

Treinamento e prática de inserção de Dispositivo Intrauterino: relato de experiência de um residente em Medicina de Família e Comunidade

Training and practice of intrauterine device insertion: an experience report from a resident in Family Practice

Capacitación y práctica en la inserción del dispositivo intrauterino: reporte de experiencia de un residente en Medicina Familiar y Comunitaria

Diego Henrique Menezes Batista¹ , Ricardo Souza Heinzelmann¹ 

¹Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria (RS), Brasil.

Resumo

Introdução: O acesso ao planejamento familiar e reprodutivo é direito de todos. O dispositivo intrauterino é uma opção contraceptiva de baixo custo eficaz a longo prazo, mas, paradoxalmente, ainda é de baixo uso nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A inserção e retirada de DIU faz parte do currículo baseado em competências da Residência de Medicina de Família e Comunidade e da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde. **Relato de experiência:** Como parte do programa curricular da residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Santa Maria, participei de estágio, em um hospital terciário, para capacitação de inserção de dispositivo intrauterino. Após a capacitação, procurei, com a equipe da estratégia de saúde da família em que atuo, construir protocolo para acesso ao método contraceptivo. A disponibilização do recurso ampliou a resolutividade do serviço e, paralelamente, possibilitou o exercício do trabalho coordenado e a experiência de gestão em saúde. **Discussão:** A instituição da inserção de DIU expande a resolutividade do serviço e fortalece o movimento de valorização da APS. Pude perceber que as pacientes tiveram maior protagonismo em seu cuidado, adequando-o ao seu contexto sociocultural. Isso foi proporcionado pelo vínculo com os profissionais que cuidam de si e sua família de forma contínua. **Conclusão:** A capacitação em inserção de DIU e a implantação deste na carteira de serviços de uma unidade de saúde expandiu minha capacidade de gestão do trabalho em equipe, de coordenação do cuidado, de oferecer integralidade na atenção à saúde e resolutividade do serviço. Esses fatores reafirmam a ideia de que é possível fazer saúde pública de excelência, fortalecendo o previsto na Constituição.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Dispositivos intrauterinos; Atividades de capacitação; Saúde reprodutiva.

Autor correspondente:

Diego Henrique Menezes Batista
E-mail: eudiegobatista@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 09/04/2024.

Aprovado em: 17/06/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e
Marcello Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Batista DHM, Heinzelmann RS. Treinamento e prática de inserção de DIU: relato de experiência de um residente em medicina de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4254. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4254](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4254)



Abstract

Introduction: Access to family and reproductive planning is a right for everyone. The intrauterine device (IUD) is a low-cost, long-term effective contraceptive option but paradoxically still has low usage rates in primary health care (PHC) services. IUD insertion and removal are part of the competency-based curriculum of the Family Practice Residency and the Primary Health Care Services Portfolio. **Experience report:** As part of the curricular program of the Family Practice residency at Universidade Federal de Santa Maria, I participated in an internship at a tertiary hospital for IUD insertion training. After the training, I sought, with the family health strategy team where I currently work, to develop a protocol for access to the contraceptive method. The availability of the resource increased the service's resolvability and, at the same time, enabled the exercise of coordinated work and health management experience. **Discussion:** The establishment of IUD insertion increases the service's resolvability and strengthens the movement to value PHC. One may observe that patients had a greater role in their care, adjusting it to their sociocultural context, facilitated by the bond with professionals who take care of themselves and their families on an ongoing basis. **Conclusion:** Training in IUD insertion and its implementation in the service portfolio of a health unit expanded my ability to manage teamwork, in a progressive way of care, offering comprehensive health care and service resolvability. These factors reaffirm the idea that it is possible to provide excellent public health, strengthening what is stipulated in the constitution.

Keywords: Family practice; Intrauterine devices; Activities, training; Reproductive health.

