



Barreras organizativas para facilitación e implantación del dispositivo intrauterino en los servicios de atención básica de salud*

Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde

Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in primary health care services

Vanderléa Aparecida Silva Gonzaga¹, Ana Luiza Vilela Borges², Osmara Alves dos Santos¹, Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa¹, Renata Ferreira Sena Gonçalves¹

Cómo citar este artículo:

Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Santa Rosa PLF, Gonçalves RFS. Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03270. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>

* Extraído de la tesis “Barreiras organizacionais para disponibilização do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde (macrorregião sul de Minas Gerais)”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2016.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify organizational barriers to IUD availability in Primary Health Care services from the perspective of women's health coordinators. **Method:** This is a quantitative study carried out with women's health officials from the municipalities of the southern macro region of Minas Gerais, Brazil, with an *on-line* completion of a structured instrument and a descriptive data analysis. **Results:** 79 technicians participated in the study. Among the municipalities, 15.2% do not provide IUDs and 8.3% do not refer women to other services, 53.7% do not provide IUDs at basic health units. Among those who provide the IUD, 68.7% do not have a specific protocol and 10.5% do not adopt pregnancy as a condition that makes it impossible to insert the IUD, and 80.6% adopt unnecessary conditions, such as vaginal infection. As a criterion for IUD access, 86.5% referred to a medical prescription, 71.6% required exams, 44.6% were over 18 years of age and 24.4% participation in groups, none based on scientific evidence. Only the doctor inserted the IUD. **Conclusion:** Problems in the access to the IUD were identified due to organizational barriers to its availability and insertion, such as the lack of availability of the method or the excess of unnecessary criteria to make it available.

DESCRIPTORS

Intrauterine Devices; Family Planning; Sexual and Reproductive Health; Primary Care Nursing; Women's Health.

Autor correspondiente:

Ana Luiza Vilela Borges
Departamento de Enfermagem
em Saúde Coletiva
Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar,
419 – Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
alvilela@usp.br

Recibido: 11/01/2017
Aprobado: 20/07/2017

INTRODUCCIÓN

El acceso y el uso de métodos contraceptivos tienen efectos positivos en los niveles de salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, pues actúa en la prevención de gestaciones no planificadas y, consecuentemente, en la reducción de morbilidad materna y abortos inseguros⁽¹⁾. El Sistema Único de Salud (SUS) facilita distintos tipos de métodos contraceptivos, incluyendo los reversibles de larga duración, como el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. Se trata de un método seguro, altamente eficaz, con tasas de fallas extremadamente bajas, semejantes a las observadas en la esterilización quirúrgica femenina (0,5%)⁽²⁻⁴⁾. Es el método reversible más utilizado en todo el planeta^(1,5); sin embargo, permanece subutilizado en algunas regiones del mundo (Norteamérica, Sur de Asia, Oceanía, África subsahariana⁽⁶⁻⁷⁾ y América Latina)⁽⁸⁾.

En Brasil, el uso de DIU es poco frecuente, habiéndose referido a él solo el 1,5% de las mujeres entrevistadas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2006⁽⁹⁾, probablemente en virtud de los temas de acceso a los servicios sanitarios y utilización de esos. El acceso a los servicios sanitarios puede estar centrado en las características de los individuos (aquel que procura cuidados y aquel que lo conduce dentro del sistema sanitario); las características de la oferta; en ambas características; o en la relación entre ellos (individuos y oferta)⁽¹⁰⁾. De esa manera, nuestro supuesto es que el acceso a la utilización de los servicios sanitarios puede presentar grados diferentes de facilidades o dificultades, dependiendo de la organización de los servicios sanitarios, los recursos disponibles (como los métodos contraceptivos) y las características de la oferta, determinando la respuesta a las necesidades sanitarias de una población, es decir, hay distintas barreras organizativas e individuales que involucran el acceso de las mujeres al DIU en el país.

Se consideran barreras organizativas para el acceso al DIU los criterios innecesarios para su implantación, como el condicionamiento a la participación en grupos educativos; la oferta insuficiente y discontinuada del método; el conocimiento inadecuado de profesionales sanitarios acerca de sus mecanismos de acción; la falta de profesionales habilitados – sumada a la exclusividad del profesional médico para su implantación; y, finalmente, ausencia de protocolos simplificados^(2,11-13). A su vez, entre las barreras individuales, se destacan el bajo nivel de conocimiento de las mujeres y las parejas sobre el método: mitos y tabúes acerca del DIU, como la creencia en la posibilidad de provocar cáncer, de ser abortivo y de ser poco eficaz; recelo de los efectos colaterales, como el aumento del flujo menstrual, tanto en número de días como en volumen; y creencia de no ser apropiado para las mujeres nulíparas, jóvenes o solteras^(2,13-18).

