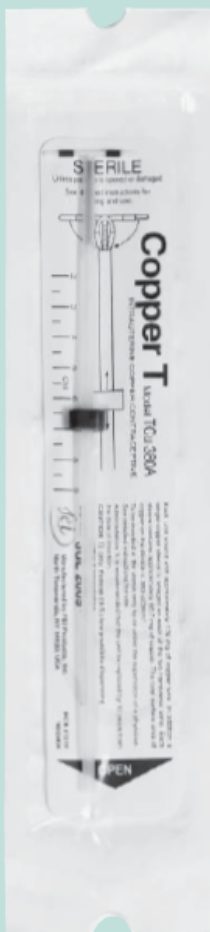
portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Fonte: <https://pt.slideshare.net/portaldeboaspraticas/insero-do-diu-de-cobre-quando-e-como-fazer>

Prevenção de infecções na inserção do DIU

A correta técnica de inserção poderá ajudar a prevenir muitos problemas, tais como infecção, expulsão e perfuração.

- Follow Siga os procedimentos adequados para prevenção de infecções.
- Utilize instrumentos estéreis ou de alto nível de desinfecção. Obtenha desinfecção de alto nível através da fervura, vapor ou deixando-os de molho em produtos desinfetantes.
- Utilize um DIU novo, pré-esterilizado cuja embalagem inclua o seu aplicador.
- A técnica de inserção “sem toque” é a melhor. Isto inclui não permitir que o DIU ou sonda uterina toquem quaisquer superfícies não-estéreis (por exemplo, as mãos, espéculo, vagina, topo da mesa). A técnica sem toque abrange:
 - Carregar o DIU no aplicador enquanto o DIU ainda está na embalagem estéril, a fim de evitar que se toque diretamente o DIU
 - Limpar o cérvix completamente com antisséptico antes da inserção do DIU
 - Tomar cuidado para não tocar a parede vaginal ou lâminas do espéculo como a sonda uterina ou o aplicador do IUD carregado
 - Passar a sonda uterina e o aplicador de DIU carregado somente uma vez, cada um, pelo canal cervical



Fique atento! Após o término do procedimento registre no prontuário o comprimento dos fios do DIU em relação ao colo uterino. Este será um parâmetro importante para avaliar a correta localização do DIU na cavidade uterina, na consulta de seguimento (após o próximo ciclo menstrual ou de 30 a 40 dias após a inserção).

Caso o fio não seja localizado ou se apresente maior do que o deixado no momento da inserção, considere a possibilidade de mal posicionamento ou expulsão parcial do DIU.

Fonte: OMS (2007, p 142)



Acompanhamento pós-inserção do DIU com cobre – orientações e possíveis desdobramentos

Regularmente toda usuária deve retornar para uma consulta de revisão entre 30 a 45 dias da inserção do dispositivo intrauterino para realização de exame clínico-ginecológico e avaliação do padrão de sangramento e da satisfação da mulher e parceiro (a) com o método. As demais consultas de saúde da mulher com avaliação ginecológica e coleta de citologia cervico-vaginal devem ocorrer sem alterações.

Não há contraindicação para a mulher realizar suas atividades cotidianas após a inserção do DIU. Ela deve ser orientada a usar preservativo masculino ou feminino ou outro método contraceptivo durante 7 dias após a colocação, período de adaptação do organismo.

No retorno observar possíveis situações:

QUADRO 6 – INTERCORRÊNCIAS COMUNS APÓS O PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DO DIU DE COBRE

Situação problema (sinais/sintomas)	Suspeita diagnóstica	Conduta
Febre, dor pélvica aguda e persistente	DIP (pensar em cervicite por Clamídia, assintomática no momento da inserção)	Antibioticoterapia para DIP. Caso a paciente não apresente melhora dos sintomas deve-se retirar o DIU.
Fio do DIU com cobre não é identificado ao toque ou ao exame especular	1. O DIU com cobre está adequadamente posicionado e o fio está no canal cervical; 2. O DIU com cobre foi expelido; 3. Houve perfuração uterina e o DIU com cobre migrou para a	1. Excluir gravidez com teste rápido ou BHCG; 2. Tentar recuperar o fio com uma escova citobrush utilizada para coleta de Papanicolau colocada no orifício cervical; 3. Solicitar USG transvaginal (Tb pode ser útil o Rx de abdomem)

	cavidade abdominal;	4. Caso o DIU esteja na cavidade abdominal
	4. Ocorreu uma gravidez.	encaminhar a paciente para realizar videolaparoscopia ou laparotomia para localização e extração do dispositivo.
Corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou sinusorragia e dispareunia	Expulsão do DIU com cobre (ocorre em até 4 a 5% no primeiro ano)	Se encontrado na cavidade vaginal deve ser removido e descartado. Caso a paciente opte por manter o método deve-se realizar nova inserção com novo dispositivo.
Dor pélvica ou abdominal	DIP, gravidez Ectópica, aborto, perfuração uterina ou expulsão parcial do DIU	Conduzir cada suspeita específica como já descrito acima. Para o manejo da dor prescrever analgésicos como diclofenaco, indometacina, Ibuprofeno, ácido mefenâmico.
Menstruação intensa ou prolongada	Assegure a mulher de que esses sintomas são comuns a muitas usuárias de DIU e tendem a melhorar	Para alívio dos sintomas prescrição de Ácido tranexâmico (1500 mg) 3 vezes ao dia por 3 dias, depois 1000 mg uma vez ao dia por 2 dias, começando quando o sangramento intenso tiver início. Ou AINEs como Ibuprofeno (400 mg) ou indometacina (25 mg) 2 vezes por dia após as refeições por 5 dias,

começando quando o sangramento intenso tiver início. Caso os sintomas persistam avaliar investigação de Sangramento uterino anormal (SUA).

FONTE: Autor (2020)

Saiba mais: São fatores de risco para expulsão do DIU:

- História de expulsão prévia de outro DIU com cobre (probabilidade de nova expulsão de 30%).
- Aumento do fluxo menstrual e dismenorreia severa.

Idade ou paridade da mulher não modificam a taxa de expulsão do DIU!

Saiba mais: Assim como na DIP, usuárias de DIU com cobre que desenvolvam vaginose bacteriana, tricomoníase ou candidíase devem receber tratamento habitual, sem a necessidade de remoção do DIU.

Na consulta de retorno e ao longo do acompanhamento da mulher que faz uso do DIU com cobre deve-se observar o posicionamento correto do dispositivo. Todo DIU que esteja dentro da cavidade uterina está bem posicionado, mesmo que não esteja próximo ao fundo do útero. O DIU com cobre localizado acima do orifício interno e que não desceu no canal cervical tende a manter o fio do tamanho que foi cortado no momento da inserção.

Somente considera-se que o dispositivo esteja mal posicionado quando algum segmento se encontrar no canal cervical (abaixo do orifício interno). Nesse caso o dispositivo deve ser retirado.

Logo, se a mulher nas consultas subsequentes encontra-se assintomática e com fio sem modificação em relação ao comprimento no momento da inserção, entende-se que o DIU está bem posicionado.

Lembrete: Apesar de rotineiro, a solicitação de USG transvaginal para toda a mulher antes e após inserção do DIU não é obrigatória! Essa conduta pode significar uma importante barreira de acesso ao uso do método.

Como profissional longitudinal nas consultas subsequentes é importante que você pergunte a mulher se ela teve problemas de saúde novos que possam exigir a mudança do método. Trate destes problemas da forma apropriada. Pergunte se ocorreram mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades, particularmente seus planos em ter filhos e risco de IST/HIV. Faça o acompanhamento necessário. Lembre-a sobre o tempo restante durante o qual o DIU ainda a protegerá de engravidar.

Assim como a inserção, a remoção do DIU de cobre é um procedimento simples e que não deve ser retardado pelo profissional de saúde caso haja necessidade ou apenas solicitação da mulher para sua retirada. É necessário compreender e estar de acordo com o procedimento para que a mulher não seja pressionada ou forçada a continuar utilizando o DIU.

O procedimento pode ser feito em qualquer época do mês, porém pode ser mais fácil durante a menstruação, quando o cérvix fica naturalmente mais amolecido. Nos casos de perfuração uterina ou se a remoção apresentar dificuldade, encaminhe a mulher a um clínico experiente que possa utilizar uma técnica de remoção apropriada.

Assim como para a inserção, antes de remover o DIU, explique à mulher o que acontecerá durante o procedimento. Insira um espécúlo para observar o cérvix e os fios do DIU e cuidadosamente limpe o cérvix e a vagina com uma solução antisséptica, como, por exemplo, iodo. Peça para a mulher respirar vagarosa e profundamente e relaxar. Estimule-a a sinalizar caso sinta dor durante o procedimento. Com o auxílio de fórceps estreito, puxe os fios do DIU lenta e suavemente até que o dispositivo saia completamente do cérvix.



Atividade formativa

- Atividade formativa dia 01

Orientação: A partir das discussões e reflexões levantadas no primeiro dia de atividades do curso retorne para a sua equipe de saúde com a proposta de identificar como os profissionais do seu serviço pensam a inserção do DIU de cobre na atenção primária. Tente levantar as facilidades observadas por cada um assim como as barreiras que eles identificam. A percepção de todos (ou da maioria) é importante para que você consiga perceber as principais barreiras e como superá-las para a efetivação dessa nova oferta para as mulheres do seu território. Para organização desse levantamento rápido e melhor visualização dos dados levantados sugerimos utilizar o modelo de planilha abaixo mas você é livre para fazer em outro formato desde que cumpra a solicitação da atividade.

Prazo: Deve ser entregue no dia 02 de atividades do curso

Nota: 01 pt

Como você imagina a inserção de DIU de cobre no seu serviço?

Como seria se colocássemos DIU de cobre na nossa unidade?		
Profissional	Pontos positivos	Pontos negativos/Dificuldades

Referências básicas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
2. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
3. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.
4. Machado, Rogério Bonassi. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas - - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).
5. Report MW. U. S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. Vol. 65. 2016.
6. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.

APÊNDICE C - Manual Técnico do Monitor para o Curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na Atenção Primária a Saúde.



UNEB
UNIVERSIDADE DO
ESTADO DA BAHIA



CURSO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E TÉCNICAS DE INSERÇÃO DO DIU DE COBRE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

MANUAL TÉCNICO DO MONITOR
Módulo presencial

Salvador, 2021

Apresentação

Bem vindas, bem vindos e bem vindes ao curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde!

Este curso é composto por três etapas distintas com modalidades presenciais e virtuais sendo este material o manual do monitor para auxiliá-los na condução do aprendizado de cada cursista durante esta etapa presencial. Aqui pretendemos continuar a discussão iniciada na plataforma online sobre as questões que envolvem a realidade do Planejamento Reprodutivo no Brasil e no município de Salvador e a ampliação do acesso aos diversos métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS para as mulheres. Pretendemos também apresentar literaturas e discussões sobre a prática de inserção e retirada do DIU de cobre na APS e favorecer um espaço de prática para o exercício desse procedimento.

O público para esta etapa está restrito aos médicos da APS que estão atuando no município de Salvador e conta com a colaboração da Universidade do Estado da Bahia por fazer parte do mestrado profissional em saúde coletiva - MEPISCO UNEB como produto técnico a ser apresentado pela professora Talita Rocha de Aquino e sua orientadora professora doutora Ana Gabriela Alvares Travassos.

Tentamos montar um manual que te forneça orientações gerais sobre os temas a serem discutidos assim como o auxílio na condução de cada atividade prevista. Em cada tópico deste manual você vai encontrar o objetivo técnico e pedagógico das atividades propostas e uma orientação rápida de como conduzi-las. Você está apto e deve também utilizar suas ferramentas pessoais para conduzir cada momento, mas a intenção deste material é trazer um pouco mais de unidade e compreensão de todo o curso tanto para o monitor quanto para o cursista. Aproveite-o da melhor forma! Caso você identifique dúvidas na condução de alguma das etapas sinalize-as para que possamos solucioná-las.