Resumen

Introducción: El acceso a la planificación familiar y reproductiva es un derecho de todos. El dispositivo intrauterino (DIU) es una opción anticonceptiva efectiva a largo plazo y de bajo costo, pero paradójicamente aún es poco utilizada en los servicios de atención primaria de salud (APS). La inserción y extracción del DIU son parte del plan de estudios por competencias de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria y del Portafolio de Servicios de Atención Primaria en Salud. **Informe de experiencia:** Como parte del programa curricular de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Federal de Santa María, participé de una pasantía en un hospital terciario para capacitarme en la inserción del DIU. Después de la capacitación, colaboré con el equipo de estrategia de salud familiar donde trabajo para desarrollar un protocolo de acceso al método anticonceptivo. La disponibilidad de este recurso aumentó la efectividad del servicio y, al mismo tiempo, posibilitó el ejercicio de un trabajo coordinado y experiencia en gestión sanitaria. **Discusión:** Establecer la inserción del DIU como parte de las ofertas del servicio mejora su efectividad y fortalece el movimiento para valorar la APS. Los pacientes tenían un mayor protagonismo en su cuidado, adecuado a su contexto sociocultural, brindado por el fuerte vínculo con los profesionales que cuidan de ellos y de sus familias de manera continua. **Conclusión:** La capacitación en la inserción del DIU y su implementación en la cartera de servicios de una unidad de salud amplió mi capacidad para gestionar el trabajo en equipo, coordinar la atención, ofrecer atención integral en salud y resolver el servicio. Estos factores reafirman la idea de que es posible brindar una excelente salud pública, fortaleciendo los principios estipulados en la Constitución.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria; Dispositivos intrauterinos; Actividades formativas; Salud reproductiva.

INTRODUÇÃO

O acesso ao planejamento familiar e reprodutivo é direito de todos e todas, compondo o cuidado integral à saúde.¹ O direito reprodutivo representa um conceito recente e baseia-se no direito de o indivíduo decidir por ter ou não filhos e ter autonomia para escolher quantos e quando tê-los, de forma protegida de discriminação, imposição e violência e garantido por políticas públicas.² Segundo Piovesan,³ o planejamento familiar é um direito reprodutivo que se refere à liberdade de autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia do indivíduo, com dimensão característica dos direitos civis.

Apesar dos avanços em relação aos marcos legais do planejamento reprodutivo, resultados evidenciados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 2006, revelam que 54% das mulheres relataram ter planejado a gravidez e 18% das gestações eram não desejadas.^{4,5} Um estudo transversal multicêntrico nacional, realizado em oito hospitais universitários públicos no Brasil entre junho e agosto de 2020, evidenciou cerca de dois terços das gestações declaradas como não programadas.⁶ Como estratégia de ampliação do acesso à saúde reprodutiva, a disseminação dos métodos contraceptivos tem resultados positivos na saúde da população. Os métodos contraceptivos de longa ação mostram-se instrumentos eficazes e custo-efetivos no combate à alta incidência de gestações não planejadas devido à elevada eficácia, superior a outros métodos reversíveis disponíveis.⁷⁻¹⁰

Dentre os métodos contraceptivos de longa ação existentes, o Dispositivo Intrauterino (DIU) com cobre é oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele tem sua ação efetivada por meio da diminuição da motilidade espermática,^{11,12} com taxas de falha de 0,6% no primeiro ano após a inserção, e apresenta uma retomada da fertilidade imediata após a retirada.^{13,14} O método é considerado seguro para a maioria das mulheres, incluindo nulíparas e adolescentes,¹⁵⁻¹⁹ tendo segurança comprovada no pós-parto e pós-abortamento.^{20,21} Possui uma taxa de continuação de 85% após um ano, com efeitos colaterais bem estabelecidos.²²⁻²⁴

Em contraste com os evidentes benefícios, a subutilização dos dispositivos intrauterinos no país é severa, com taxas menores que 2%.²⁵ Além disso, entraves organizacionais foram evidenciados para sua disseminação.²⁶ O acesso da população ao planejamento familiar efetivo continua aquém do desejável no Brasil, país que mantém alta incidência de gestações não planejadas.²⁷ Tal fato impacta diretamente no índice expressivo de mortalidade materna, que em 2019 chegou a uma razão de 60,9 mortes a cada 100.000 nascidos vivos no Brasil, e colabora com a manutenção da prática do abortamento clandestino e suas complicações.^{28,29}