Ambas barreras se vivencian en los servicios de Atención Básica de Salud (ABS) en el país⁽¹²⁾ e impiden el pleno acceso al DIU, contribuyendo a la baja frecuencia de su uso y constituyéndose como un obstáculo al pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos⁽¹²⁾.

En Brasil, son escasos los estudios recientes que exploran detalladamente las barreras organizativas enfrentadas por las

mujeres para acceder a métodos contraceptivos, incluyendo el DIU, según su región de residencia. De esa manera, nuestro objetivo fue identificar las barreras de acceso de las mujeres a los servicios de ABS para la introducción del DIU, desde el punto de vista de los trabajadores de las áreas técnicas de los municipios de una macrorregión sanitaria.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, conducido en las coordinaciones del área técnica de salud de la mujer de las Secretarías Municipales de Salud de las Superintendencias Regionales de Salud (SRS) de la macrorregión Sur de Minas Gerais, realizado de marzo a mayo de 2016. Las personas que respondieron a la encuesta fueron los coordinadores del área técnica de salud de la mujer de cada municipio, elegidos por el criterio de ser los responsables de dicha área técnica o, en su ausencia, los trabajadores que sabían responder por la facilitación del DIU.

Se solicitó autorización, por oficio, a los superintendentes regionales de salud de las cuatro regionales, para la realización de la investigación. Pese a que las respuestas fueron positivas, se requirió que la investigadora también se contactase con los gestores de salud de los municipios, a fin de que se enterasen de la investigación y diesen su permiso. La investigadora solicitó autorización a todos los gestores sanitarios del total de municipios (n=153): 86 autorizaron la recolección de datos (56,2%), 64 municipios no respondieron (41,8%) y 3 rehusaron participar (2,0%).

En posesión de las autorizaciones, se lograron informaciones acerca de los coordinadores en la Secretarías Municipales de Salud. Fueron contactados por teléfono, momento en que se les aclaró acerca de los objetivos y procedimientos del estudio. Además, se les solicitó su dirección electrónica y el permiso para envío del cuestionario. Por mensaje electrónico, además del cuestionario, también fueron enviados una invitación y un Consentimiento Informado Libre y Aclarado (CILA) para adhesión y participación voluntarias en el estudio.

Entre los municipios que autorizaron la encuesta, se obtuvieron 80 respuestas, lo que corresponde al 93% del total de autorizaciones, siendo que una respuesta fue excluida, pues se recibieron dos respuestas del mismo municipio (en ese caso, se consideró la respuesta del coordinador del área técnica de Salud de la Mujer del municipio). Así, fueron incluidas 79 respuestas (91,8% de las autorizaciones) de trabajadores (15 municipios de la SRS de Alfenas, 11 municipios de la SRS de Passos, 29 municipios de la SRS de Pouso Alegre y 24 municipios de la SRS de Varginha).

Pronto después de la aceptación de su participación, los participantes en el estudio respondieron en línea a un cuestionario semiestructurado, autorellenable, desarrollado por la propia investigadora en la aplicación *Google forms*. El cuestionario se dividió en cinco bloques: 1) informaciones sobre características de la SRS; 2) perfil del profesional participante en la encuesta; 3) actividades de atención a la salud de la mujer con relación al DIU; 4) actividades educativas con relación a la planificación familiar; y 5) consideraciones de quienes respondían con respecto a la existencia de dificultades y facilidades para que las mujeres obtuviesen el DIU.