Desejamos que seja um espaço de aprendizado e trocas de conhecimentos e reflexões potentes para monitores e cursistas e que ajude na qualificação das práticas sobre Planejamento Reprodutivo na APS e a ampliação do acesso das mulheres aos métodos contraceptivos de longa duração principalmente o DIU de cobre na APS!

Atenciosamente, Talita Rocha e Ana Gabriela Travassos.

Sumário

Estrutura geral do curso de Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde.	146
Programação das atividades presenciais.....	146
Objetivos do curso	148
Objetivo geral:	148
Objetivos específicos:	148
Orientação para o MOMENTO 1 Turno da manhã dia 01.....	149
BLOCO TEMÁTICO 1 – Aconselhamento	151
O que são LARCS e seus impactos: barreiras de acesso e potencialidades para o cuidado	151
Características do DIU com cobre e mecanismo de ação	160
Efetividade do DIU com cobre	163
Orientação para a Roda de conversa 1.....	164
Orientação para o MOMENTO 2 Turno da tarde dia 01	165
Indicação e contraindicação do uso do DIU com cobre.....	166
Efeitos adversos do DIU com cobre.....	169
Quando inserir o DIU com cobre	170
Orientação para o treinamento em modelo pélvico 1 Turno da tarde dia 01	172
Orientação para Atividade formativa 1	172
Orientação para aula e treinamento em modelo pélvico 2 MOMENTO 1 Turno da manhã dia 02	173
BLOCO TEMÁTICO 2 - Procedimento	176
Técnica de inserção do DIU no ambulatório e materiais necessários.....	176
Orientação para MOMENTO 2 Turno da tarde dia 02	180
Acompanhamento pós-inserção do DIU com cobre – orientações e possíveis desdobramentos	182
Orientação para a roda de conversa 2 e momento final do curso	186
Avaliação	187
Orientações para o ambulatório supervisionado	188
Referências básicas	189
Anexos.....	190
Questionário de avaliação teórica (pré-curso)	190
Avaliação teórica final.....	192

Estrutura geral do curso de Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde.

O Curso completo terá a carga horária de 68 horas distribuídas da seguinte maneira:

FLUXOGRAMA GERAL DO CURSO	
Parte 1 - TEÓRICO (Módulo Introdutório online) 20h	
1.1 Direitos sexuais e reprodutivos e a atenção ao planejamento reprodutivo na APS (13h)	1.2 Habilidades de comunicação para a consulta clínica (7h)
Parte 2 – TEÓRICO – PRÁTICA (16h)	
Atividade presencial 1 BLOCO TEMÁTICO 1 – Aconselhamento	Atividade presencial 2 BLOCO TEMÁTICO 2 – Procedimento
Parte 3 - AMBULATÓRIO SUPERVISIONADO (32h)	

Programação das atividades presenciais

	DIA 01 BLOCO TEMÁTICO 1 – Aconselhamento	DIA 02 BLOCO TEMÁTICO 2 – Procedimento
TURNO DA MANHÃ 8:30 – 12h Intervalo 10:30 as 10:45	MOMENTO 1 – DIA 01 6. Apresentação da turma 7. O que são LARCS 8. Características do DIU com cobre 9. Mecanismo de ação 10. Efetividade do DIU com cobre 11. Relatos sobre as características de cada equipe com relação ao PR	MOMENTO 1 – DIA 02 1. Técnica e materiais necessários para inserção do DIU no ambulatório 2. Exercício em bancada com uso de modelo pélvico das técnicas de inserção e remoção de DIU

	<i>levantadas pela atividade formativa 1.</i>	
ALMOÇO 12h – 14h	ALMOÇO 12h – 14h	ALMOÇO 12h – 14h
TURNO DA TARDE 14h – 17h Intervalo 15:30 às 15:45	MOMENTO 2 – DIA 01 5. Indicação e contraindicação do uso do DIU com cobre 6. Efeitos adversos do DIU com cobre 7. Quando inserir o DIU com cobre 8. Treinamento inicial em modelo pélvico	MOMENTO 2 – DIA 02 4. Intercorrências durante a inserção do DIU – condutas na AB e rede de saúde disponível para suporte 5. Acompanhamento pós-inserção do DIU com cobre – orientações e possíveis desdobramentos (infecção pélvica, expulsão do DIU, DIU mal posicionado, dor etc.) 6. <i>Relato da atividade de discussão com a equipe sobre pontos positivos e negativos do serviço de DIU na unidade</i>

Objetivos do curso

Objetivo geral:

O curso de Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção do DIU de cobre na atenção primária a saúde pretende construir um espaço que possibilite às equipes de saúde a reflexão sobre o funcionamento dos serviços de planejamento reprodutivo, amplie o conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos, dentre eles o DIU de cobre e contribua na facilitação do acesso seguro da população a diferentes métodos contraceptivos. Além de possibilitar a construção de um caminho para que o planejamento reprodutivo contribua para a criação de projetos de vida e mudança social, sendo de fato uma forma de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Objetivos específicos:

- Fomentar a reorganização das práticas e serviços acerca do cuidado a saúde da mulher atendidas no Planejamento Reprodutivo na APS.
- Qualificar os profissionais da APS sobre Planejamento Reprodutivo e direitos sexuais e reprodutivos.
- Capacitar profissionais médicos (as) na realização de aconselhamento e inserção do DIU de cobre na APS.



Orientação para o MOMENTO 1 Turno da manhã dia 01

Este é o seu primeiro momento presencialmente com a turma e o primeiro também que eles estão se encontrando. É possível que eles já se conheçam, pois compartilham de outros espaços de formação promovidos pela secretaria de saúde ou até mesmo atuam na mesma unidade. No entanto, este é um momento de início e para que os próximos dias sejam de uma produção fluida e possibilite o compartilhamento de ideias e experiências sugerimos iniciar a manhã com uma roda de apresentação em que cada participante tenha a oportunidade de falar um pouco de si e das expectativas com o curso. Você é livre para fazer essa rodada de apresentação da maneira que desejar seja usando uma dinâmica que conhece ou mesmo fazendo uma roda e solicitando que cada um fale em sua vez.

Antes de iniciar as atividades temáticas do dia aplique aos cursistas um questionário de avaliação teórica sobre o tema do curso (em anexo ao final do manual). Informe que ele é composto de 35 perguntas objetivas (SIM ou NÃO) e que será fornecido 40 minutos para responde-las e entregar a você. Nesse momento não será permitido consulta ao material didático e ela deve ser respondida individualmente. Essa atividade é importante para que possamos conhecer as principais lacunas de conhecimento da turma e direcionar as discussões do curso baseadas também nelas.

Para dar sequência ao dia apresente o conteúdo do curso e a programação prevista para as atividades dos próximos dois dias. Pactue horário de início e fim das atividades assim como saída e retorno para o almoço. É importante lembrá-los da assinatura da lista de presença ao fim de cada turno, pois é através dela que serão computadas as presenças de cada participante. Reserve um momento para dúvidas iniciais antes de iniciar a abordagem temática da manhã.

Após esta etapa para a abordagem temática desse primeiro momento propomos como metodologia uma exposição dialogada acerca do tema. Para evitar um longo período de fala do monitor incentive que ao longo da sua apresentação os cursistas possam abordá-lo trazendo dúvidas, reflexões e/ou experiências que dialoguem com o tema em questão. Lembre-se: para além de uma transmissão de conhecimentos o objetivo do nosso curso é gerar reflexões acerca da prática do profissional por isso é de suma importância a participação dele em todos os momentos.

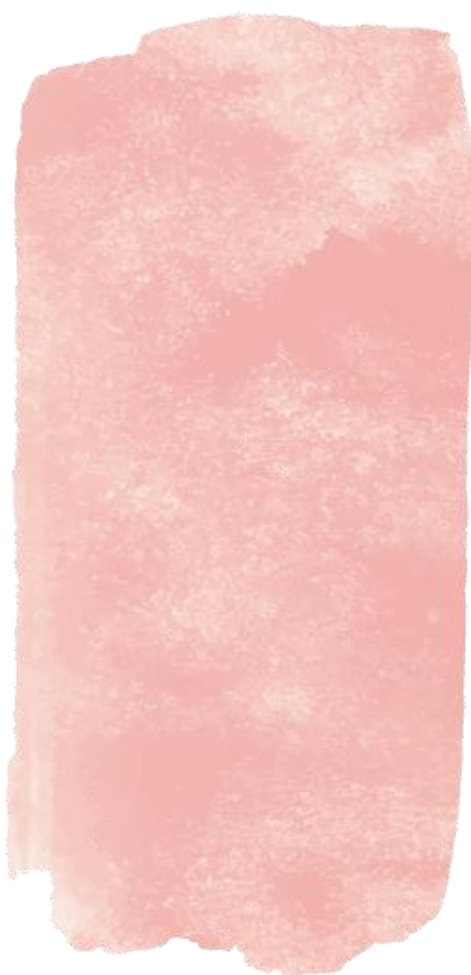
Nas páginas que se seguem você irá encontrar referencial teórico atualizado acerca do tema da aula. Ele está disponível tanto no seu material quanto no material do cursista. Utilize-o também para consulta se necessário.

Caso o cursista queira ter acesso aos slides utilizados você poderá fornece-lhe nos intervalos das aulas.

Segue abaixo ementa da aula:

EMENTA AULA 1	
Objetivo: Compreender as principais características dos LARCs existentes no Brasil, com ênfase no DIU com cobre e seus impactos na saúde da mulher. Além de discutir as barreiras de acesso para ampliação do seu uso no país.	
Recursos necessários: Datashow, computador, quadro, piloto	Tempo estimado: 1h30
Metodologia proposta: Exposição dialogada	
Conteúdo: 1. Diferenças entre LARCs e os outros métodos contraceptivos disponíveis 2. Critérios de elegibilidade dos diferentes métodos contraceptivos 3. Taxa de eficácia dos métodos contraceptivos 4. Barreiras de acesso ao LARCs no Brasil 5. Características do DIU com cobre 6. Mecanismo de ação do DIU com cobre 7. Efetividade do DIU com cobre	
Bibliografia básica: 1. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. 2. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.	

4. Report MW. U. S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. Vol. 65. 2016.
5. Machado, Rogério Bonassi. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas - - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).



BLOCO TEMÁTICO 1 – Aconselhamento

O que são LARCS e seus impactos: barreiras de acesso e potencialidades para o cuidado



Para iniciarmos a discussão...

Os anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARC) são por definição aqueles que tem ação por três anos ou mais, incluindo os dispositivos intrauterinos, como o DIU de cobre e o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIL), e o implante subdérmico contraceptivo. Estes métodos possuem uma taxa de eficácia superiores aos métodos de curta duração, proporcionando taxa de gestação inferior a 1% ao ano, em uso típico (1).

No Brasil, o número de mulheres que fazem uso dos LARC é pequeno, a despeito da sua maior eficácia frente aos outros métodos contraceptivos e dos impactos sociais decorrentes da sua utilização. Trindade e colaboradores apresentam uma prevalência de 1,1% de mulheres utilizando o DIU. Essa porcentagem é ainda menor quando avaliadas as mulheres entre 18 e 24 anos, reduzindo para 0,3%. Os autores revelam que quanto maior a escolaridade da mulher, maior o uso do método, assim como o fato da mulher ter plano de saúde privado (2).

Apesar de um uso aquém do esperado pelo mundo, os LARC são uma boa opção de contracepção para o período pós-parto, evidenciando uma redução de mais de 80% nas gravidezes de repetição rápida, principalmente entre as adolescentes (3). Machado, em 2018, destaca que o DIU pode ser ofertado para mulheres ainda nulíparas. Esta indicação vem apresentando benefícios que superam os riscos, o que pode significar uma ampliação no alcance dos programas de PR, visto que as adolescentes ainda são uma lacuna de acesso nesse atendimento (1).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna e neonatal-infantil, e a riscos sociais, como baixa escolaridade, desemprego e invalidez, além de impactar negativamente nas oportunidades educacionais e no mercado de trabalho dessas mulheres (3).