Conforme dados divulgados pelo ministério da saúde, mais de 50% das mulheres entre 20 e 29 anos que abortam afirmaram estar em uso de algum método contraceptivo, principalmente anticoncepcionais orais.³⁰ Esses dados evidenciam a necessidade ainda presente de investimentos na saúde e educação continuada dos trabalhadores em saúde e da população sobre direitos reprodutivos e métodos contraceptivos de longa duração.

O DIU é uma opção contraceptiva de baixo custo eficaz a longo prazo,³¹ apesar disso, paradoxalmente, ainda é de baixo uso nos serviços de atenção primária à saúde (APS).³² É fundamental destacar que a inserção e retirada de DIU faz parte do currículo baseado em competências da Residência de Medicina de Família e Comunidade e da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde,^{33,34} ou seja, é esperado que o profissional médico que atua na APS tenha a capacitação necessária para a oferta e realização do procedimento, de modo a ampliar o acesso e a oferta desse método contraceptivo e possibilitando maior autonomia no planejamento familiar.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Durante os meses de junho a agosto de 2023, como parte do programa curricular do segundo ano da residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Santa Maria, recebi capacitação para inserção e retirada de DIU com cobre. Essa capacitação foi realizada por meio do acompanhamento das atividades do ambulatório de planejamento familiar, no Hospital Universitário de Santa Maria. O referido ambulatório funciona uma vez por semana, na parte da manhã, e atende, majoritariamente, puérperas referenciadas após alta do centro obstétrico da mesma instituição hospitalar. As atividades são lideradas por uma médica ginecologista e obstetra, que instrui as atividades de residentes de ginecologia e obstetrícia e medicina de família e comunidade. Cerca de 20 pacientes são agendados por turno de atendimento.

As pacientes, em grande parte dos casos, não sabiam o que era e como funcionava um DIU. Relataram ter sido encaminhadas após sugestão do método pelo profissional responsável pela internação no pós-parto imediata. Portanto, nessas situações, cabia ao residente apresentar o método, aplicar o termo de consentimento e, com a supervisão da médica preceptora, realizar a inserção do dispositivo. Como protocolo do ambulatório, todos os pacientes realizavam ultrassonografia transvaginal, no próprio

hospital, e tinham um retorno agendado em cerca de dois meses para certificar-se do correto posicionamento do dispositivo. Desse modo, tínhamos um retorno em relação ao sucesso ou não das inserções.

Concluída a capacitação, busquei, junto com os demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em que estou inserido, também dentro do currículo da residência médica, a construção de um protocolo que nos permitisse institucionalizar a inserção de DIU na unidade. Além disso, viabilizar que, em consulta médica ou de enfermagem, as e os pacientes tivessem acesso à informação quanto à disponibilidade do método na unidade, suas características, riscos e benefícios, incluindo a leitura e assinatura do termo de consentimento. Nossa principal meta foi eliminar ao máximo as barreiras de acesso aos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) até então existentes para as pacientes do território.

A Estratégia de Saúde da Família à qual estou vinculado, dentro do programa de residência médica, está localizada na periferia da cidade de Santa Maria (RS) e tem, como característica do território adscrito, alta vulnerabilidade socioeconômica da população, com perfil de usuários jovens, com relevante incidência de gestações não planejadas, inclusive na adolescência.

Até então, conforme institucionalizado no protocolo de saúde da mulher instituído pela Secretaria Municipal de Saúde, manifestado o desejo de uma paciente em atendimento na APS em fazer uso de DIU como método contraceptivo, esta deveria ser referenciada, por médico ou enfermeiro, para atendimento com médico ginecologista no Centro Especializado em Saúde da Mulher, no centro do município. Como critério de acesso ao método, a paciente deveria possuir laudo citopatológico de colo uterino coletado dentro dos doze meses anteriores. A exigência do citopatológico recente e a necessidade de deslocar-se até o centro da cidade acabavam levando à desistência em relação ao uso do método, visto a severa vulnerabilidade socioeconômica presente no território.