El banco de datos fue originado a partir del *Google forms*. El análisis estadístico lo llevó a cabo el *software* Stata, versión 14.2, en tres etapas. En la etapa 1, se analizó la caracterización de los profesionales entrevistados mediante las variables: edad, sexo, grado de escolaridad, tipo de especialización, profesión y tiempo de actuación en el cargo. En la etapa 2, se caracterizó la atención a la facilitación/implantación del DIU. A esos efectos, las variables utilizadas fueron las relacionadas con la facilitación/implantación del DIU: facilitación del DIU (no o sí); existencia de protocolo específico para facilitación del DIU (no o sí); condiciones que pueden imposibilitar la implantación del DIU (anemia, VIH, infección vaginal, aborto espontáneo o inducido reciente, historia anterior de Enfermedad Inflamatoria Pélvica – EIP, embarazo, historia anterior de embarazo ectópico, estar amamantando, diabetes, hipertensión, ejecución de trabajo físico pesado y otro); profesional que implanta el DIU (médico ginecólogo/obstetra, médico generalista, enfermero obstetra, enfermero generalista y otro); programación para implantación del DIU (no o sí); tiempo medio esperado por la mujer, entre el día de la consulta o el día que ella comunica su interés en utilizar el DIU hasta su implantación (menos de 1 semana, entre 1 y 4 semanas o más de 1 mes); derivación de la mujer, en el caso de que el municipio no facilite el DIU (no deriva, deriva a otro municipio u otro); sitio para adquisición del DIU (Unidad Básica de Salud (UBS)/Estrategia Salud de la Familia (ESF), ambulatorio de especialidad, farmacia central, hospital, sector de salud de la mujer, secretaría de salud, otro municipio y otro); criterios necesarios para que la mujer tenga acceso al DIU (no hay criterios, tener prescripción solo del ginecólogo, tener prescripción solo de médico, tener prescripción solo de enfermero, con prescripción de ginecólogo, médico o enfermero, realizar exámenes, estar casada, tener edad arriba de 18 años, participar previamente en grupo educativo u otro). En la etapa 3, fueron

analizadas las variables relacionadas con las consideraciones de quienes respondieron: existencia de dificultades para que las mujeres obtuvieran el DIU (no o sí); existencia de facilidades para que las mujeres obtuvieran el DIU (no o sí).

El proyecto lo aprobó el Comité de Ética en Investigación de la Escola de Enfermagem de la Universidade de São Paulo (Número del Dictamen: 1.212.779), en observancia de las determinaciones de la Resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud, que reglamenta la ética en investigación que involucre a seres humanos en Brasil.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 79 trabajadores responsables del área técnica de Salud de la Mujer. La mayoría de los trabajadores que respondieron tenían edad entre 24 y 34 años (50,6%), eran del sexo femenino (97,5%) y enfermeros (89,9%), con tiempo de actuación en el puesto entre 1 y 5 años (59,5%), con especialización (62,0%), maestría (2,5%) o doctorado (1,3%). Entre los de posgrado, solo el 26,9% habían logrado la titulación en el área de Salud de la Mujer.

BARRERAS ORGANIZATIVAS RELACIONADAS CON LA FACILITACIÓN DEL DIU

Las barreras organizativas relacionadas con la facilitación del DIU están descritas en la Figura 1. Se observó que algunos municipios no facilitan el método (15,2%). De esos, el 58,4% derivan o referencian a otro municipio y el 33,3% utilizan otras formas de derivaciones, como red privada, especialista o al *Centro Viva Vida* (Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna del Gobierno de Minas Gerais). Es interesante notar que el 8,3% de los municipios, aparte de no facilitar el DIU, tampoco derivan a las mujeres con interés en utilizarlo. Entre los municipios que facilitan (84,8%), la mayoría no tiene protocolo específico para su facilitación (68,6%).

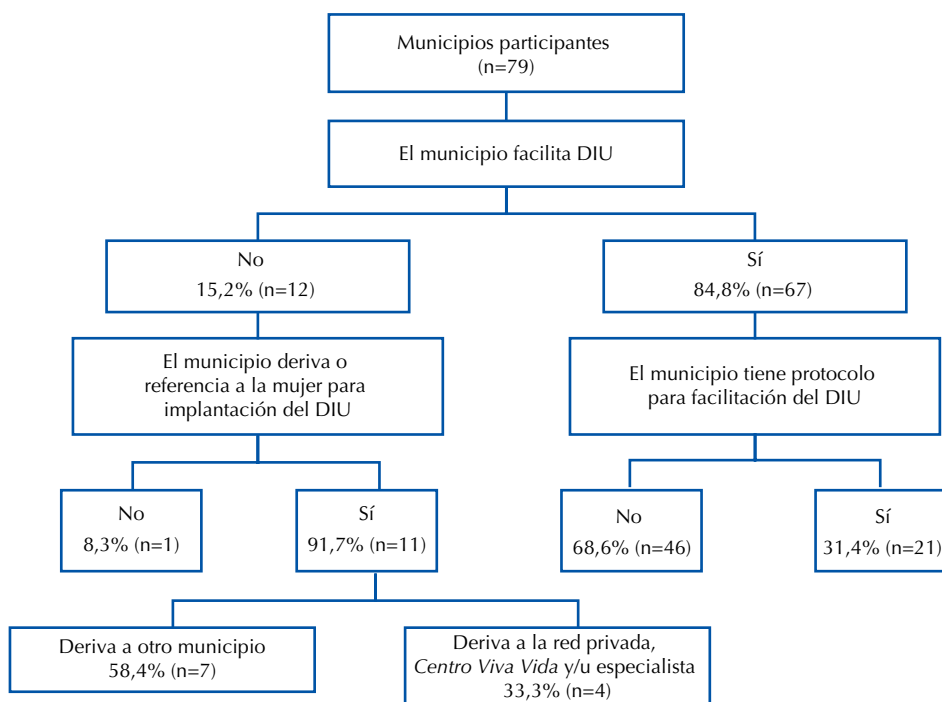
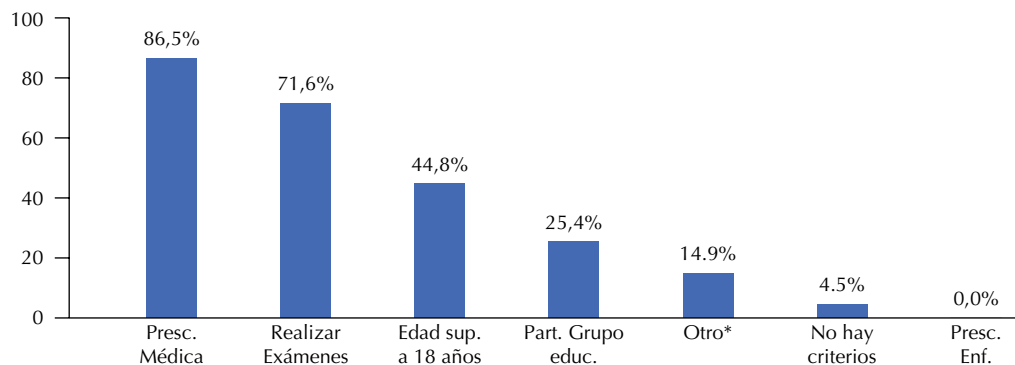