O baixo nível de conhecimento das mulheres e dos casais sobre os métodos LARCs e a existência de mitos e tabus se constituem como barreiras importantes para o seu uso, afirma Gonzaga (4). Vieira aponta que, no Brasil, a oferta de informações sem embasamento científico por parte dos profissionais de saúde, além da falta de treinamento sobre estes métodos na maioria dos programas de residência de ginecologia e obstetrícia são uma realidade (3). Buckel e colaboradores trazem também que barreiras como o custo dos métodos, desinformação do profissional de saúde e a necessidade de múltiplas visitas da mulher ao serviço para iniciar o LARC podem limitar o seu acesso. E que o fornecimento de aconselhamento estruturado associado à disponibilização do método contraceptivo de forma gratuita aumenta a chance de a

mulher optar por um LARC (5). Berlofi e colaboradores corroboram esta ideia quando afirmam que fornecer informações e possibilidade de escolha quanto ao método contraceptivo implica em uma melhor utilização do mesmo e uma vida sexual mais segura e satisfatória (6).

Um maior tempo de consultas, acompanhamento longitudinal, efetiva relação médico paciente e uma abordagem profissional que gere reflexão na paciente interfere na sua decisão por um LARC. Nessa perspectiva o fornecimento do aconselhamento e do método durante a consulta em que ele é solicitado constitui o padrão ouro de atendimento (Same Day LARC). Reduz a chance de perda do paciente e aumenta sua satisfação (7). Frente a isso Buckel e colaboradores trazem a necessidade dos serviços de saúde readequar o seu fluxo de atendimento para garantir que o método seja introduzido na mulher no mesmo dia da sua consulta. Enfatizam que para garantir a autonomia das mulheres nas suas escolhas reprodutivas se faz necessário reduzir as barreiras estruturais que as impedem de acessar o método contraceptivo desejado em tempo hábil (5). Trindade e colaboradores corroboram esse pensamento e afirmam a necessidade de o país ampliar o alcance dos métodos LARC no SUS, através de mais informações sobre seu funcionamento e capacitação dos profissionais de saúde (2).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) de 2004 prevê dentro dos objetivos da assistência em planejamento familiar a ampliação do acesso às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais e a garantia da oferta desses métodos para a população em idade reprodutiva (8).

No Brasil, através do SUS o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza os métodos contraceptivos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para os municípios e o Distrito Federal. O DIU de cobre modelo T 380 mm² é o LARC amplamente disponível nessa relação (9).

Em dezembro de 2017, com o objetivo de ampliação do acesso ao DIU de cobre no SUS o MS coloca em vigor a Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. Orienta o uso do DIU de cobre também pelas maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas assegurando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e ressalta o acompanhamento pelas equipes da APS para o esclarecimento de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações, ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias após a inserção do método (10).

Nessa perspectiva, a organização dos serviços da APS e a qualificação dos profissionais sobre indicações e contraindicações ao método, sua técnica de inserção e retirada, principais efeitos adversos e complicações precoces e tardias mais comuns é fundamental para a efetivação das ações de consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Referências:

11. Lima NDF, Cordeiro RDL. Aborto, Racismo e Violência: Reflexões a partir do Feminismo Negro. *Rev Em Pauta*. 2020;18(46):101–17.
12. <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01/25/justica-reprodutiva-ou-direitos-reprodutivos-o-que-as-mulheres-negras-querem/>. p. <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01/25/justica-reprodutiva-ou-direitos-reprodutivos-o-que-as-mulheres-negras-querem/>.
13. Giugliani C, Ruschel AE, Maia MN, Silva MCB da, Oliveira DOPS de. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde TT - The right to abortion in Brazil and the role of Primary Health Care TT - El derecho al aborto en Brasil y el rol de la Atención Primaria de Salud. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2019;14(41):e1791–e1791. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791/960%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5mfvk>
14. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA dos, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde TT - Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services TT - Bar. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51:e03270–e03270. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465
15. Buckel C, Maddipati R, Goodman M, Peipert JF, Madden T. Effect of staff training and cost support on provision of long-acting reversible contraception in community health centers. *Contraception*. 2019 Apr;99(4):222–7.
16. Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF de. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):196–200.
17. Janiak E, Clark J, Bartz D, Langer A, Gottlieb B. Barriers and Pathways to Providing Long-Acting Reversible Contraceptives in Massachusetts Community Health Centers: A Qualitative Exploration. *Perspect Sex Reprod Health*. 2018;50(3):111–8.
18. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/> [Internet]. [cited 2020 Dec 13]. p. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblio>. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>

integral-a-saude-da-mulher-pnaism/

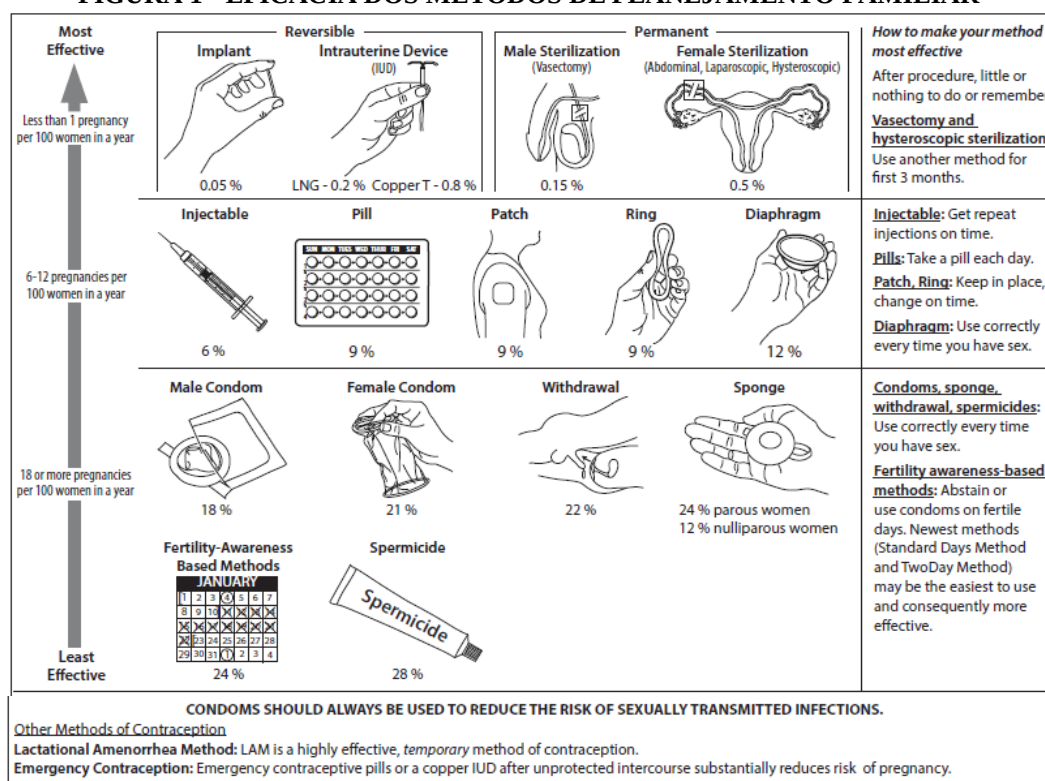
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 217 p.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017**. Brasília, 2017.

QUADRO 1 - MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERTADOS PELO SUS

DEFINITIVOS (ESTERILIZAÇÃO)		
Feminino (ligadura tubária)		Masculino (vasectomia)
TEMPORÁRIOS (REVERSÍVEIS)		
Métodos de barreira		
Diafragma	Preservativo masculino	DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)
Métodos hormonais		
Via de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg
	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg

Fonte: OMS (2010).

Fonte: Brasil (2016, p 164)

FIGURA 1 - EFICÁCIA DOS MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR*

Fonte: CDC (2016, p 06)

*As porcentagens indicam o número em cada 100 mulheres que tiveram uma gravidez indesejada no primeiro ano de uso típico de cada método anticoncepcional.

QUADRO 2 - EFICÁCIA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (Taxa de gravidez não desejada a cada 100 mulheres)

Family planning method	First-Year Pregnancy Rate ^a (Trussell & Aiken ^b)		12-Month Pregnancy Rate ^c (Polis et al. ^d)	Key
	Consistent and correct use	As commonly used	As commonly used	
Implants	0.1	0.1	0.6	0–0.9
Vasectomy	0.1	0.15		Very effective
Female sterilization	0.5	0.5		
Levonorgestrel IUD	0.5	0.7		1–9
Copper-bearing IUD	0.6	0.8	1.4	Effective
LAM (for 6 months)	0.9 ^e	2 ^e		
Monthly injectable	0.05 ^e	3 ^e		10–19
Progestin-only injectable	0.2	4	1.7	Moderately effective
Combined oral contraceptives	0.3	7	5.5	
Progestin-only pills	0.3	7		
Combined patch	0.3	7		20+
Combined vaginal ring	0.3	7		Less effective
Male condoms	2	13	5.4	
Standard Days Method	5	12		
TwoDay Method	4	14		
Ovulation method	3	23		
Other fertility awareness methods		15		
Diaphragms with spermicide	16	17		
Withdrawal	4	20	13.4	
Female condoms	5	21		
Spermicide	16	21		
Cervical cap ^f	26 ^g , 9 ^h	32 ^g , 16 ^h		
No method	85	85		

FONTE: WHO (2018, p 383)

a Taxas principalmente dos Estados Unidos. Dados da melhor fonte disponível conforme determinado pelos autores.

b Trussell J e Aiken ARA, Eficácia contraceptiva. Em: Hatcher RA et al. Tecnologia contraceptiva, 21ª edição revisada. Nova York, Ardent Media, 2018.

c Taxas de países em desenvolvimento. Dados de autorrelatos em pesquisas de base populacional.

d Polis CB et al. Taxas de falha de anticoncepcionais no mundo em desenvolvimento: uma análise de dados demográficos e de saúde

Dados da pesquisa em 43 países. Nova York: Guttmacher Institute, 2016.

e Fonte: Hatcher R et al. Tecnologia contraceptiva. 20ª ed. Nova York, Ardent Media, 2011.

f Fonte: Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contracepção. 2004; 70 (2): 89–96.

g Taxa de gravidez para mulheres que deram à luz

h Taxa de gravidez para mulheres que nunca deram à luz

QUADRO 3 - CATEGORIAS DA OMS PARA OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

CATEGORIA	AVALIAÇÃO CLÍNICA	PODE SER USADO?
Categoria 1	Pode ser usado em qualquer circunstância.	SIM
Categoria 2	Uso permitido, em geral.	
Categoria 3	O uso geralmente não é recomendado. Exceção feita para quando outros métodos indicados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis.	NÃO
Categoria 4	Não deve ser usado (risco inaceitável).	

Fonte: OMS (2009).

FONTE: Brasil (2016, p 161)

QUADRO 4 - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS DE CONTRACEPTIVOS POR CONDIÇÃO CLÍNICA

Lembrete: É possível encontrar a lista estendida dos critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos por condição clínica no material *Planejamento familiar: um manual global para profissionais de saúde da OMS, 2018*.

CONDIÇÃO ATUAL	ANTICON-CEPCIONAL ORAL*	ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL		MINIPÍLULA	DIU DE COBRE	MÉTODOS DE BARREIRA**
		Combinado (mensal)	Progestágeno (trimestral)			
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1 A: 2	1
Idade >= 40 anos	2	2	2	1	1	1
Gravidez	B	B	C	C	4	Não aplicável (preservativo deve ser utilizado pela dupla proteção)
Amamentação: menos de 6 sem do parto	4	4	3	3	D: 1 E: 3	1 (diafragma não aplicável se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 sem a 6 meses do parto	3	3	1	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	2	1	1	1	1
Obesidade	2	2	1	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	F: 4 G: 2	1
Fumo: <35 anos	2	2	1	1	1	1
Fumo: >= 35 anos; <= 15 cigarros/dia.	3	3	1	1	1	1
HAS sem acompanhamento	3	3	2	2	1	Não aplicável (não é necessário para a segurança do método o acompanhamento da HAS)
HAS controlada em acompanhamento	3	3	2	1	1	1
HAS: PAS 140-159 e PAD 90-99 mmHg	3	3	2	1	1	1

HAS com PAS>160 e PAD>=100 mmHg	4	4	3	2	1	1
HAS + portadora de doença vascular	4	4	3	2	1	1
História atual de TEP/ TVP	4	4	3	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	4	2	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	4	2	2	1	1
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	4	3	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Dislipidemias	2/3	2/3	2	2	1	
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	¾	3	2	1	1
Enxaqueca sem aura (<35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2	1 (introdução do método) 2 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca sem aura (>= 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	3 (introdução do método) 4 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção do método)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	
Histórico de CA de mama – ausência de evidência por 5 anos	3	3	3	3	1	
Uso atual de anticonvulsivantes**	3	2	1	3	1	

Fonte: OMS (2010).

FONTE: Brasil (2016, p 61-62)

Legenda:

A – O DIU de cobre é **categoria 2** para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

B – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados **acidentalmente** durante a gravidez.

C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nesses casos quando usados **acidentalmente** durante a gravidez, **MAS** ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

D – O DIU de cobre é **categoria 1** se: **a)** For introduzido em menos de 48 horas do parto, com ou sem aleitamento, desde que não haja infecção puerperal (cat. 4); **b)** For introduzido após quatro semanas do parto.

E – O DIU de cobre é **categoria 3** se introduzido entre 48 horas e quatro semanas após o parto.

F – **Categoria 4** para colocação de DIU de cobre em casos de DIP atual, cervicite purulenta, clamídia ou

gonorreia.

G – Em quaisquer casos, inclusive DIP atual, o DIU de cobre é **categoria 2**, se o caso for continuação do método (usuária desenvolveu a condição durante sua utilização), ou se forem outras IST que não as listadas na letra.

Notas:

* Anticoncepcionais com dose menor ou igual a 35 mcg de etinilestradiol.

** Diafragma, preservativo masculino, feminino e espermicida.

*** Anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, barbitúricos, primidona. Não entra nessa lista o ácidovalproico.

Para aprofundar o conhecimento:

Machado RB, Monteiro IMU, Magalhães J, Guazzelli CAF, Brito MB, Finotti MF, Lubianca JN, Sakamoto LC, Franceschini SA. Long-Action Reversible Contraception. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017 Jun; 39(6):294-308. doi: 10.1055/s-0037-1603647. Epub 2017 Jul 3



Características do DIU com cobre e mecanismo de ação

O dispositivo intrauterino (DIU) com cobre é uma pequena estrutura de plástico polietileno flexível com a forma da letra T com um fio de cobre de 314 mm² na haste vertical e dois anéis de 33 mm² de cobre em cada haste horizontal.

Pontos Básicos para Profissionais/Serviços de Saúde e Clientes

- **Proteção de longo prazo contra gravidez.** Demonstrou ser muito eficaz por 12 anos, sendo imediatamente reversível.
- **É colocado no útero por um profissional especificamente treinado para tal.**
- **Pouca ação requerida da cliente uma vez que o DIU tenha sido colocado.**
- **Mudanças na menstruação são comuns.** Tipicamente, ocorre sangramento mais longo e intenso e mais cólicas ou dor durante a menstruação, especialmente nos primeiros 3 a 6 meses.



A) DIU de Cobre T380A

Fonte: WHO (2007, p 131)

Como o DIU de cobre não possui hormônios em sua composição seu efeito contraceptivo se dá através da ação do cobre sobre o endométrio. Seus íons liberados promovem mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, levando a uma ação inflamatória e citotóxica com efeito espermicida. Ele não impede a ovulação, mas atua também provocando danos aos óocitos femininos.

Não possuir hormônios na sua composição favorece a um retorno rápido da fertilidade logo após a sua retirada.

Saiba mais: O cobre é responsável pelo aumento da produção de prostaglandinas hormônio importante para o início das contrações do trabalho de parto. Esta característica pode justificar o aumento do sangramento e das cólicas em algumas mulheres após a os primeiros 3 a 6 meses da inserção do dispositivo.

Importante! O DIU de cobre não oferece nenhuma proteção contra a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Por isso apesar da sua alta eficácia contra gestação a utilização da prevenção combinada para a prevenção às ISTs se faz necessária.



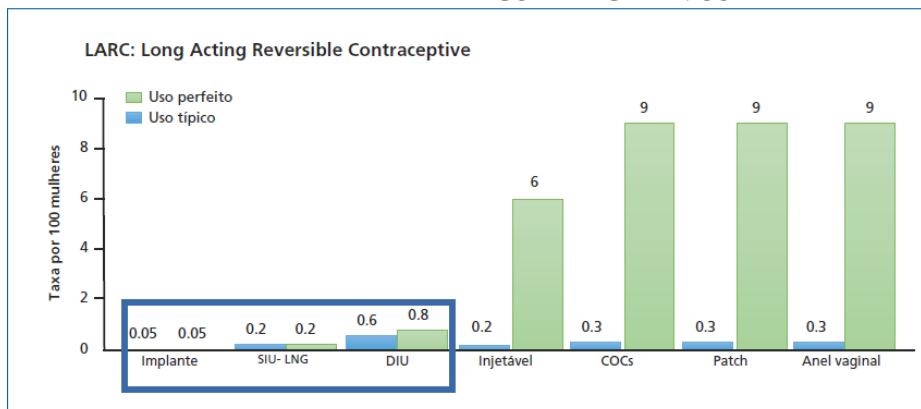
Fonte: <https://www.sesc.com.br/portal/site/comvc/suasaude/content/mandalvadaprevencao>

Para aprofundar o conhecimento:

Hynes JS, Sales JM, Sheth AN, Lathrop E, Haddad LB. Interesse em tecnologias de prevenção multifuncionais para prevenir HIV / DSTs e gravidez indesejada entre mulheres jovens nos Estados Unidos. *Contraception* . 2018; 97 (3): 277-284. doi: 10.1016 / j.contraception.2017.10.006

Efetividade do DIU com cobre

FIGURA 2 – TAXAS DE EFICÁCIA NA VIDA REAL (USO TÍPICO) E USO PERFEITO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS



Fonte: Machado (2017, p 03)

Nenhum método contraceptivo é infalível! No entanto o DIU de cobre assim como a esterilização feminina e masculina apresentam taxa de gravidez menor do que 1 a cada 100 mulheres no primeiro ano de uso do método sendo nos anos seguintes essa taxa ainda menor.



Saiba mais: Em caso de gestação durante utilização do DIU de cobre nem sempre a sua retirada é necessária. Leia mais sobre no *Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCU 380A. Ministério da Saúde de 2018* pág 11.

Estudos constataram que o TCU-380A é eficaz por 12 anos. Entretanto, o TCU-380^a indica, em seu rótulo, validade por até 10 anos de uso. Durante a pandemia da COVID-19 devido as restrições iniciais para as consultas presenciais de planejamento reprodutivo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi para que as mulheres que estivessem no período de troca do DIU de cobre, DIU de levonorgestrel ou implante hormonal que optassem por um outro método anticoncepcional complementar para evitar a gravidez neste momento. Enfatizou também que não há problemas médicos causados pelo atraso na remoção dos métodos anticoncepcionais reversíveis de longa ação, como implantes e DIUs.

Para aprofundar o conhecimento:

Adeyemi-Fowode OA, Bercaw-Pratt JL. Intrauterine Devices: Effective Contraception with Noncontraceptive Benefits for Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2019 Sep;32(5S):S2-S6. doi: 10.1016/j.jpag.2019.07.001. PMID: 31585615.

Orientação para a Roda de conversa 1

O objetivo desse momento é o primeiro compartilhamento presencial entre os cursistas sobre o serviço no qual atua e o funcionamento do PR de cada equipe. Solicitamos previamente durante a etapa online do curso que os cursistas discutissem na sua equipe de saúde como está o planejamento reprodutivo no território. Quem é o profissional que realiza o PR, quais os métodos contraceptivos disponíveis na unidade, se eles costumam faltar ou se tem algum em maior quantidade. Qual o número de mulheres em idade fértil do território, o número de consultas de PR por mês de cada equipe. Quais os pontos fortes e os pontos fracos na organização do PR de cada unidade.

Utilize essas perguntas para disparar a discussão. É um momento de reconhecimento dos diferentes cenários. Auxilie-os a perceber as similaridades e diferenças de cada serviço. O que funciona e o que não funciona em cada lugar e como a experiência do colega pode contribuir para refletir sobre o que pode melhorar no seu território.

Colabore também com suas experiências e relatos. Quanto mais partilha melhor nesse momento. Incentive a troca de contatos entre os colegas para que as trocas de experiências não terminem no curso.

Ao finalizar este momento libere a turma para o almoço reforçando a necessidade de pontualidade no retorno para a garantia da programação.



Orientação para o MOMENTO 2 Turno da tarde dia 01

Para a abordagem temática desse segundo momento propomos como metodologia uma exposição dialogada acerca do tema. Para evitar um longo período de fala do monitor incentive que ao longo da sua apresentação os cursistas possam abordá-lo trazendo dúvidas, reflexões e/ou experiências que dialoguem com o tema em questão. Lembre-se para além de uma transmissão de conhecimentos o objetivo do nosso curso é gerar reflexões acerca da prática do profissional por isso é de suma importância a participação dele em todos os momentos.

Nas páginas que se seguem você irá encontrar referencial teórico atualizado acerca do tema da aula. Ele está disponível tanto no seu material quanto no material do cursista. Utilize-o também para consulta se necessário.

Caso o cursista queira ter acesso aos slides utilizados você poderá fornecê-los nos intervalos das aulas.

Segue abaixo ementa da aula:

EMENTA AULA 2	
Objetivo: Discutir as reais indicações e contraindicações ao uso do DIU com cobre, além dos seus efeitos adversos mais comuns	
Recursos necessários: Datashow, computador, quadro, piloto	Tempo estimado: 40min
Metodologia proposta: Exposição dialogada	
Conteúdo: 1. Indicação e contraindicação do uso do DIU com cobre 2. Efeitos adversos do DIU com cobre	
Bibliografia básica: 1. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. 2. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.	

Indicação e contraindicação do uso do DIU com cobre

Uma das grandes vantagens do DIU com cobre é que por não possuir hormônios ele possui poucas contraindicações! De uma maneira geral mulheres que desejam contracepção reversível, de alta eficácia, longa duração e livre de hormônios estão aptas a utilizar esse método.

Ao mesmo tempo, uma das grandes barreiras identificadas pela literatura que dificultam o aumento do uso do DIU de cobre entre as mulheres em idade fértil é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os seus critérios corretos de indicação e contraindicação. Vejamos:

Responda rapidamente como verdadeiro ou falso as seguintes afirmações.

- N) Mulheres jovens e adolescentes podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- O) Nuligestas, ou seja, mulheres que nunca engravidaram, podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- P) Mulheres solteiras podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- Q) Mulheres que estão amamentando podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- R) Mulheres que realizam trabalhos físicos pesados podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- S) Mulheres com passado de gravidez ectópica podem utilizar o DIU com cobre. () V () F
- T) Mulheres com ectopia cervical podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- U) Mulheres com anemia podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- V) Mulheres com história de cesariana prévia podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- W) Mulheres cistos ovarianos podem utilizar DIU com cobre. () V () F
- X) Mulheres na perimenopausa, inicialmente o DIU é uma boa opção contraceptiva. () V () F
- Y) O DIU de cobre pode ser utilizado como método contraceptivo no pós-parto imediato ou no pós aborto. () V () F
- Z) O DIU de cobre é uma opção eficaz de contracepção de emergência. () V () F

Todas as afirmações acima são verdadeiras! E a não oferta do DIU de cobre para essas mulheres reduz o seu acesso a um método eficaz de contracepção.

Saiba mais: Mulheres que utilizam o DIU com cobre e possuem menos de 50 anos, recomenda-se retirá-lo dois anos após a última menstruação (menopausa). Nas mulheres com mais de 50 anos, aguarda-se um ano de amenorreia para a sua retirada. Não há evidência de problemas para a mulher caso ela permaneça com o DIU inserido após a menopausa.