Após solicitação e recebimento dos instrumentos e insumos necessários para a realização do procedimento, buscamos apresentar informações sobre o método contraceptivo aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que pudessem disseminar as informações à população do território. Então, passamos a divulgar o novo serviço disponível na unidade por meio das visitas domiciliares, nas quais os ACS e demais profissionais da equipe apresentavam o método à população e convidavam os usuários que manifestassem interesse a buscar a ESF para uma avaliação. Outra estratégia de divulgação do serviço ocorreu por meio das atividades do Programa Saúde na Escola, em que os profissionais puderam discutir saúde reprodutiva com a comunidade escolar em mais de uma oportunidade. Mesmo ao longo do acompanhamento pré-natal, durante a discussão sobre planejamento o método passou a ser oferecido, com inserção planejada já na primeira consulta de puerpério, caso manifesto desejo da paciente.

Durante o segundo semestre de 2023, foram realizadas 22 inserções de DIU com cobre em pacientes da equipe 30 na UBS São Francisco, com uma taxa de sucesso de 91%, havendo somente um caso de falha de progressão do dispositivo pelo canal cervical interno e um caso de deslocamento do DIU após inserção. No último caso, o dispositivo foi retirado e um novo inserido, com sucesso, na própria estratégia de saúde da família à qual a paciente é vinculada.

DISCUSSÃO

Ampliar a carteira de serviços de uma unidade de APS em movimentos como a instituição da inserção de DIU expande a resolutividade do serviço, fortalece o movimento de valorização da APS perante a sociedade e mostra ao usuário e à gestão pública que é possível realizar atenção à saúde de

forma qualificada, integral e voltada à orientação familiar, próximo ao contexto do usuário. Não menos relevante, reafirma a figura do médico de família e comunidade como profissional capacitado para suprir a maior parte das demandas de saúde de um território, de forma interdisciplinar e longitudinal.

Pude ter a experiência da inserção do DIU em um contexto de atenção terciária, onde o vínculo da equipe de saúde com a paciente era frágil, sem longitudinalidade do cuidado e integralidade na atenção. Na estratégia de saúde da família, com a experiência da oferta e inserção do DIU com forte vínculo, longitudinalidade e integralidade do cuidado, pude perceber que as pacientes tiveram maior protagonismo em seu cuidado, sentindo-se à vontade para discutir sua saúde reprodutiva com a equipe, recebendo esclarecimentos e acompanhamento específicos para seu contexto sociocultural, tendo tempo para refletir e decidir de forma consciente e submeter-se à inserção com a tranquilidade proporcionada pelo vínculo com os profissionais que cuidam dela e de sua família de forma contínua.

A tutoria de um residente de medicina de família e comunidade por um médico ginecologista e obstetra em um hospital terciário, em que as pacientes vinham de distintas localidades do município e, inclusive, de diversos outros municípios da região central do Rio Grande do Sul, não forneceu a vivência adequada para a replicação dos ensinamentos de forma sinérgica aos preceitos da medicina centrada na pessoa em uma estratégia de saúde da família. Apesar de a técnica e de orientações mais adequadas terem sido por mim absorvidas naquele serviço, a implantação da rotina na APS exigiu um período de aprendizado prático, de forma a construir adaptações ao contexto sociocultural dos pacientes em meu território, priorizando estabelecer e manter vínculo e abordagem familiar, mantendo a integralidade do cuidado.

O processo de implantação de um protocolo para inserção de DIU na ESF mostrou-me, mais uma vez, o trabalho interdisciplinar como pilar na atenção primária. A troca de experiências e o processo de esforço coordenado entre o profissional médico, enfermeiro, ACS, entre outros, visando ao sucesso da instituição de um novo serviço na unidade, mostrou-me que somente o trabalho coordenado, não médico centrado, é capaz de garantir a coordenação do cuidado, de forma a suprir as demandas de saúde no território e a promover acesso à saúde reprodutiva.