Figura 1 – Diagrama de facilitación del DIU – Macrorregión Sur de Minas Gerais, 2016.

La Figura 2 muestra las barreras organizativas relacionadas con los criterios establecidos por los servicios sanitarios para facilitación del DIU, siendo que la mayoría de los municipios lo facilita solo mediante: prescripción médica (86,5%), realización de exámenes (71,6%) y/o participación en grupo educativo (25,4%). Además, casi la mitad de los municipios

no les facilita el DIU a adolescentes (44,8%). Otra barrera importante es que más de la mitad de los municipios relató no facilitar el DIU en las UBS/ESF (53,7%); el 79,2% facilitan en otras unidades de salud, como farmacia central, sector Salud de la Mujer, ambulatorio de especialidades, secretaría de salud y hospital.



*Estar casada, tener por lo menos un hijo, estar menstruada, preventivo actual de 6 meses.

Figura 2 – Criterios establecidos por los servicios sanitarios para facilitación del DIU, entre los municipios que lo facilitan – Macrorregión Sur de Minas Gerais, 2016.

BARRERAS ORGANIZATIVAS ASOCIADAS CON LA IMPLANTACIÓN DEL DIU

La Tabla 1 muestra las barreras relacionadas con las rutinas para la implantación del DIU. Se observó que la implantación se centra en un solo profesional sanitario, que es el médico. Otra

barrera verificada, en casi todos los municipios, fue la necesidad de programación previa para implantación del DIU. El tiempo medio esperado por la mujer para tener el DIU implantado, también considerado una barrera, es de 1 a 4 semanas (62,7%) – en casi un tercio, el tiempo sobrepasa 1 mes.

Tabla 1 – Rutina para implantación del DIU, según la existencia de protocolo de facilitación del DIU del municipio – Macrorregión Sur de Minas Gerais, 2016.

Rutinas para implantación del DIU	Total	
	n	%
Profesional que implanta el DIU		
Médico ginecólogo y obstetra	65	97,0
Médico generalista	02	3,0
Necesidad de programación previa para la implantación		
No	07	10,4
Sí	60	89,6
Tiempo de espera para la implantación		
1 a 4 semanas	42	62,7
Más de 1 mes	19	28,4
Menos de 1 semana	06	8,9

La mayor parte de los municipios adopta condiciones clínicas que impiden la implantación del DIU: infección vaginal (80,6%), historia anterior de EIP (40,3%), aborto espontáneo o inducido reciente (40,3%), anemia e historia anterior de embarazo ectópico (29,8%), VIH (26,9%),

estar amamantando y ejecución de trabajo físico pesado (4,5%), diabetes e hipertensión (3%). Llama la atención que el 10,5% de los municipios no adoptan el embarazo como condición que puede imposibilitar la implantación del DIU.

Tabla 2 – Condiciones que pueden imposibilitar la implantación del DIU, según protocolo de facilitación del DIU – Macrorregión Sur de Minas Gerais, 2016.

Condiciones que pueden imposibilitar la implantación del DIU	Presencia de protocolo de facilitación del DIU en el municipio				Total	
	Sí		No		n	%
	n	%	n	%		
Embarazo	18	85,7	42	91,3	60	89,5
Infección vaginal	20	95,2	34	73,9	54	80,6
Aborto espontáneo o inducido reciente	09	42,9	18	39,1	27	40,3
Historia anterior de EIP	09	42,9	18	39,1	27	40,3
Anemia	08	38,1	12	26,1	20	29,8
Historia anterior de embarazo ectópico	10	47,6	10	21,7	20	29,8
VIH	05	23,8	13	28,3	18	26,9
Otro*	02	9,5	07	15,2	09	13,4
Estar amamantando	01	4,8	02	4,4	03	4,5
Ejecución de trabajo físico pesado	02	9,5	01	2,2	03	4,5
Diabetes	02	9,5	-	-	02	3,0
Hipertensión	02	9,5	-	-	02	3,0

*Malformación uterina, flujo sanguíneo excesivo, sangrado vaginal sin causa definida, tumores uterinos, múltiples parejas, cuello del útero invertido, nuliparidad, espesamiento endometrial, presencia o sospecha de cáncer de cuello de útero y contraindicación médica.

Los participantes fueron cuestionados acerca de la existencia de dificultades y facilidades para que las mujeres obtuvieran el DIU (Tabla 3). La gran mayoría relató no haber dificultades, sino facilidades para la obtención del DIU (86,1%). La tasa

de participantes que relató dificultades es mayor entre los municipios que no facilitan el DIU (66,6%). Lo inverso ocurre con relación a las facilidades, es decir, fueron relatadas más facilidades entre los municipios que facilitan el DIU (94,0%).

Tabla 3 – Consideraciones de trabajadores sanitarios responsables del área técnica de Salud de la Mujer que relataron dificultades o facilidades para que las mujeres obtuviesen el DIU – Macrorregión Sur de Minas Gerais, 2016.

Consideraciones de quienes respondieron acerca de la existencia de dificultades o facilidades para la obtención del DIU	El municipio facilita el DIU						
	No		Sí		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
Existen dificultades	No	04	33,4	64	95,5	68	86,1
	Sí	08	66,6	03	4,5	11	13,9
Existen facilidades	No	07	58,4	04	6,0	11	13,9
	Sí	05	41,6	63	94,0	68	86,1

DISCUSIÓN

BARRERAS ORGANIZATIVAS RELACIONADAS CON LA FACILITACIÓN DEL DIU

FACILITACIÓN DEL DIU

Solo pequeña parte de municipios no facilita el DIU y, en algunos municipios, además de la no facilitación, no hay cualquier opción de referencia de las mujeres a otros servicios. La no facilitación del DIU y la no derivación para su colocación, por cualquier que sea el motivo (burocrático, logístico o por falta de decisión del municipio en facilitarlo), se constituye en barrera organizativa, muchas veces, intransponible a las mujeres. En ambos casos, la mujer puede quedarse sin acceso al DIU, a la vista de que puede enfrentar problemas que la imposibilite de ir a otros servicios, o estar desprovista de medios para tener su necesidad atendida. Estudios internacionales muestran que, cuando se ofrece el DIU mediante adecuado asesoramiento contraceptivo,

la mayoría de las mujeres tiende a optar por él⁽¹³⁾, lo que nos lleva a concluir que hay fallos en la implementación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pues la asistencia en contracepción prevé la oferta de todas las alternativas de métodos contraceptivos⁽¹⁹⁾, cuya financiación, compra y distribución le cabe al Ministerio de Salud⁽²⁰⁾, asegurando a la mujer autonomía en el control de su fecundidad y la elección del método al que mejor se adapte^(3,12).

Otra barrera organizativa identificada fue relativa al uso de protocolos, pues se evidenció que, entre los municipios que facilitan el DIU, la gran mayoría no tiene protocolo específico para facilitación del método. La falta o la no utilización de un protocolo con detalles operativos puede causar desencuentro de informaciones y variabilidad de las acciones entre los profesionales o entre los profesionales sanitarios y la mujer, provocando un proceso de trabajo desorganizado y sin respaldo legal⁽²¹⁾ – lo que puede señalar que se está impidiendo a la mujeres que tengan interés en utilizar el DIU de hacerlo.