Apesar de poucas as CONTRAINDICAÇÕES ao método existem! Dentre elas temos:

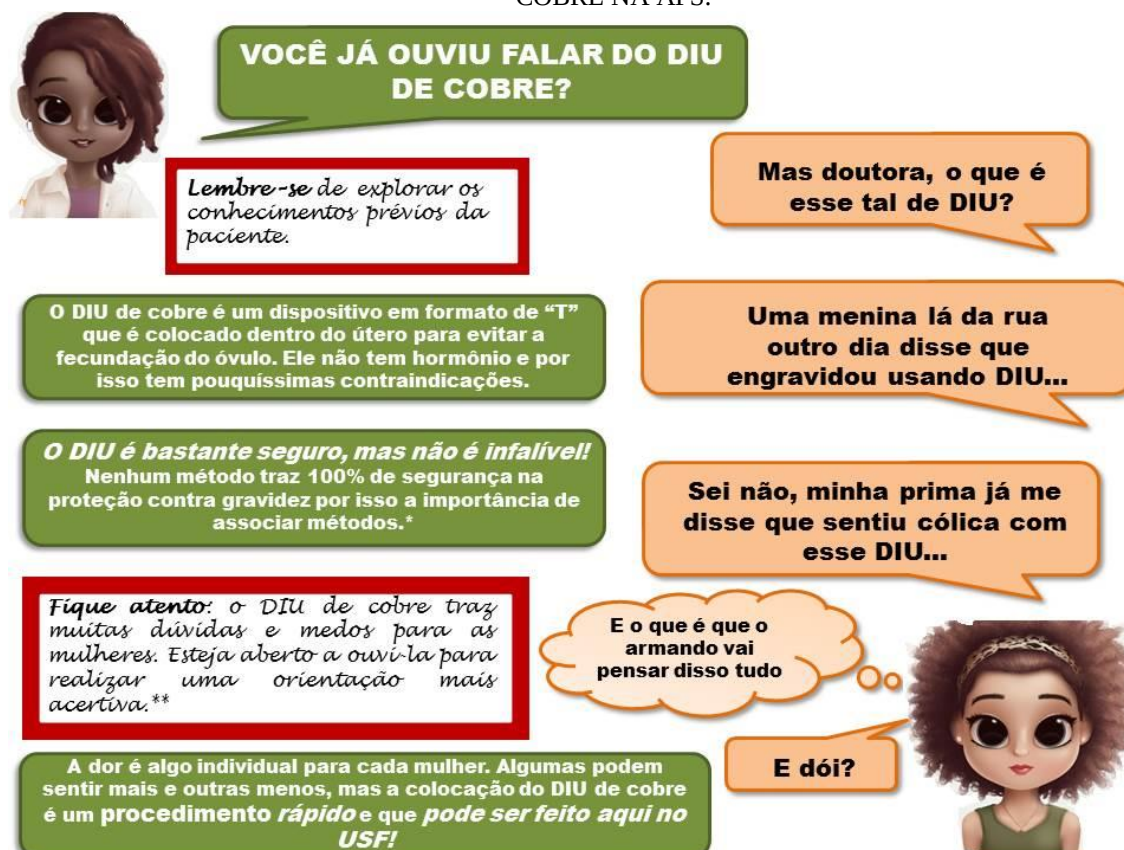
- Anormalidades uterinas como útero bicornio, septado ou intensa estenose cervical impedem o uso do DIU.
- Miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial pela dificuldade na inserção do DIU e maior risco de expulsão. **Importante. A simples presença de miomatose uterina NÃO É CONTRAINDICAÇÃO ao método.**
- Mulheres em vigência de IST, tais como clamídia, gonorreia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4. **Importante. Mulheres com sorologia positiva para sífilis (já tratadas) e HIV assintomáticas, NÃO POSSUEM CONTRAINDICAÇÃO para o uso do DIU.**
- Mulheres com presença de infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta e tuberculose pélvica. **Importante. Mulheres com história de doença inflamatória pélvica (DIP) há três meses adequadamente tratada NÃO POSSUEM CONTRAINDICAÇÃO ao uso do DIU.**

Lembrete: A DIP é uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação. Quando uma mulher sexualmente ativa se apresenta com dor abdominal baixa e/ou dor pélvica, deve-se investigar DIP no diagnóstico diferencial, independentemente da história de atividade sexual recente. Para maiores informações acesse o ***Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), 2020 do Ministério da Saúde.***

- Mulheres com presença de febre durante o trabalho de parto ou ruptura de membranas há mais de 24 horas.
- Mulheres com hipotonia ou atonia pós-dequitação ou retenção placentária.
- Mulheres com abortamento infectado.
- Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação.
- Mulheres com câncer de colo uterino.

A existência de mitos acerca do DIU de cobre é uma realidade não só entre os profissionais de saúde, mas também presente em muitas mulheres. Informações baseadas em evidência e um diálogo aberto a escuta das dúvidas e crenças da mulher ampliam a chance de uma maior escolha e adesão ao método.

FIGURA 3 – INFORMATIVO PARA O ACONSELHAMENTO DO PROFISSIONAL SOBRE O DIU DE COBRE NA APS.



FONTE: Autor (2020)

Sugestão para a prática: O *Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCU 380A / Ministério da Saúde, 2018* traz em seu conteúdo orientações de como o profissional pode esclarecer mitos sobre o DIU de cobre com as mulheres.

Sugestão para a prática: O *Planejamento familiar: um manual global para profissionais de saúde da OMS, 2018* sugere um questionário de 07 perguntas para ser feito com a mulher na consulta para verificar se ela está apta a colocar um DIU, seja de cobre ou com hormônio.

Efeitos adversos do DIU com cobre

Os efeitos adversos mais relatados entre as usuárias são as mudanças nos padrões de sangramento (especialmente nos primeiros 3 a 6 meses), incluindo:

- Menstruação prolongada e intensa;
- Sangramento irregular;
- Mais cólicas e dores durante o ciclo.

Orientar as mulheres sobre esses efeitos antes da inserção do DIU é de fundamental importância. Informe que as mudanças na menstruação não são sinais de doença e que geralmente perdem intensidade após os primeiros meses da inserção. Se coloque a disposição para acolher a paciente garantindo retorno caso algum problema a incomode.

Para aprofundar o conhecimento:

Jatlaoui TC, Riley HEM, Curtis KM. A segurança dos dispositivos intrauterinos entre mulheres jovens: uma revisão sistemática. *Contracepção*. 2017; 95 (1): 17-39. doi: 10.1016 / j.contraception.2016.10.006



Quando inserir o DIU com cobre

Em qualquer dia do ciclo menstrual! Muitos profissionais acreditam que somente durante a menstruação é possível a inserção ou retirada do DIU, mas isso não é uma condição necessária e pode ser uma barreira organizacional do serviço para que o procedimento seja realizado.

Atualmente a inserção do DIU no mesmo dia da consulta em que ele é ofertado é o padrão ouro para ampliação da escolha e aceitação das mulheres pelo método.

Lembrete: No caso de inserção do DIU fora do período menstrual, é recomendada, dependendo da situação, a realização do teste rápido de gravidez.

Recomenda-se exame ginecológico completo (especular e toque bimanual) antes da inserção do DIU com cobre.

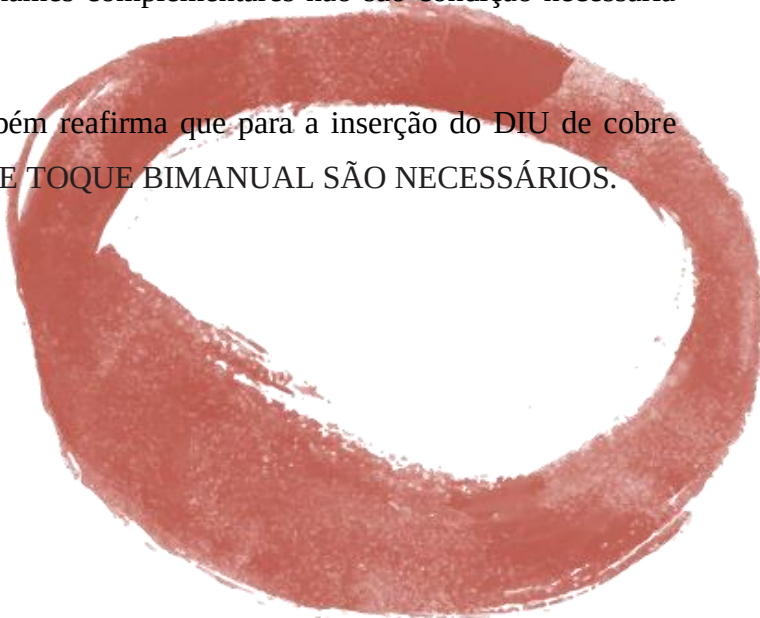
Lembrete:

As mulheres podem começar a utilizar o DIU de cobre:

- Sem testes preventivos para câncer cervical;
- Sem exame das mamas;
- Sem uma verificação de pressão arterial;
- Sem profilaxia antibiótica.

O manual para profissionais de Saúde da OMS de 2018 sugere que quando disponível, um exame de hemoglobina e testes para IST, incluindo o HIV pode contribuir para um uso seguro e eficaz do método. No entanto, esses exames complementares não são condição necessária para a realização do procedimento.

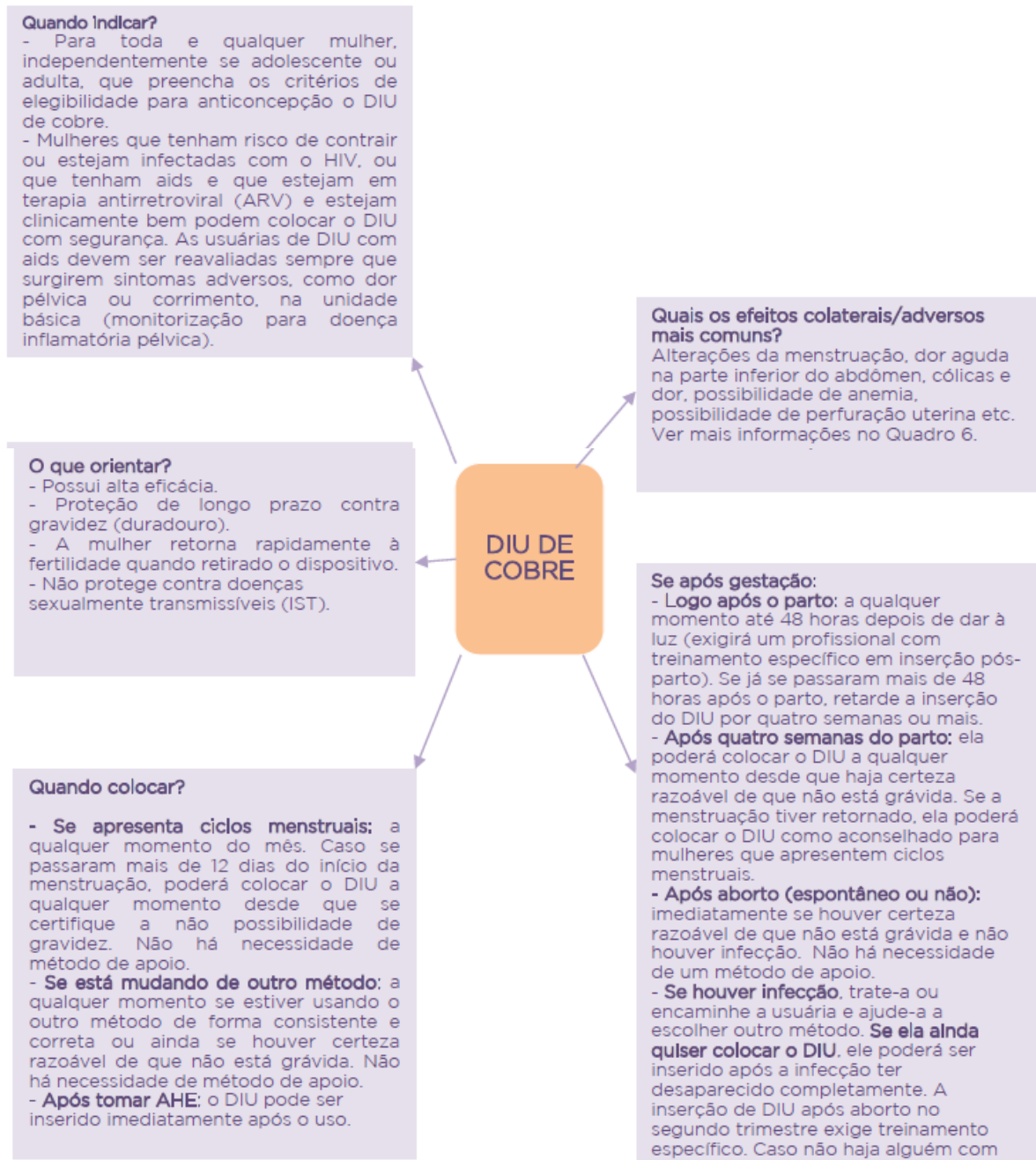
Uma revisão do Uptodate em 2020 também reafirma que para a inserção do DIU de cobre **SOMENTE UM EXAME ESPECULAR E TOQUE BIMANUAL SÃO NECESSÁRIOS.**



RESUMINDO...

Segue abaixo uma sugestão de fluxograma para a orientação de uso do DIU de cobre presente no **Protocolo da atenção básica para a Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde de 2016**.

FIGURA: FLUXOGRAMA DIU DE COBRE



Fonte: Brasil (2016, p 160)

Orientação para o treinamento em modelo pélvico 1 Turno da tarde dia 01

Esse momento é o primeiro contato prático do cursista com a técnica de inserção do DIU de cobre. O objetivo inicial é se aproximar dos materiais utilizados, do modelo pélvico e da técnica para inserção e remoção do dispositivo.

Como monitor apresente inicialmente em um modelo pélvico a técnica correta para a inserção e remoção do DIU para que todos da turma possam ver. Em seguida forme duplas entre os cursistas para que eles possam reproduzir o procedimento uma vez no modelo.

Explore as dúvidas iniciais, as dificuldades, estimule o grupo a pensar no serviço que cada um atua e como seria realizar esse procedimento no seu dia a dia de trabalho. Quais materiais estão disponíveis na sua unidade, o tamanho da sua sala, a presença de maca ginecológica, o tempo do procedimento etc.

Reforce que esse é o primeiro momento de prática nos modelos pélvicos e que no segundo dia de atividades o treinamento acontecerá no laboratório de habilidades da universidade com um tempo maior destinado para a prática.

Ao final do dia, antes de liberar os cursistas solicite que a atividade formativa 1 (disponível ao final do manual do cursista) seja realizada e entregue no dia 02 das atividades presenciais. Leia as orientações da atividade e tente esclarecer as possíveis dúvidas que surgirem.

Orientação para Atividade formativa 1

A partir das discussões e reflexões levantadas no primeiro dia de atividades do curso retorne para a sua equipe de saúde com a proposta de identificar como os profissionais do seu serviço pensam a inserção do DIU de cobre na atenção primária. Tente levantar as facilidades observadas por cada um assim como as barreiras que eles identificam. A percepção de todos (ou da maioria) é importante para que você consiga perceber as principais barreiras e como superá-las para a efetivação dessa nova oferta para as mulheres do seu território. Para organização desse levantamento rápido e melhor visualização dos dados levantados sugerimos utilizar o modelo de planilha abaixo mas você é livre para fazer em outro formato desde que cumpra a solicitação da atividade.

Prazo: Deve ser entregue no dia 02 de atividades do curso

Nota: 01 pt



Como você imagina a inserção de DIU de cobre no seu serviço?

Como seria se colocássemos DIU de cobre na nossa unidade?		
Profissional	Pontos positivos	Pontos negativos/Dificuldades

Orientação para aula e treinamento em modelo pélvico 2 MOMENTO 1 Turno da manhã dia 02

Inicie o dia com uma exposição da técnica de inserção e retirada do DIU utilizando vídeos, fotos e o próprio modelo pélvico que esta na sala. Apresente as etapas do procedimento assim como as orientações necessárias antes, durante e depois da colocação do dispositivo.

Nesse segundo dia de atividades presenciais também esta previsto o segundo momento de treinamento prático nos modelos pélvico. Você como monitor deve posicionar cada cursista em duplas na bancada do laboratório de habilidades da UNEB. Você contará com estudantes monitores voluntários que já passaram pela disciplina de ginecologia e obstetrícia e estão treinados para realizar o procedimento de inserção e retirada do DIU e auxiliá-lo na supervisão das duplas. Utilize o turno para que o cursista realize o procedimento diversas vezes e retire as dúvidas que surgirem.

Passeie pela bancada dando atenção direcionada a cada dupla tentando contribuir para a aquisição da técnica de forma correta, assim como o reconhecimento dos materiais e orientações necessárias antes e depois do procedimento. Os estudantes monitores podem funcionar nesse momento como paciente simulado para que o cursista possa treinar o fornecimento dessas orientações.

Você deverá utilizar o barema avaliativo abaixo para observar cada cursista durante a realização do procedimento no modelo pélvico. Esta etapa é importante para compor a avaliação do cursista e ajuda-lo a perceber as principais lacunas de cada um. Realize um feedback ao cursista ao final de cada observação trazendo os pontos positivos identificados, as falhas e os pontos que necessitam de aprimoramento. Essa atividade tem valor de 04 pontos, mas nesse momento foque o feedback nos pontos de aprimoramento da técnica e não na nota.

Segue abaixo ementa da aula:



EMENTA AULA 3	
Objetivo: Apresentar as etapas para a inserção e retirada do DIU de cobre no ambulatório assim como as orientações necessárias antes, durante e depois da colocação do dispositivo.	
Recursos necessários: Datashow, computador, quadro, piloto	Tempo estimado: 40min
Metodologia proposta: Exposição dialogada	
Conteúdo: Técnica e materiais necessários para inserção do DIU no ambulatório	
Bibliografia básica: 1. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. 2. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.	

Barema avaliativo – técnica de inserção do DIU de cobre em modelo pélvico

Cursista: _____

Valor 04 pontos

	Adequado	Pode melhorar	Insatisfatório
1. Fornece as orientações pré-procedimento de forma clara a paciente?			
2. Manuseia de forma correta os materiais para a inserção do DIU?			
3. Realiza o exame pélvico bimanual corretamente?			
4. Realiza limpeza do cérvix corretamente antes de inserir o DIU?			

5. Realiza o pinçamento do colo de forma correta?			
6. Realiza a histerometria de forma correta?			
7. Demonstra habilidade na preparação do DIU			
8. Fornece as orientações pré-procedimento de forma clara a paciente?			
9. Manuseia de forma correta os materiais para a inserção do DIU?			
10. Realiza o exame pélvico bimanual corretamente?			
11. Realiza limpeza do cérvix corretamente antes de inserir o DIU?			
12. Realiza o pinçamento do colo de forma correta?			
13. Realiza a histerometria de forma correta?			
14. Demonstra habilidade na preparação do DIU			
15. Realiza a introdução do dispositivo de forma lenta e delicada?			
16. Realiza de forma sequenciada a retirada do êmbolo e do tubo guia?			
17. Realiza o corte dos fios na altura correta?			
18. Realiza as informações pós-procedimento de forma clara a paciente?			
19. Demonstra conforto com a técnica durante o procedimento?			

Feedback: Descreva de forma sucinta os principais pontos a melhorar e informe- os ao cursista ao final do procedimento_____

BLOCO TEMÁTICO 2 - Procedimento

Técnica de inserção do DIU no ambulatório e materiais necessários

Materiais necessários:

- Histerômetro
- Pinça de Pozzi
- Pinça Cheron (para antissepsia)
- Espéculo (pode ser descartável)
- Tesoura
- Pacote de gaze
- Luva de procedimento
- Luva estéril
- Foco de luz

Os Instrumentos devem estar sob esterilização cirúrgica.



Uma mulher que tenha optado pelo DIU precisa saber o que acontecerá durante a inserção. Converse com a paciente antes e durante e após o procedimento. Explique os passos da inserção. Mostre a ela o espéculo, o DIU e o aplicador, dentro da embalagem. Alerta sobre a possibilidade de desconforto ou cólicas durante o procedimento e solicite que ela o informe caso ocorra.

Apesar de não ter evidências científicas sólidas pode-se administrar Ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico 30 minutos antes da inserção para ajudar a reduzir as cólicas e a dor. Não dê aspirina, pois ela retarda a coagulação do sangue.

Algumas etapas do procedimento podem ser mais desconfortáveis do que outras por isso alerte-a antes de executar um passo que possa causar dor ou possa sobressaltá-la. Pergunte, de tempos em tempos, se ela está sentindo dor.

Após o procedimento oriente que pode ocorrer ainda cólicas e dor por alguns dias. Sugira Ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) ou outro analgésico conforme a necessidade. Também é possível sangramento ou manchas logo após a inserção e que isto pode continuar por 3 a 6 meses.

Informe a paciente que ela pode verificar os fios do DIU se ela quiser, especialmente nos primeiros meses e após a menstruação, para confirmar que seu DIU ainda está no lugar.

Lembrete! O planejamento reprodutivo não é uma consulta só da mulher. Incentive a participação da parceria e oriente como ele/ela pode ajudar: Apoie a escolha do DIU. Mostre compreensão e apoio se ela tiver efeitos colaterais. Use preservativos de forma consistente além do DIU se ele tiver uma IST/HIV ou pensa que pode estar em risco. Ajude a lembrar quando o DIU deve ser removido.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

11. **Realize exame pélvico bimanual.** Um útero retrovertido exige a retificação com tração da pinça Pozzi durante a inserção do DIU.
12. **Introduza o espéculo**
13. **Realize pinçamento do lábio anterior do colo com pinça de Pozzi, delicadamente.**
14. **Faça a histerometria de forma lenta e delicada para determinar a profundidade e a angulação uterina.**
15. **Prepare o DIU.** Solicitar ao auxiliar (caso haja) a abertura da embalagem do DIU de acordo com orientações do fabricante. Introduza as hastes no condutor-guia de inserção.
16. **Adote uma técnica cuidadosa, lenta e de manipulação suave.** Isso reduz desconforto na mulher e a chance de perfuração uterina, laceração do colo ou outras complicações. Durante a inserção, mantenha as hastes do DIU na posição horizontal, com os ramos horizontais no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero.
17. **Aloje o DIU no fundo do útero.**
A maior parte dos fabricantes do DIU orienta utilizar técnica retrátil para sua colocação. Neste sistema, o tubo de inserção, carregado com o DIU, é inserido até o fundo, conforme medida indicada pelo histerômetro e, em seguida, o tubo de inserção é retirado parcialmente, enquanto o êmbolo interno é mantido fixo. Isto libera as hastes do DIU e o coloca em posição.
18. **Aguarde alguns segundos e, em seguida, retire primeiramente o êmbolo e depois o tubo-guia.**
19. **Corte os fios deixando-os com cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino.**
20. **Mantenha a mulher deitada por cerca de quinze minutos após o procedimento para reduzir o desconforto.**

Lembrete: Menos de 5% das mulheres sentem níveis moderados ou agudos de dor. As reações vasovagais, tais como suor, vômito ou desmaios breves ocorrem em, no máximo, 0,5 a 1% das mulheres e geralmente são de duração curta. A simples permanência em decúbito dorsal e observação clínica são suficientes na maioria dos casos.

Mulheres que nunca deram à luz, as que tiveram apenas parto por cesárea ou aquelas cujo último parto tenha ocorrido há bastante tempo, têm maior probabilidade de apresentar estes sintomas.



Atenção! Em caso de necessidade de remoção da paciente para um nível de assistência hospitalar ou pré-hospitalar o profissional de saúde deve conhecer a rede de assistência do seu território direcionando a paciente para a unidade mais próxima. O SAMU 192 também é uma ferramenta de cuidado do SUS que pode servir de suporte para esse momento.

Para aprofundar o conhecimento:

Prine L, Shah M. Long-Acting Reversible Contraception: Difficult Insertions and Removals. Am Fam Physician. 2018 Sep 1;98(5):304-309. PMID: 30216029.

FIGURA 5 – ILUSTRAÇÃO DA TÉCNICA DE INSERÇÃO DO DIU DE COBRE

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente

INSERÇÃO DO DIU DE COBRE: QUANDO E COMO FAZER?



1. Técnica de inserção de DIU – ambulatorial



Técnica de inserção do DIU de cobre ambulatorial – Brasil, 2018 – p.34

- Introduzir o aplicador com o DIU no útero até sentir que atingiu o fundo uterino. (**Figura A**)
- Segurar o êmbolo do aplicador e retraindo o tubo de inserção, liberando os braços do T. Após a liberação dos braços, o tubo de inserção deve ser movido suavemente para cima até que seja sentida a resistência do fundo do útero. (**Figura B**)
- Retirar o êmbolo segurando o tubo de inserção fixo e depois retirar cuidadosamente o tubo de inserção (aplicador). (**Figura C**)
- Cortar os fios que ficaram na vagina 2 a 3 cm do orifício externo da cérvix.

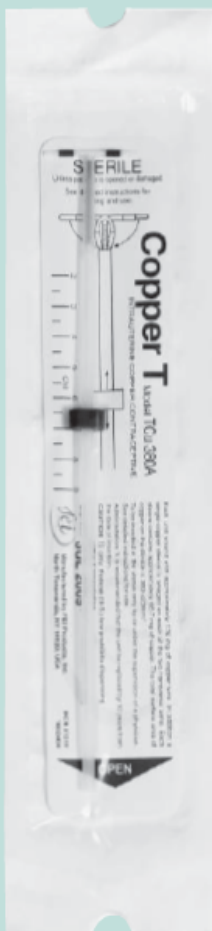
portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Fonte: <https://pt.slideshare.net/portaldeboaspraticas/insero-do-diu-de-cobre-quando-e-como-fazer>

Prevenção de infecções na inserção do DIU

A correta técnica de inserção poderá ajudar a prevenir muitos problemas, tais como infecção, expulsão e perfuração.

- Follow Siga os procedimentos adequados para prevenção de infecções.
- Utilize instrumentos estéreis ou de alto nível de desinfecção. Obtenha desinfecção de alto nível através da fervura, vapor ou deixando-os de molho em produtos desinfetantes.
- Utilize um DIU novo, pré-esterilizado cuja embalagem inclua o seu aplicador.
- A técnica de inserção “sem toque” é a melhor. Isto inclui não permitir que o DIU ou sonda uterina toquem quaisquer superfícies não-estéreis (por exemplo, as mãos, espéculo, vagina, topo da mesa). A técnica sem toque abrange:
 - Carregar o DIU no aplicador enquanto o DIU ainda está na embalagem estéril, a fim de evitar que se toque diretamente o DIU
 - Limpar o cérvix completamente com antisséptico antes da inserção do DIU
 - Tomar cuidado para não tocar a parede vaginal ou lâminas do espéculo como a sonda uterina ou o aplicador do IUD carregado
 - Passar a sonda uterina e o aplicador de DIU carregado somente uma vez, cada um, pelo canal cervical



Fique atento! Após o término do procedimento registre no prontuário o comprimento dos fios do DIU em relação ao colo uterino. Este será um parâmetro importante para avaliar a correta localização do DIU na cavidade uterina, na consulta de seguimento (após o próximo ciclo menstrual ou de 30 a 40 dias após a inserção).

Caso o fio não seja localizado ou se apresente maior do que o deixado no momento da inserção, considere a possibilidade de mal posicionamento ou expulsão parcial do DIU.

Fonte: OMS (2007, p 142)

Orientação para MOMENTO 2 Turno da tarde dia 02

Para a abordagem temática desse momento propomos como metodologia uma exposição dialogada associada a discussão de casos clínicos acerca do tema. Para evitar um longo período de fala do monitor incentive que ao longo da sua apresentação os cursistas possam abordá-lo trazendo dúvidas, reflexões e/ou experiências que dialoguem com o tema em questão. Lembre-se para além de uma transmissão de conhecimentos o objetivo do nosso curso é gerar reflexões acerca da prática do profissional por isso é de suma importância a participação dele em todos os momentos.

Como os temas abordam complicações durante e após a inserção do DIU e o acompanhamento da mulher após essa inserção é importante que os cursistas se sintam à vontade para retirar as dúvidas. Você pode dividi-los em duplas ou trios e sugerir que eles discutam os casos e apresentem para a turma, ou pode discutir os casos em conjunto provocando-os com perguntas disparadoras. Este momento é importante para pensar nas condutas imediatas, na rede de saúde disponível para auxiliá-los caso seja necessário suporte, assim como discutir o protocolo de acompanhamento e orientações que devem ser fornecidos a essa mulher.

Nas páginas que se seguem você irá encontrar referencial teórico atualizado acerca do tema da aula. Ele está disponível tanto no seu material quanto no material do cursista. Utilize-o também para consulta se necessário.

Caso o cursista queira ter acesso aos slides utilizados você poderá fornecê-lo nos intervalos das aulas.

Segue abaixo ementa da aula:

EMENTA AULA 4	
Objetivo: Discutir as principais intercorrências e condutas durante o procedimento de inserção ou retirada do DIU de cobre no ambulatório, assim como o acompanhamento regular das mulheres pós procedimento.	
Recursos necessários: Datashow, computador, quadro, piloto	Tempo estimado: 1h30min
Metodologia proposta: Exposição dialogada e discussão de casos clínicos	
Conteúdo: 1. Intercorrências durante a inserção do DIU – condutas na AB e rede de saúde disponível para suporte 2. Acompanhamento pós-inserção do DIU com cobre – orientações e possíveis desdobramentos (infecção pélvica, expulsão do DIU, DIU mal posicionado, dor etc.)	

Bibliografia básica:

1. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.
2. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Acompanhamento pós-inserção do DIU com cobre – orientações e possíveis desdobramentos

Regularmente toda usuária deve retornar para uma consulta de revisão entre 30 a 45 dias da inserção do dispositivo intrauterino para realização de exame clínico-ginecológico e avaliação do padrão de sangramento e da satisfação da mulher e parceiro (a) com o método. As demais consultas de saúde da mulher com avaliação ginecológica e coleta de citologia cervico-vaginal devem ocorrer sem alterações.

Não há contraindicação para a mulher realizar suas atividades cotidianas após a inserção do DIU. Ela deve ser orientada a usar preservativo masculino ou feminino ou outro método contraceptivo durante 7 dias após a colocação, período de adaptação do organismo.

No retorno observar possíveis situações:

QUADRO 6 – INTERCORRÊNCIAS COMUNS APÓS O PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DO DIU DE COBRE

Situação problema (sinais/sintomas)	Suspeita diagnóstica	Conduta
Febre, dor pélvica aguda e persistente	DIP (pensar em cervicite por Clamídia, assintomática no momento da inserção)	Antibioticoterapia para DIP. Caso a paciente não apresente melhora dos sintomas deve-se retirar o DIU.
Fio do DIU com cobre não é identificado ao toque ou ao exame especular	5. O DIU com cobre está adequadamente posicionado e o fio está no canal cervical; 6. O DIU com cobre foi expelido; 7. Houve perfuração uterina e o DIU com cobre migrou para a	5. Excluir gravidez com teste rápido ou BHCG; 6. Tentar recuperar o fio com uma escova citobrush utilizada para coleta de Papanicolau colocada no orifício cervical; 7. Solicitar USG transvaginal (Tb pode ser útil o Rx de abdome)

	cavidade abdominal; 8. Ocorreu uma gravidez.	8. Caso o DIU esteja na cavidade abdominal encaminhar a paciente para realizar videolaparoscopia ou laparotomia para localização e extração do dispositivo.
Corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou sinusorragia e dispareunia	Expulsão do DIU com cobre (ocorre em até 4 a 5% no primeiro ano)	Se encontrado na cavidade vaginal deve ser removido e descartado. Caso a paciente opte por manter o método deve-se realizar nova inserção com novo dispositivo.
Dor pélvica ou abdominal	DIP, gravidez Ectópica, aborto, perfuração uterina ou expulsão parcial do DIU	Conduzir cada suspeita específica como já descrito acima. Para o manejo da dor prescrever analgésicos como diclofenaco, indometacina, Ibuprofeno, ácido mefenâmico.
Menstruação intensa ou prolongada	Assegure a mulher de que esses sintomas são comuns a muitas usuárias de DIU e tendem a melhorar	Para alívio dos sintomas prescrição de Ácido tranexâmico (1500 mg) 3 vezes ao dia por 3 dias, depois 1000 mg uma vez ao dia por 2 dias, começando quando o sangramento intenso tiver início. Ou AINEs como Ibuprofeno (400 mg) ou indometacina (25 mg) 2 vezes por dia após as

refeições por 5 dias, começando quando o sangramento intenso tiver início. Caso os sintomas persistam avaliar investigação de Sangramento uterino anormal (SUA).

FONTE: Autor (2020)

Saiba mais: São fatores de risco para expulsão do DIU:

- História de expulsão prévia de outro DIU com cobre (probabilidade de nova expulsão de 30%).
- Aumento do fluxo menstrual e dismenorrea severa.

Idade ou paridade da mulher não modificam a taxa de expulsão do DIU!

Saiba mais: Assim como na DIP, usuárias de DIU com cobre que desenvolvam vaginose bacteriana, tricomoníase ou candidíase devem receber tratamento habitual, sem a necessidade de remoção do DIU.

Na consulta de retorno e ao longo do acompanhamento da mulher que faz uso do DIU com cobre deve-se observar o posicionamento correto do dispositivo. Todo DIU que esteja dentro da cavidade uterina está bem posicionado, mesmo que não esteja próximo ao fundo do útero. O DIU com cobre localizado acima do orifício interno e que não desceu no canal cervical tende a manter o fio do tamanho que foi cortado no momento da inserção.

Somente considera-se que o dispositivo esteja mal posicionado quando algum segmento se encontrar no canal cervical (abaixo do orifício interno). Nesse caso o dispositivo deve ser retirado.

Logo, se a mulher nas consultas subsequentes encontra-se assintomática e com fio sem modificação em relação ao comprimento no momento da inserção, entende-se que o DIU está bem posicionado.

Lembrete: Apesar de rotineiro, a solicitação de USG transvaginal para toda a mulher antes e após inserção do DIU não é obrigatória! Essa conduta pode significar uma importante barreira de acesso ao uso do método.

Como profissional longitudinal nas consultas subsequentes é importante que você pergunte a mulher se ela teve problemas de saúde novos que possam exigir a mudança do método. Trate destes problemas da forma apropriada. Pergunte se ocorreram mudanças importantes em sua vida que possam afetar suas necessidades—particularmente seus planos em ter filhos e risco de IST/HIV. Faça o acompanhamento necessário. Lembre-a sobre o tempo restante durante o qual o DIU ainda a protegerá de engravidar.

Assim como a inserção, a remoção do DIU de cobre é um procedimento simples e que não deve ser retardado pelo profissional de saúde caso haja necessidade ou apenas solicitação da mulher para sua retirada. É necessário compreender e estar de acordo com o procedimento para que a mulher não seja pressionada ou forçada a continuar utilizando o DIU.

O procedimento pode ser feito em qualquer época do mês, porém pode ser mais fácil durante a menstruação, quando o cérvix fica naturalmente mais amolecido. Nos casos de perfuração uterina ou se a remoção apresentar dificuldade, encaminhe a mulher a um clínico experiente que possa utilizar uma técnica de remoção apropriada.

Assim como para a inserção, antes de remover o DIU, explique à mulher o que acontecerá durante o procedimento. Insira um espécúlo para observar o cérvix e os fios do DIU e cuidadosamente limpe o cérvix e a vagina com uma solução antisséptica, como, por exemplo, iodo. Peça para a mulher respirar vagarosa e profundamente e relaxar. Estimule-a a sinalizar caso sinta dor durante o procedimento. Com o auxílio de fórceps estreito, puxe os fios do DIU lenta e suavemente até que o dispositivo saia completamente do cérvix.



Orientação para a roda de conversa 2 e momento final do curso

Esse é o último momento do curso de curso de Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde antes do início dos ambulatórios supervisionados. É importante que ele seja aproveitado para que os cursistas tragam o relato da produção da atividade formativa solicitada no primeiro dia do curso presencial. Fomente o compartilhamento sobre como foi a discussão com a equipe sobre pontos positivos e negativos para a implementação do serviço de inserção e retirada de DIU em cada unidade.

Para facilitar a visualização projete no computador uma tabela com os pontos positivos e negativos de todos os serviços. Estimule os cursistas a pensarem em estratégias para superar os desafios listados. As barreiras identificadas são de ordem organizacional, estrutural, pessoal ou social? Somente a articulação com a equipe é suficiente para resolvê-los? É necessário pensar em como atingir as mulheres? A gestão do município precisa ser envolvida? Outros serviços de saúde ou outros profissionais precisam ser acionados? Etc.

Ao final do turno realize uma avaliação qualitativa do curso. Você pode solicitar que cada participante levante pontos positivos, negativos e sugestões de mudança para as próximas edições. Estimule que todos falem tanto da etapa virtual quanto da etapa presencial do treinamento. Explore a avaliação do conteúdo, dos materiais fornecidos, da estrutura e da supervisão.

Aplique em seguida a avaliação teórica para os cursistas. Informe que ela é composta de 35 perguntas objetivas (SIM ou NÃO) sobre todo o conteúdo apresentado na etapa presencial do curso e que eles terão 40 minutos para responde-las e entregar a você. Nesse momento não será permitido consulta ao material didático e ela deve ser respondida individualmente.

Esta avaliação consta das mesmas questões aplicadas aos cursistas no início do curso e além de compor a sua nota final funcionará para que possamos avaliar a aquisição de conhecimento de cada um ao longo do curso.

É importante que antes de liberar a turma você informe sobre a divulgação do resultado de aprovação do curso para a etapa do ambulatório supervisionado assim como da emissão do certificado. Todos receberão posteriormente por e-mail essas informações.

Qualquer dúvida oriente-os a entrar em contato com a coordenação.

A você monitor, nosso muito obrigada pelo trabalho até aqui! Você foi crucial para que o curso acontecesse!

Um abraço.

Avaliação

A avaliação desta etapa do curso se dará a partir da composição de 04 notas sendo as que se seguem:

Nota1	Realização das atividades formativas propostas nos momentos online e presencial	2pts
Nota 2	Atividade teórica ao final da oficina de Habilidades de Comunicação online	2pts
Nota 3	Atividade prática em manequins	4pts
Nota 4	Avaliação teórica final	2pts

Para que o cursista siga para a atividade prática ambulatorial é necessário que este obtenha nota maior ou igual a 75% na avaliação anterior.

A certificação do curso será ofertada pela UNEB e estará dividida em duas partes sendo a primeira delas fornecida ao fim das atividades teórico-práticas para todos os profissionais que obtiverem nota maior ou igual a 75% nesta avaliação e uma segunda certificação considerando o profissional apto para inserir o DIU de cobre na APS após este completar 100% das atividades ambulatoriais previstas.

No caso do cursista não atingir os 75% nas atividades teórico-práticas ele NÃO poderá seguir para as atividades de ambulatório supervisionado, mas poderá realizar novamente o curso em outra turma caso tenha interesse.



Orientações para o ambulatório supervisionado

O ambulatório supervisionado para prática de inserção e retirada do DIU de cobre ocorrerá em um turno por semana durante um período de 2 meses nas instalações do Serviço médico da UNEB na Av Silveira Martins Campos 1 e contará com a presença de monitores que auxiliarão cada profissional durante o procedimento. Os médicos estarão em duplas com um monitor por sala e cada médico colocará um DIU e assistirá o colega colocar um DIU por turno. Ao final de todo turno de ambulatório serão discutidas em grupo as dificuldades percebidas no dia com feedback individualizado dos monitores.

Devido a estrutura do Serviço Médico da UNEB os profissionais serão divididos em grupos de 04 por turno para um melhor aproveitamento e condução da experiência além de garantir a segurança no procedimento para as mulheres e profissionais. As mulheres com interesse em colocar o DIU com cobre poderão ser agendadas previamente pela recepção do Serviço Médico ou pelos profissionais do curso respeitando sempre a quantidade de 04 mulheres por turno de ambulatório.

Para ter acesso ao Serviço Médico da UNEB o profissional receberá crachá de identificação do curso e deverá levar um jaleco pessoal. Os demais materiais necessários para a realização do procedimento será disponibilizado no dia no próprio ambulatório.

Ao longo do estágio é necessário que o profissional realize o procedimento de inserção do DIU corretamente um mínimo de 05 vezes para ser considerado apto para realizar o procedimento fora do ambulatório supervisionado. Não recomendamos que o profissional realize o procedimento sem supervisão até receber a certificação do curso.

Esta previsto que após o fim do curso, durante um período de 3 meses o médico poderá contar com um monitor para orientá-lo na inserção do DIU em sua unidade de saúde. Será definido de acordo com a disponibilidade do monitor e do profissional um turno no mês para que essa supervisão aconteça.



Referências básicas

7. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
8. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
9. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.
10. Machado, Rogério Bonassi. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas - - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).
11. Report MW. U. S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. Vol. 65. 2016.
12. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.



Anexos

Questionário de avaliação teórica (pré-curso)

Cursista _____ Ano de formado _____

Tempo de atuação na APS _____ Especialidade ou residência médica ()SIM ()NÃO. Qual? _____

Experiência com colocação de DIU ()SIM ()NÃO

Bem-vindo ao curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde. Antes de iniciarmos as atividades responda o questionário a seguir com SIM ou NÃO para cada sentença.

1. São mulheres candidatas ao uso do DIU de cobre:

	SIM	NÃO
1.1 Mulheres no pós parto		
1.2 Mulheres no pós aborto		
1.3 Nulíparas		
1.4 Adolescentes		
1.5 Mulheres com história de gravidez ectópica		
1.6 Mulheres em vigência de vaginose bacteriana		
1.7 Mulheres HIV positivo		
1.8 Mulheres com passado de IST nos últimos 2 anos		
1.9 Mulheres com passado de DIP nos últimos 5 anos		

2. É efeito colateral do uso do DIU de cobre:

	SIM	NÃO
2.1 Dor de cabeça		
2.2 Mudanças de humor		
2.3 Acne		
2.4 Mastalgia		

3. Durante o aconselhamento é apropriado dar ênfase aos seguintes sintomas:

	SIM	NÃO

3.1 Risco de anemia		
3.2 Sangramento irregular		
3.3 Dismenorreia		
3.4 Menorragia		
3.5 Dor na relação sexual		

4. Sobre o procedimento de inserção e retirada do DIU de cobre:

	SIM	NÃO
4.1 pode ser realizado em ambiente ambulatorial		
4.2 Pode ser inserido no mesmo dia do aconselhamento do planejamento reprodutivo		
4.3 Não é necessário exames complementares antes do procedimento		
4.4 Não é necessário exames complementares após o procedimento		
4.5 É necessário realizar exame bimanual antes de iniciar o procedimento		
4.6 Se o DIU de cobre estiver dentro da cavidade uterina, mesmo que não no fundo do útero ele esta bem posicionado		
4.7 O corte do fio do DIU deve ser feito deixando cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino.		
4.8 O procedimento é mais fácil mais durante a menstruação, quando o cérvix fica naturalmente mais amolecido		
4.9 Os materiais necessários para o procedimento são: Histerômetro, Pinça de Pozzi, Pinça Cheron (para antisepsia), Espéculo (pode ser descartável), Tesoura, Pacote de gaze, Luva de procedimento, Luva estéril e foco de luz.		

5. Sobre as intercorrências durante e após o procedimento:

	SIM	NÃO
5.1 A mulher pode sentir dor durante o procedimento		
5.2 Nulíparas, mulheres que só tiveram parto cesárea ou que tiveram parto há bastante tempo tem mais chance de apresentar sintomas durante o procedimento		
5.3 Reações vasovagais são comuns em algumas pacientes, mas são facilmente conduzidas com observação clínica		

5.4 A adoção de uma técnica cuidadosa, lenta e de manipulação suave evita efeitos adversos durante o procedimento		
5.5 Complicações pós o procedimento são raras		
5.6 O retorno para avaliação da paciente deve acontecer entre 30 a 45 dias do procedimento		
5.7 Se a paciente apresentar febre, dor pélvica aguda ou persistente deve-se suspeitar de DIP		
5.8 Se o fio do DIU não for encontrado na consulta de retorno deve-se investigar gestação, tentar recuperar o fio com escova citobrush e caso necessário solicitar USG transvaginal		

Avaliação teórica final

Cursista _____ Ano de formado _____

Tempo de atuação na APS _____ Especialidade ou residência médica ()SIM ()NÃO. Qual? _____

Experiência prévia com colocação de DIU ()SIM ()NÃO

Esta avaliação teórica final faz parte das estratégias de avaliação do curso de atualização em Planejamento Reprodutivo e técnicas de inserção e retirada do DIU de cobre na atenção primária a saúde. Ela é composta de 35 perguntas objetivas (SIM ou NÃO) sobre todo o conteúdo apresentado nesta etapa presencial do curso e tem valor de 02 pontos. Você terá 40 minutos para respondê-la.

Boa sorte a todos!

1. São mulheres candidatas ao uso do DIU de cobre:

	SIM	NÃO
1.1 Mulheres no pós parto		
1.2 Mulheres no pós aborto		
1.3 Nulíparas		
1.4 Adolescentes		
1.5 Mulheres com história de gravidez ectópica		
1.6 Mulheres em vigência de vaginose bacteriana		
1.7 Mulheres HIV positivo		
1.8 Mulheres com passado de IST nos últimos 2 anos		

1.9 Mulheres com passado de DIP nos últimos 5 anos		
--	--	--

2. É efeito colateral do uso do DIU de cobre:

	SIM	NÃO
2.1 Dor de cabeça		
2.2 Mudanças de humor		
2.3 Acne		
2.4 Mastalgia		

3. Durante o aconselhamento é apropriado dar ênfase aos seguintes sintomas:

	SIM	NÃO
3.1 Risco de anemia		
3.2 Sangramento irregular		
3.3 Dismenorreia		
3.4 Menorragia		
3.5 Dor na relação sexual		

4. Sobre o procedimento de inserção e retirada do DIU de cobre:

	SIM	NÃO
4.1 Pode ser realizado em ambiente ambulatorial		
4.2 Pode ser inserido no mesmo dia do aconselhamento do planejamento reprodutivo		
4.3 Não é necessário exames complementares antes do procedimento		
4.4 Não é necessário exames complementares após o procedimento		
4.5 É necessário realizar exame bimanual antes de iniciar o procedimento		
4.6 Se o DIU de cobre estiver dentro da cavidade uterina, mesmo que não no fundo do útero ele está bem posicionado		
4.7 O corte do fio do DIU deve ser feito deixando cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino.		
4.8 O procedimento é mais fácil mais durante a menstruação, quando o cérvix fica naturalmente mais amolecido		

4.9 Os materiais necessários para o procedimento são: Histerômetro, Pinça de Pozzi, Pinça Cheron (para antisepsia), Espéculo (pode ser descartável), Tesoura, Pacote de gaze, Luva de procedimento, Luva estéril e foco de luz.		
---	--	--

5. Sobre as intercorrências durante e após o procedimento:

	SIM	NÃO
5.1 A mulher pode sentir dor durante o procedimento		
5.2 Nulíparas, mulheres que só tiveram parto cesárea ou que tiveram parto há bastante tempo tem mais chance de apresentar sintomas durante o procedimento		
5.3 Reações vasovagais são comuns em algumas pacientes, mas são facilmente conduzidas com observação clínica		
5.4 A adoção de uma técnica cuidadosa, lenta e de manipulação suave evita efeitos adversos durante o procedimento		
5.5 Complicações pós o procedimento são raras		
5.6 O retorno para avaliação da paciente deve acontecer entre 30 a 45 dias do procedimento		
5.7 Se a paciente apresentar febre, dor pélvica aguda ou persistente deve-se suspeitar de DIP		
5.8 Se o fio do DIU não for encontrado na consulta de retorno deve-se investigar gestação, tentar recuperar o fio com escova citobrush e caso necessário solicitar USG transvaginal		