No município de Santa Maria – RS, no momento em que se escreve este texto, não existem protocolos para inserção ou retirada de DIU por profissional de enfermagem na rede pública. A inexistência desses protocolos centraliza o acesso ao método na figura do profissional médico e limita a capacidade de oferta do dispositivo na APS. Exemplos de sucesso em outros municípios do país mostram que a capacitação e inserção de LARC também pelos profissionais de enfermagem ampliam a resolutividade da atenção à saúde reprodutiva, promovendo cuidado interdisciplinar através do trabalho coordenado da equipe das ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como principal porta de entrada para o cuidado à saúde, a atenção primária tem potencial papel protagonista na oferta de DIU, ampliando e facilitando o acesso ao método e potencializando as possibilidades terapêuticas mais adequadas ao contexto sociocultural dos usuários do SUS. Cabe apontar que o DIU ainda é pouco explorado nos serviços de APS do nosso país. Em um cenário onde gestações não planejadas e/ou indesejadas ainda têm incidência expressiva, destacadamente nos estratos sociais mais pobres, é fundamental fortalecer a capacidade da APS em suprir a demanda por contraceptivos de longa duração.

Políticas públicas de educação permanente e a capacitação para inserção do dispositivo voltada aos médicos e enfermeiros atuantes nas unidades básicas de saúde, fortalecimento de serviços de matriciamento

para auxiliar na construção de fluxos, reconhecimento e superação de barreiras organizacionais nos serviços de atenção à saúde e investimentos em educação em saúde reprodutiva para a população mostram-se fundamentais para efetivo exercício do direito à saúde, garantido em Constituição.

No contexto da Medicina de Família e Comunidade, o investimento público na expansão dos programas de residência, garantindo a capacitação dos médicos residentes por preceptores Médicos de Família e Comunidade (MFC), em serviços de APS, para que a experiência de ensino seja a mais fiel possível à prática do futuro especialista em uma ESF, colabora para a disseminação e excelência da disponibilização do método na atenção primária, sedimentando a figura do médico especialista em APS como profissional capacitado e referência para saúde reprodutiva, aumentando a sua resolutividade e garantindo integralidade do cuidado.

Movimentos de implementação de serviços de capacitação a residentes por profissionais MFC estão sendo fortalecidos no programa de residência da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). No segundo semestre de 2023, em parceria com o município de Santa Maria (RS), estabeleceu-se protocolo de inserção de DIU por médicos da APS no município. A iniciativa foi somada a um projeto de treinamento dos médicos das Unidades Básicas de Saúde da cidade para inserção de DIU, liderados por tutores MFC da universidade, e, a partir de então, o próprio treinamento em inserção de DIU vai ocorrer de forma predominante nos serviços de APS. Tais iniciativas determinam expressivo avanço, considerando o fluxo centrado em serviços de referência até então.

O papel do agente comunitário de saúde mostra-se mais uma vez indispensável na rotina em atenção primária. O êxito na disponibilização de um novo método contraceptivo na unidade deve-se, em boa parte, à efetiva comunicação e ao vínculo desse profissional com o usuário dentro do território, em que a relação de confiança e as estratégias de abordagem comunitária garantem a disseminação do conhecimento sobre o DIU e transmitem a segurança de que este é um método seguro e que pode ser manejado pelos profissionais da ESF. Também por meio do profundo conhecimento do território em que atuam, famílias com acentuada vulnerabilidade podem receber prioridade de atenção por parte do agente comunitário, no que se refere à educação em saúde reprodutiva, possibilitando efetiva prevenção de gestações não desejadas.