CRITERIOS PARA FACILITACIÓN DEL DIU

En cuanto a los criterios para facilitación del DIU, los hallazgos de este estudio mostraron la existencia de vinculación del acceso al DIU a la consulta con especialista, la realización de exámenes, muchas veces innecesarios, y la participación en grupo educativo de planificación reproductiva, implicando barreras organizativas. Dichos hallazgos son relevantes, pues, en muchos municipios, el acceso a consultas, exámenes y grupos no es sencillo, ni tampoco rápido. Además, en cuanto a los criterios predichos en los manuales de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁷⁾ y del Ministerio de Salud⁽³⁾, el DIU puede implantarlo un profesional sanitario entrenado y habilitado; la mayoría de las mujeres pueden utilizarlo con seguridad y efectividad, sin ningún análisis de sangre o prueba preventiva para cáncer cervical, bastando el uso de los Criterios Clínicos de Elegibilidad; y, ante la imposibilidad de que la mujer participe en grupos educativos, se puede orientarla individualmente sobre el DIU^(3,17). La literatura enseña que las dificultades y los contratiempos organizativos, como horarios para atención, lentitud en los resultados de análisis y días y horarios de la realización de los grupos, limitan el acceso de las mujeres al DIU, que pueden optar por otro método contraceptivo que no atiende a sus necesidades contraceptivas o enfrentar un embarazo no planificado o indeseado⁽¹²⁾.

Otra barrera identificada está en el hecho de que mitad de los municipios no les facilita el DIU a adolescentes. Situación semejante fue observada en el municipio de São Paulo, en donde solo un tercio de las UBS relató colocación de DIU en adolescentes⁽²²⁾. Las adolescentes son vulnerables al embarazo no planificado y/o indeseado y no hay contraindicación al uso de DIU en ese grupo, lo que fundamenta su indicación en política de salud pública^(4,23).

Con respecto al sitio de facilitación del DIU, este estudio mostró que la mayoría de los municipios relató no facilitar en las UBS/ESF, estando generalmente centralizada su facilitación. La organización de la atención en contracepción debe darla, inicialmente, la UBS – siendo la colocación del DIU un procedimiento totalmente practicable en el nivel primario de la atención⁽³⁾. Es necesario reconocer que su facilitación, cuando ocurra en cualquier otro lugar que no sea el más próximo posible de las residencias de las mujeres, puede representar una barrera al acceso, pues la distancia y burocracia pueden constituirse como elementos obstaculizadores⁽²⁾.

BARRERAS ORGANIZATIVAS ASOCIADAS CON LA IMPLANTACIÓN DEL DIU

La limitación de la actuación de otros profesionales sanitarios – que no el médico – en la implantación del DIU puede constituirse en barreras para inserción del DIU, por el hecho de que ese profesional no siempre está capacitado o disponible para implantar el DIU⁽²²⁾. En Brasil, la implantación del DIU la pueden llevar a cabo otros profesionales sanitarios entrenados y capacitados^(3,17) y se subraya que enfermero(a) entrenado(a) y capacitado(a) tiene competencia legal para implantar y retirar el DIU⁽²⁴⁻²⁶⁾. Nuestros

hallazgos mostraron que la implantación del DIU la realizó solo el médico, lo que no se justifica, especialmente porque hay evidencias de que no existe diferencia en el desempeño de enfermeros y enfermeras obstetras en comparación con el desempeño de médicos en dicha acción⁽²⁷⁾.

Por lo tanto, la utilización de protocolos específicos y la ampliación de la actuación de otros profesionales sanitarios, entrenados y capacitados, en la facilitación/implantación del DIU, por medio de *Task Shifting*⁽²⁶⁾, pueden representar acciones eficaces y seguras para disminuir barreras al DIU, mejorar el acceso y evitar trastorno legal y ético al profesional sanitario⁽²⁸⁾.

Otra barrera importante para la implantación del DIU es la rutina de la programación previa, lo que nos hace reflejar sobre algunas consecuencias, por ejemplo, de embarazo no planificado o indeseado y de oportunidad perdida para colocación del DIU. Es importante resaltar que, hasta la fecha de la consulta subsiguiente para colocación del DIU, la mujer puede quedarse embarazada o encontrar diversas dificultades que la imposibilite de volver. Estudios muestran que la implantación del DIU debe ocurrir durante la propia consulta, pues varios retornos de las mujeres para obtención del DIU pueden disminuir las posibilidades de adhesión al método⁽²⁾. Sumada a la programación previa, otra barrera importante que contribuye a la dificultad de la implantación del DIU es el tiempo medio esperado por la mujer para tener el contraceptivo implantado – que sobrepasó 1 mes en más de un tercio de los municipios evaluados en la encuesta. El proyecto CHOICE, conducido en los Estados Unidos, reveló que existe asociación entre la disminución de barreras y el aumento del uso del DIU. Por medio de la implantación inmediata del método pronto después del manifiesto deseo de utilizarlo, sin costo para la mujer, el CHOICE rompió algunas barreras de acceso (tiempo de espera y costo) y aumentó su uso, del 3% al 56%⁽¹³⁾. Dicho proceso de trabajo, como la implantación inmediata del DIU, se considera factible en Brasil, en virtud de la alta cobertura de la población por la ESF (64,6%)⁽²⁹⁾.

La adopción de determinadas condiciones clínicas de la mujer como impeditivas para utilizar el DIU constituye, sin duda, una barrera para su implantación. Condiciones clínicas fueron citadas, por muchos de los municipios, como elementos que imposibilitan la implantación del DIU (infección vaginal, historia anterior de EIP y aborto espontáneo o inducido reciente, VIH y estar amamantando). La adopción de muchas de esas condiciones clínicas no tiene fundamento o es innecesaria y dificulta el acceso al método. Infección vaginal o estar amamantando, por ejemplo, no se constituyen, de por sí, limitaciones para implantación del DIU, siendo necesaria una evaluación clínica antes de impedir a la mujer de usar el método^(3,17).

Es curioso notar que, a pesar de las innumerables barreras de acceso al DIU apuntadas en el estudio, la mayoría de los entrevistados consideró no haber dificultades para las mujeres. La opinión de esos trabajadores no condice con nuestros hallazgos y muestra una posible barrera más: el no reconocimiento de que las barreras sí existen. Adoptar la perspectiva de que no existen barreras les imposibilita tomar acciones

para sanarlas, contribuyen aún más a la baja utilización del método. Es fundamental, pues, la identificación de dichas barreras en los servicios de ABS para planificar la ampliación del acceso al método y avanzar en la implementación de los derechos sexuales y reproductivos⁽²²⁾.

Como limitación de este estudio, se destaca que la muestra no es representativa, no siendo posible generalizar los hallazgos a todos los municipios brasileños ni a los municipios de la macrorregión Sur de Minas Gerais. Sin embargo, los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en estudios nacionales conducidos desde hace más tiempo⁽¹¹⁻¹²⁾, lo que denota que las fragilidades en la atención a la contracepción en el país aún persisten. Son similares también a los hallazgos de otros contextos, en que el acceso al DIU también está repleto de barreras organizativas^(2,13). Como potencialidades, nuestro estudio posibilita la reflexión y evaluación indirecta de los servicios prestados, lo que podrá subsidiar la mejora y ampliación de la atención sanitaria de la mujer en otros municipios brasileños, asegurando a las mujeres el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

RESUMEN

Objetivo: Identificar barreras organizativas para facilitación del DIU en los servicios de Atención Básica de Salud desde la perspectiva de los coordinadores del área de salud de la mujer. **Método:** Estudio cuantitativo realizado con responsables del área técnica de Salud de la Mujer de los municipios de la macrorregión Sur de Minas Gerais, con relleno en línea de instrumento estructurado y análisis descriptivo de los datos. **Resultados:** Participaron en el estudio 79 trabajadores responsables del área técnica. Entre los municipios, el 15,2% no facilitan el DIU y el 8,3% no derivan a la mujer a otros servicios, el 53,7% no facilitan el DIU en las unidades básicas de salud. Entre los que facilitan el DIU, el 68,7% no cuentan con protocolo específico y el 10,5% no adoptan el embarazo como condición que imposibilita la implantación del DIU, y el 80,6% adoptan condiciones innecesarias, como infección vaginal. Como criterio para acceso al DIU, el 86,5% relataron prescripción médica, el 71,6%, realización de exámenes, el 44,6%, edad superior a 18 años y el 24,4%, participación en grupos, todos sin base en evidencias científicas. Solamente el médico implantaba el DIU. **Conclusión:** Fueron identificados problemas en el acceso al DIU, por medio de barreras organizativas para su facilitación e implantación, como la no facilitación del método o el exceso de criterios innecesarios para facilitararlo.

DESCRIPTORES

Dispositivos Intrauterinos; Planificación Familiar; Salud Sexual y Reproductiva; Enfermería de Atención Primaria; Salud de la Mujer.

RESUMO

Objetivo: Identificar barreiras organizacionais para disponibilização do DIU nos serviços de Atenção Básica à Saúde na perspectiva dos coordenadores da área de saúde da mulher. **Método:** Estudo quantitativo realizado com responsáveis pela área técnica de Saúde da Mulher dos municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais, com preenchimento *on-line* de instrumento estruturado e análise descritiva dos dados. **Resultados:** Participaram do estudo 79 trabalhadores responsáveis pela área técnica. Dentre os municípios, 15,2% não disponibilizam DIU e 8,3% não referenciam a mulher para outros serviços, 53,7% não disponibilizam o DIU nas unidades básicas de saúde. Dentre os que disponibilizam o DIU, 68,7% não possuem protocolo específico e 10,5% não adotam a gravidez como condição que impossibilita a inserção do DIU, e 80,6% adotam condições desnecessárias, como infecção vaginal. Como critério para acesso ao DIU, 86,5% referiram prescrição médica, 71,6% realização de exames, 44,6% idade acima de 18 anos e 24,4% participação em grupos, todos sem base em evidências científicas. Apenas o médico inseria o DIU. **Conclusão:** Foram identificados problemas no acesso ao DIU, por meio de barreiras organizacionais para sua disponibilização e inserção, como a não disponibilização do método ou o excesso dos critérios desnecessários para disponibilizá-lo.

DESCRIPTORES

Dispositivos Intrauterinos; Planejamento Familiar; Saúde Sexual e Reprodutiva; Enfermagem de Atenção Primária; Saúde da Mulher.

REFERENCIAS

1. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet*. 2012;380(9837):149-56. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60609-6.
2. Bergin A, Tristan S, Terplan M, Gilliam ML, Whitaker AK. A missed opportunity for care: two-visit IUD insertion protocols inhibit placement. *Contraception*. 2012;86(6):694-7. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.05.011.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico. 4ª ed. Brasília; 2002.
4. Penna IAA, Brito MB. A importância da contracepção de longo prazo reversível. *Femina*. 2015;43 Supl 1:1-6.

5. Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *Inst J Womens Health*. 2010;2:211-20.
6. Holanda AAR, Barreto CFB, Holanda JCP, Mota KB, Medeiros RD, Maranhão TMO. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. *Femina*. 2013;41(3):141-6.
7. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 2014;89(6):495-503. DOI: 10.1016/j.contraception.2014.02.011.
8. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide [Internet]. New York; 2015 [cited 2016 Dec 26]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2016 dez. 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl. 2:S190-8.
11. Hayashi AML, Nogueira VO. Escolha dos métodos contraceptivos de um grupo de planejamento familiar em uma UBS de Guarulhos. *Saúde Coletiva*. 2007;4(16):120-3.
12. Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS, Grupo CONPRuSUS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25 Supl 2:S269-78. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001400009.
13. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullermann JL, Peipert JF. The contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(2):1-12. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.04.017.
14. Kittur ND, Secura GM, Peipert JF, Madden T, Finer LB, Allsworth JE. Comparison of contraceptive use between the Contraceptive CHOICE Project and state and national data. *Contraception*. 2011;83(5):479-85. DOI: 10.1016/j.contraception.2010.10.001.
15. Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):1023-32. DOI: 10.1590/S1413-81232004000400023.
16. Nicolau AIO, Moraes MLC, Lima DJM, Aquino OS, Pinheiro AKB. Tubal ligation: the characterization of sterilized users of a public service. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):55-61. DOI: 10.1590/S0080-62342011000100008.
17. World Health Organization. Family Planning: a global handbook for providers. [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2016 Dec 26]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf
18. Poli MEH, Mello CR, Machado RB, Pinho Neto JS, Spinola PG, Tomas G, et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. *Femina*. 2009;37(9):459-92.
19. Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 jan. 1996. Seção 1.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico de Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2016 dez. 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html
21. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015.
22. Figueiredo R, Castro JM, Kalckmann S. Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado? *Bol Inst Saúde*. 2014;15(2):81-93.
23. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134(4):1257-83. DOI: 10.1542/peds.2014-2300.
24. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Orientação Fundamentada n. 060/2016. Inserção de DIU (Dispositivo Intra Uterino) pelo Enfermeiro [Internet]. São Paulo: COREN; 2016 [citado 2016 dez. 26]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orient%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20060_1.pdf
25. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 17/2010. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela Secretaria do COFEN para análise de Parecer sobre "viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento familiar reprodutivo" [Internet]. Brasília: COFEN; 2010 [citado 2016 dez. 26]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html
26. World Health Organization. Recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2015 May 05]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148518/>
27. Polus S, Lewin S, Glenton C, Lerner PM, Rehfuess E, Gülmezoglu AM. Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. *Reprod Health*. 2015;12:27. DOI: 10.1186/s12978-015-0002-2.
28. Dombrowski JG, Pontes JA, Assis ALM. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(6):827-32. DOI: 10.1590/s0034-71672013000600003
29. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):327-38.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.