Com a conclusão da residência em medicina de família e comunidade, fica a certeza de que, dentre tantos outros recursos oferecidos, a capacitação em inserção de DIU e a implantação deste na carteira de serviços de uma unidade de saúde expandiram a capacidade de gestão do trabalho em equipe, de coordenação do cuidado, de oferecer integralidade na atenção à saúde e resolutividade do serviço, fatores estes que reafirmam a ideia de que, sim, é possível fazer saúde pública de excelência, fortalecendo o previsto na Constituição.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

DHMB: Conceituação, Curadoria de Dados, Investigação, Metodologia, Software, Escrita – Primeira Redação. RSH: Curadoria de Dados, Análise Formal, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet* 2018;391(10140):2642-92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Pivesan F. Temas de direitos humanos. 9ªed. São Paulo: Saraiva; 2016.
4. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and sub-regional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health* 2018;6(4):e380-e389. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Nilson TV, Amato AA, Resende CN, Primo WQSP, Nomura RMY, Costa ML, et al. Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários. *Rev Saude Publica* 2023;57:35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004449>
7. Moraes IGF, Barreto DS, Melo Neto AJ, Soares RS, Gonçalves RD, Rêgo MEMP, Costa PSR *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2021 Jan-Dez; 16(43):264911
8. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Bucke C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *Engl J Med* 2012;366(21):1998-2007. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110855>
9. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Hum Reprod Update* 2011;17(1):121-137. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq026>
10. Trussell J, Hassan F, Lowin J, Law A, Filonenko A. Achieving cost-neutrality with long-acting reversible contraceptive methods. *Contraception* 2015;91(1):49-56. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.08.011>
11. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1263-9. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70120-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70120-1)
12. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007;75:S16-30. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.01.020>
13. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011;83(5):397-404. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021>
14. Girum T, Wasie A. Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med* 2018;3(1):9. <https://doi.org/10.1186/s40834-018-0064-y>
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 121: long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol* 2011;118(1):184-196. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318227f05e>
16. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(4):364-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.024>
17. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-4):1-86. PMID: 20559203
18. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception* 2005;72(5):346-351. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.04.004>
19. Campbell SJ, Cropsey KL, Matthews CA. Intrauterine device use in a high-risk population: experience from an urban university clinic. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197(2):193.e1-193.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.04.028>
20. Steenland MW, Tepper NK, Curtis KM, Kapp N. Intrauterine contraceptive insertion postabortion: a systematic review. *Contraception* 2011;84:447-64. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.03.007>
21. Washington CI, Jamshidi R, Thung SF, Nayeri UA, Caughey AB, Werner EF. Timing of postpartum intrauterine device placement: a cost-effectiveness analysis. *Fertil Steril* 2015;103:131-7. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.09.032>
22. Grimes DA, Lopez LM, Manion C, Schulz KF. Cochrane systematic reviews of IUD trials: lessons learned. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S55-9. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.12.004>
23. O'Neil-Callahan M, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura G. Twenty-four-month continuation of reversible contraception. *Obstet Gynecol* 2013;122: 1083-91. PMID: 24104781
24. Diedrich JT, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Long-term utilization and continuation of intrauterine devices. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213(6):822.e1-822.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.077>
25. Gonzaga, VAS, Borges ALV, Santos OAD, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03270-e03270. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>
26. Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Christiansen CS, Mbizvo M. Preventing child marriages: first international day of the girl child “my life, my right, end child marriage”. *Reprod Health* 2012; 9:31. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-31>
27. Theme-Filha M, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reprod Health* 2016;13(Suppl 3):118. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0227-8>

28. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS). Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil [Internet]. 2023 [acessado em 23 dez. 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Departamento de Asuntos Políticos y de Consolidación de la Paz de las Naciones Unidas (DPNU). Tendencias em la mortalidade materna de 2000 a 2017. Cálculos realizados por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU) [Internet]. 2019 [acessado em 23 dez. 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.2>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM [Internet]. 2020 [acessado em 23 dez. 2023]. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sistemas-de-informacao/mortalidade/>
31. Jacobson L, Garbers S, Helmy H, Roobol H, Kohn JE, Kavanaugh ML. IUD services among primary care practices in New York City. *Contraception* 2016;93(3):257-62. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.11.002>
32. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OAI, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de Atenção Básica à Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51:e03270. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>
33. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. [s.l.]: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2015 [acessado em 23 dez. 2023]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 23 dez. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf