



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

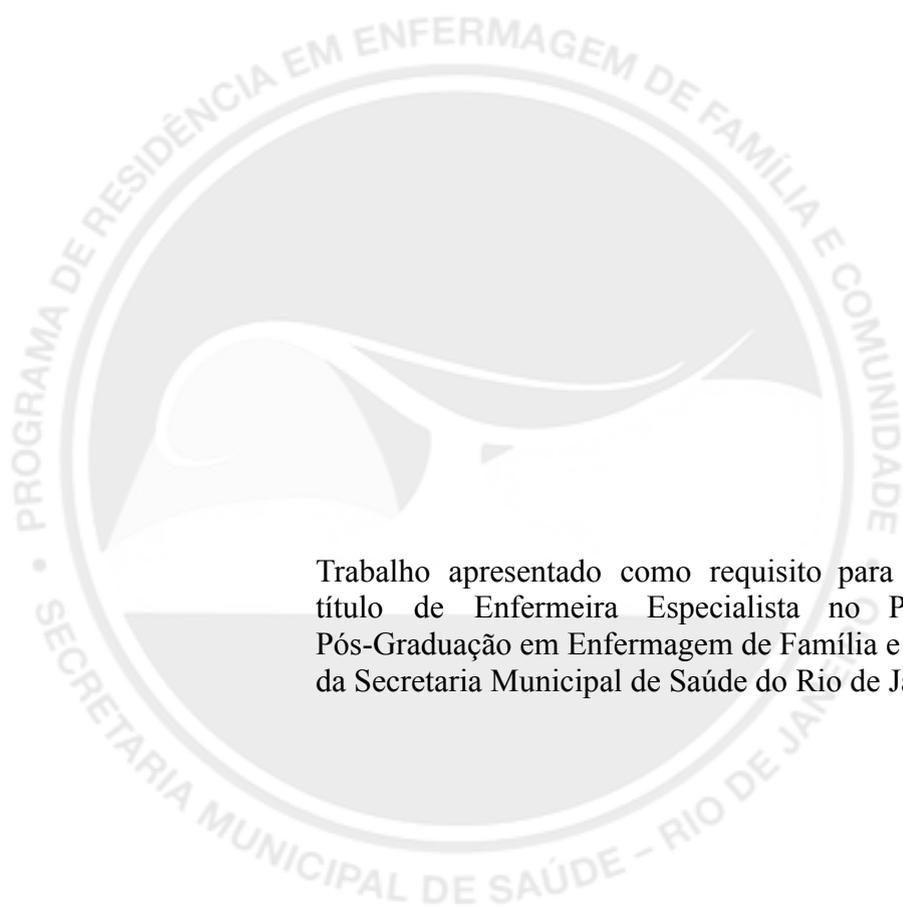
AMANDA DE OLIVEIRA ANDRADE

**Barreiras no acesso ao Dispositivo Intrauterino de Cobre: revisão
integrativa**

Rio de Janeiro

2025

Barreiras no acesso ao Dispositivo Intrauterino de Cobre: revisão integrativa



Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeira Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientadora: Me. Juliana Spinula dos Santos

Rio de Janeiro
2025

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder saúde e força ao longo desta jornada.

À minha família, por todo amor, compreensão e suporte. Especialmente agradeço aos meus pais, Regina e Antônio Marcos, que sempre acreditaram e abdicaram de muito por mim, que me permitiram sonhar e alcançar os meus objetivos. Ao meu irmão, Thiago, que nos momentos mais difíceis, onde eu pensei em desistir no meio do caminho, me deu todo suporte para que eu pudesse seguir. À minha irmã, Shirley, por cada palavra de apoio e incentivo fundamentais.

Às minhas tias Lúcia, Sandra e Cintia, vocês foram e são essenciais na minha vida. Obrigada por cada gesto de carinho em forma de oração e por estarem sempre por perto, mesmo nas entrelinhas. O cuidado e o apoio de vocês são abraços que alcançam o coração.

Aos meus amigos, que me motivaram nos momentos mais desafiadores, especialmente àquelas que, por dois anos, foram meu porto seguro, compartilhando não apenas momentos de dificuldades, mas também de alegria, risos e aprendizado. Giovanna e Karen, obrigada!

Ao meu parceiro de vida, João Pedro, cuja presença e apoio, estando comigo em todas as fases desse processo, tornaram cada dia mais leve e cada conquista mais significativa. Sua paciência, carinho e companheirismo foram um alicerce essencial ao longo deste caminho.

Agradecimento especial à minha preceptora e mãe do coração, Tatiane Villas Bôas, por ter sido peça fundamental em minha formação. Obrigada por lutar todas as lutas comigo e por não desistir de mim e, mesmo sem perceber, me incentivar quando eu não tinha mais forças para continuar. Ter você como preceptora foi um privilégio que Deus me permitiu.

À minha orientadora, Juliana, pela disponibilidade, paciência inquestionável e orientação para a realização deste trabalho. Sua expertise foi fundamental em todas as etapas deste processo.

Aos preceptores e coordenação do PREFC - SMS/RIO, pela troca de conhecimentos e experiências essenciais que enriqueceram minha formação.

À todos, meus agradecimentos.

RESUMO

ANDRADE, Amanda de Oliveira. **Barreiras no acesso ao Dispositivo Intrauterino de Cobre: revisão integrativa**, 2025. 36f. Monografia em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

A Lei nº 9.263/1996 estabelece o planejamento familiar como parte integral dos cuidados à saúde, assegurando igualdade de direitos quanto à decisão sobre a constituição da família e, atualmente, o termo foi substituído por "Planejamento Reprodutivo". O SUS deve oferecer métodos seguros, como o DIU, para reduzir gravidez indesejada e mortalidade materna. A Atenção Primária à Saúde e os enfermeiros desempenham papel crucial na orientação e acesso a métodos contraceptivos e o COFEN regulamenta a atuação dos enfermeiros no planejamento reprodutivo, conforme a Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, é comum que usuárias relatem a imposição de condições, isoladas ou combinadas, para a inserção do DIU. Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa com o objetivo de identificar as barreiras de acesso que dificultam e/ou impedem a inserção do DIU de cobre em pessoas com útero. Os artigos incluídos foram classificados em três categorias por meio dos achados no corpus de análise e obtiveram como resultado que barreiras políticas, institucionais e financeiras dificultam o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos de longa duração, como o DIU, devido ao alto custo, à necessidade de profissionais capacitados e à falta de infraestrutura adequada, além de desafios como o desconhecimento sobre o DIU como contraceptivo de emergência, falta de treinamento de equipes e protocolos rígidos nas clínicas. A capacitação de profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, tem demonstrado eficácia na ampliação do acesso ao DIU, promovendo autonomia feminina e reduzindo gestações não planejadas, embora haja uma lacuna importante de pesquisas aprofundadas sobre o tema no Brasil. Esta revisão destaca barreiras políticas, financeiras e logísticas ao acesso aos LARCs, com foco limitado no papel do enfermeiro na inserção do DIU TCU 380A. A lacuna de estudos sobre a atuação do enfermeiro sugere a necessidade de pesquisas que valorizem sua participação nesse processo. A inserção do DIU por enfermeiros amplia o acesso, promove equidade no planejamento reprodutivo e reduz barreiras, fortalecendo um modelo de cuidado mais inclusivo e resolutivo.

Palavras-chave: Dispositivos intrauterinos de Cobre; Saúde da mulher; Enfermeiras de Saúde da Família; Anticoncepção; Atenção Primária à Saúde; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|----------------|----|
| FIGURA 1 | 20 |
|----------------|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|----------------|----|
| QUADRO 1 | 17 |
| QUADRO 2 | 21 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CE | Contraceção de Emergência |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| DIU | Dispositivo Intrauterino |
| DIP | Doença Inflamatória Pélvica |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| JCAHO | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization |
| LARC | Long Acting Reversible Contraception |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PREFC | Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCU 380A | Dispositivo Intrauterino de Cobre |

LISTA DE SÍMBOLOS

% PORCENTAGEM

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 12 |
| 3. OBJETIVO | 13 |
| 3.1 Objetivo geral | 13 |
| 3.2 Objetivos específicos | 13 |
| 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 14 |
| A Atenção Primária à Saúde e o Planejamento Reprodutivo | 14 |
| O Papel dos Enfermeiros no Planejamento Reprodutivo | 14 |
| O Dispositivo Uterino de Cobre - TCU 380A | 15 |
| Desafios e Limitações: Barreiras de Acesso ao DIU de Cobre no Âmbito da Enfermagem | 15 |
| 5. MÉTODO | 17 |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES | 19 |
| 6.1 Categoria 1: desafios no acesso a métodos contraceptivos de longa duração | 27 |
| 6.2 Categoria 2: Capacitação como estratégia para superar barreiras e melhorar o acesso | 28 |
| 6.3 Categoria 3: O papel estratégico dos enfermeiros na ampliação do acesso ao dispositivo intrauterino | 29 |
| Limitações do estudo | 30 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 31 |
| 8. REFERÊNCIAS | 32 |

1. INTRODUÇÃO

A Lei nº 9.263/1996 estabelece que o planejamento familiar é fundamental como parte integrante das iniciativas de cuidados abrangentes à saúde da mulher, do homem ou do casal, dentro de uma perspectiva de atendimento universal e promovendo uma abordagem integral e abrangente à saúde, sendo definido como o conjunto de medidas para regular a fecundidade, assegurando igualdade de direitos para o indivíduo quanto à decisão de constituir, limitar ou expandir a família (Brasil, 1996). Atualmente, o termo “Planejamento Familiar” foi substituído pelo uso da expressão “Planejamento Reprodutivo” (Trigueiro et al, 2020).

Assim sendo, as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) têm a obrigatoriedade de garantir em toda sua rede de serviços programas de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais. Para garantir tais direitos, devem ser disponibilizados todos os métodos e técnicas cientificamente reconhecidos de concepção e contracepção, que não representem riscos à vida e à saúde das pessoas, assegurando a preservação da liberdade de escolha (Brasil, 1996).

Com o objetivo de reduzir os índices de gravidez indesejada, abortos e mortalidade materna, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC - Long-Acting Reversible Contraception), têm desempenhado um papel significativo na promoção de novas políticas de saúde pública em escala global, destacando-se, entre esses métodos, o Dispositivo Intrauterino (DIU). O DIU é inserido na cavidade uterina, composto por material sólido e habitualmente em forma de T (Oliveira et al, 2024).

Para reduzir os índices de gravidez não planejada e promover o planejamento reprodutivo entre as mulheres brasileiras, o governo disponibiliza diversos tipos de métodos contraceptivos, incluindo o Dispositivo Intrauterino de cobre, como o TCU380A (Trigueiro et al, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na disponibilidade do DIU, uma vez que serve como a principal porta de entrada aos sistemas de saúde. Destaca-se a importância do enfermeiro nas iniciativas de planejamento e saúde reprodutiva nesse contexto, fornecendo orientações sobre métodos contraceptivos e contribuindo para ampliar o acesso ao mesmo (Oliveira et al, 2024).

Em todos os setores da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a equipe de enfermagem possui entre suas responsabilidades a realização de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde em todas as etapas do ciclo de vida, conforme estabelecido pela regulamentação da Lei 7.498/86, que trata do exercício profissional de enfermagem (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou a atuação dos enfermeiros no planejamento reprodutivo por meio da Resolução nº 690/2022, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa regulamentação define as atribuições dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, que incluem consultas, execução de procedimentos, solicitação de exames e prescrição de medicamentos, sempre em conformidade com as disposições legais da profissão (COFEN, 2022).

No entanto, é comum que usuárias relatem a imposição de condições, isoladas ou combinadas, para a inserção do DIU, como: estar menstruada, ter assistido ou assistir a uma palestra de planejamento reprodutivo e apresentar ultrassonografia transvaginal recente. É importante destacar que nenhuma dessas condições é reconhecida pelo Ministério da Saúde. Além de inadequadas, essas exigências podem dificultar ou atrasar o acesso ao método contraceptivo, aumentando o risco de gestações não planejadas (Fonsêca, 2021).

2. JUSTIFICATIVA

A gravidez não planejada, indesejada, imprevista ou não intencional é um indicador crucial de saúde pública e constitui um dos maiores desafios globais em saúde reprodutiva. Ela gera impactos significativos nas esferas física, econômica, social e psicoemocional, afetando negativamente mulheres, parceiros e filhos, com consequências que se estendem tanto ao presente quanto ao futuro de suas vidas (Costa, 2021).

O uso de métodos contraceptivos, especialmente os de longa duração, como o dispositivo intrauterino (DIU), reduz a incidência de gestações não planejadas e, conseqüentemente, de abortos clandestinos. Esses abortos representam uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Em 2019, a mortalidade materna atingiu uma razão de 60,9 mortes a cada 100.000 nascidos vivos no país. Apesar de sua comprovada efetividade, segurança e custo-benefício, o Dispositivo Intrauterino de Cobre ainda enfrenta limitações devido à falta de capacitação dos profissionais, pouca divulgação a respeito do método e tabus (Porto, 2024).

Esta insuficiente capacitação dos profissionais de saúde, desinformação por parte das usuárias gerada pela falta de divulgação, barreiras culturais, sociais, mitos e tabus associados ao método, além de fluxos inadequados nos serviços de atenção primária são fatores que restringem o uso do DIU de cobre. Observações realizadas ao longo da Residência em Enfermagem de Família e Comunidade evidenciaram que muitas pessoas com útero em idade fértil manifestaram interesse em iniciar ou alterar seu método contraceptivo para o DIU de cobre. Contudo, a ausência de cronogramas definidos e fluxo organizado resultou na perda de oportunidades de garantir o direito reprodutivo e a autonomia na escolha informada.

Diante disso, este estudo justifica-se pela necessidade de identificar e compreender as barreiras ao uso do DIU TCU 380A, propondo estratégias baseadas em evidências que promovam maior adesão e ampliação do acesso ao método. Justifica-se, também, pela escassez de revisões sobre a temática em questão, evidenciando a necessidade de aprofundamento e sistematização do conhecimento na área. Os resultados esperados podem fortalecer o planejamento reprodutivo, aumentando a equidade nos serviços de saúde e garantindo que pessoas com capacidades reprodutivas tenham maior autonomia em suas escolhas contraceptivas.

3. OBJETIVO

3.2. Objetivo geral

Identificar as barreiras de acesso que dificultam e/ou impedem a inserção do DIU de cobre em pessoas com útero.

3.2. Objetivos específicos

1. Sugerir recomendações para melhoria do acesso fundamentadas nas evidências encontradas;
2. Identificar estratégias que promovam a equidade no acesso ao DIU de cobre em diversos âmbitos;
3. Analisar o impacto da capacitação técnica e científica de enfermeiros na ampliação do acesso Contraceptivo Intrauterino de Cobre.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Atenção Primária à Saúde e o Planejamento Reprodutivo

A APS desempenha um papel crucial no planejamento reprodutivo, funcionando como um ponto de acesso essencial para mulheres que buscam acompanhamento pré-natal e métodos contraceptivos. Sua função estratégica se evidencia pela alta demanda desses serviços. Desta forma, se torna um elemento fundamental na promoção da saúde reprodutiva (Martins, 2023). No entanto, apesar de suas vantagens, a adesão a este método de contracepção enfrenta diversas barreiras, muitas das quais envolvem desafios enfrentados pelos Enfermeiros.

Papel dos Enfermeiros no Planejamento Reprodutivo

O enfermeiro, como parte da equipe multiprofissional de saúde, tem autonomia para realizar consultas de enfermagem, solicitar exames, fazer encaminhamentos, prescrever medicamentos e realizar outros procedimentos, conforme as leis e normas técnicas vigentes. A Resolução Cofen nº 690, de 04 de fevereiro de 2022, regulamenta a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo, incluindo a oferta de métodos contraceptivos durante a consulta de enfermagem e atribui ao enfermeiro a responsabilidade de ofertar, inserir e retirar o DIU durante a consulta de enfermagem em planejamento familiar e reprodutivo, tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Especializada. Essas funções só podem ser realizadas se o enfermeiro tiver completado um curso presencial teórico-prático sobre inserção, revisão e retirada do DIU, e se mantiver atualizado quanto ao conhecimento técnico-científico do método (Martins, 2023).

Em 2017, a publicação da PORTARIA Nº 3.265 estabelece que o DIU de Cobre seria disponibilizado nas maternidades do SUS como método contraceptivo imediato após aborto ou parto, devendo ser inserido entre 10 minutos e 48 horas após esses eventos. Além disso, fora do período pós-parto ou pós-abortamento, o DIU poderia ser inserido em ambulatórios das maternidades. Para tal, era necessário um aconselhamento sexual e reprodutivo prévio, realizado pela Atenção Primária à Saúde, independente da faixa etária da pessoa com útero, incluindo adolescentes. Esta medida foi implementada como uma "estratégia complementar e compartilhada das ações de planejamento reprodutivo da atenção básica" (Ananias, 2024).

O Dispositivo Intrauterino de Cobre - TCU 380A

O DIU de cobre é o método contraceptivo mais conhecido e utilizado entre os LARCs. O DIU TCU 380A é aprovado para uso por até 10 anos, com evidências sugerindo eficácia até 12 anos em mulheres com menos de 25 anos. Sua taxa de falha é de 0,4% em 12 meses e 2,1% em 10 anos. É indicado em situações onde métodos hormonais são contraindicados, com poucas contraindicações, como malformações uterinas, DIP (Doença Inflamatória Pélvica) aguda ou repetitiva, sangramento genital sem diagnóstico claro e infecção pós-parto ou pós-aborto (Junges, 2021).

Além disso, o DIU de cobre é altamente eficaz como método de contracepção de emergência, apresentando uma taxa de falha inferior a 1 em cada 1000 quando utilizado até 5 dias (120 horas) após a relação sexual, demonstrando maior eficácia e relevância em comparação a qualquer contraceptivo hormonal (Slywitch, 2021).

Os efeitos colaterais relacionados à inserção incluem dor, reação vasovagal, perfuração uterina, sangramento e laceração cervical, sendo minimizados com técnica adequada. Durante o uso, podem ocorrer dismenorreia e sangramento uterino anormal, que muitas vezes resultam da volta ao padrão normal de sangramento após o uso de anticoncepcionais hormonais. Há também risco de expulsão espontânea (2-10% no primeiro ano) e falha contraceptiva (1,4% em 7 anos de uso) (Junges, 2021).

Desafios e Limitações: Barreiras de Acesso ao DIU no Âmbito da Enfermagem

Embora o acesso à assistência à saúde seja frequentemente destacado como um objetivo central das políticas de saúde, seu conceito é amplamente diversificado na literatura, variando entre autores, contextos e ao longo do tempo, com o uso de diferentes terminologias (Oliveira, 2019). No artigo, Oliveira também menciona que, conforme a Comissão Mista de Credenciamento de Organizações de Saúde (JCAHO), o acesso refere-se ao grau em que cuidados e intervenções adequadas estão disponíveis para atender às necessidades dos pacientes.

Machado (2023) conclui que as principais barreiras enfrentadas no serviço incluem a falta de conhecimento sobre o método, a escassez de profissionais qualificados para realizar a inserção, e dificuldades de acesso devido a procedimentos burocráticos relacionados à adesão. A falta de informação sobre o DIU, junto com mitos e tabus, como dúvidas sobre sua eficácia

e temores de que possa causar câncer, aborto, ou que seja inadequado para jovens e mulheres que nunca tiveram filhos, contribui para receios sobre seus possíveis efeitos colaterais. Além disso, há uma ausência de protocolos clínicos e uma associação errônea do DIU com menstruação intensa, prolongada e dolorosa.

Martins (2023), em seu estudo com 66 enfermeiros de uma unidade de Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba, no Brasil, identificou várias barreiras de acesso ao DIU. Entre elas, a falta de curso ou treinamento para inserção do DIU (86,4%), ausência de experiência na inserção (100%) e insegurança para ofertar (56,1%) e inserir (71,2%) o método. Quando uma mulher manifesta interesse pelo DIU na consulta, a espera média até a inserção é de 59,9 dias. Os enfermeiros citaram a necessidade de exames (84,8%), prescrição médica ou de enfermeiro (53%), ser maior de 18 anos (43,9%) e participação em grupos educativos (31,8%) como critérios de elegibilidade. Os exames considerados necessários para a inserção incluem ultrassom transvaginal ou pélvico (76,2%), citologia (92,1%), teste de gravidez (76,2%) e teste de HIV (27%), sendo esses fatores configurados também como limitadores do acesso ao método.

5. MÉTODO

Como método para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma Revisão Integrativa. A Revisão Integrativa é um método de síntese de evidências que tem como propósito coletar, avaliar e analisar evidências de pesquisas experimentais e não experimentais para produção de conhecimento novo. A revisão foi fundamentada nos cinco estágios da abordagem proposta por Whitemore e Knafl (2005): 1) identificação do problema; 2) busca na literatura; 3) avaliação dos dados; 4) análise dos dados; 5) apresentação.

As buscas ocorreram em outubro de 2024 nas seguintes bases de dados eletrônicas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). As estratégias de buscas foram construídas para cada uma das bases de dados eletrônicas de acordo com as suas especificidades. Para as buscas na BDENF e na LILACS, foram selecionados descritores do tesouro Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para as buscas na base de dados MEDLINE, foram selecionados descritores do tesouro Medical Subject Headings (MeSH). Já para as buscas no CINAHL, foram selecionados descritores do tesouro CINAHL Headings. Em todos os casos, palavras-chave representativas da pergunta de pesquisa foram selecionadas ora para dar maior abrangência às buscas, aumentando assim as chances de encontrar o máximo de documentos significativos, ora para dar maior especificidade, reduzindo as chances de encontrar documentos que não eram do interesse desta pesquisa. No Quadro 1 apresenta-se como exemplo a estratégia de busca utilizada no motor de busca PubMed para consultar a base de dados MEDLINE.

Quadro 1 – Exemplo de estratégia de busca – Brasil – 2024

| Medline/PubMed |
|---|
| ("Intrauterine Devices, Copper"[MeSH Terms] OR (("Intrauterine Devices"[Title/Abstract] OR "Intrauterine Device"[Title/Abstract] OR "IUD"[Title/Abstract]) AND ("copper"[Title/Abstract]))) AND ("Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "Access to Primary Care"[MeSH Terms] OR (("barriers"[Title/Abstract] OR "barrier"[Title/Abstract]) AND ("access"[Title/Abstract]))) |

Fonte: A autora (2024).

Os critérios de elegibilidade empregados foram: estudo primário publicado em periódico científico; ter sido publicado no idioma português, inglês e/ou espanhol; ter sido publicado nos últimos 10 anos; estar disponível online na íntegra; e atender à pergunta de

pesquisa. Após as buscas e a remoção das duplicatas, os critérios de elegibilidade foram aplicados nas etapas de leitura dos títulos e resumos e de leitura do texto completo.

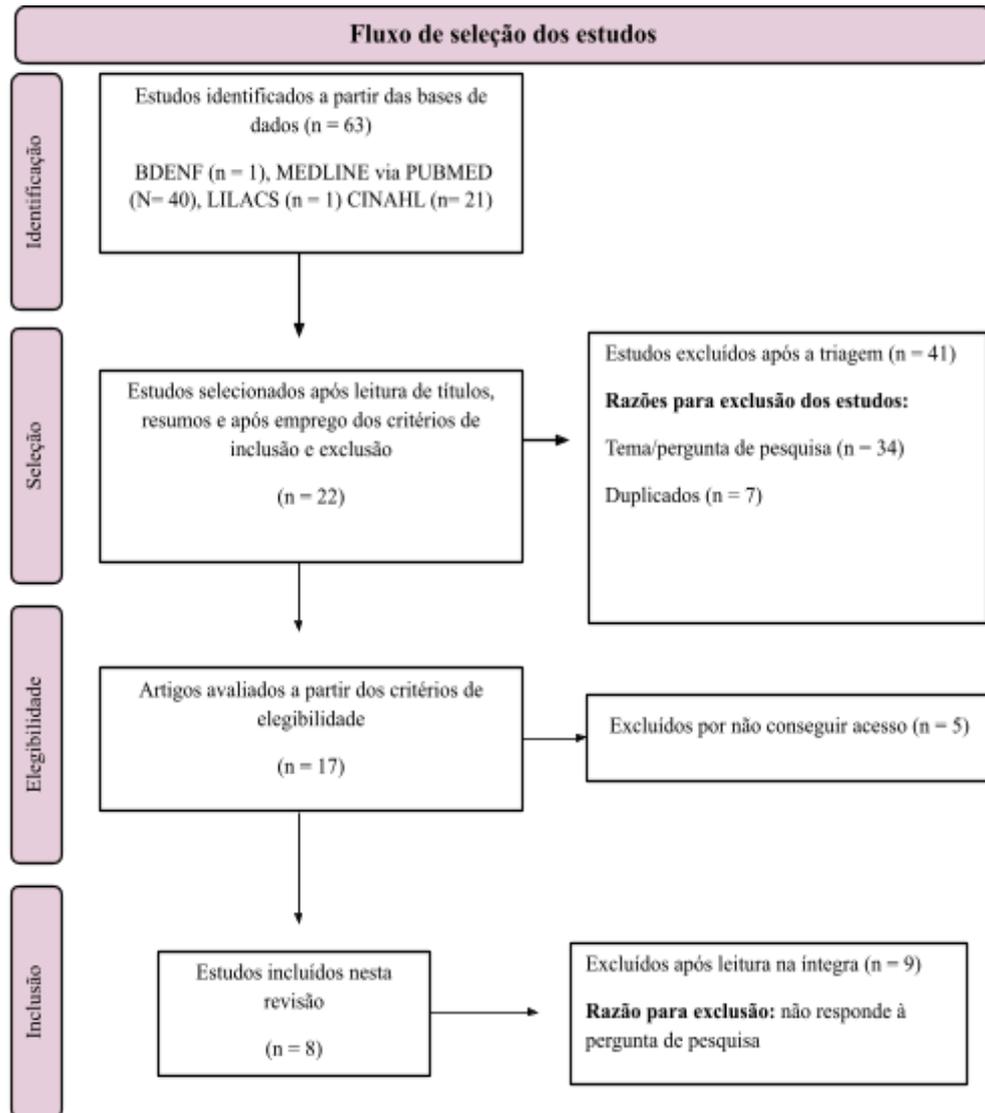
Após a seleção da amostra final, a extração dos dados ocorreu seguindo um instrumento de coleta de dados, que incluiu dados de citação, título, país em que a pesquisa foi conduzida, objetivo, tamanho da amostra, principais resultados e principais conclusões. Com os dados coletados, foi conduzida uma análise temática (Braun; Clarke, 2006).

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca nas bases de dados resultou em um total de 63 artigos, distribuídos da seguinte forma: 40 artigos encontrados na MEDLINE, 21 na CINAHL, 1 na LILACS e 1 na base de dados BDENF. A variação temporal entre a primeira e a última publicação abrangeu um período de 27 anos (1997 a 2024), sendo que apenas duas publicações haviam sido publicadas nos últimos cinco anos.

A partir do emprego dos critérios de elegibilidade na leitura dos títulos, resumos e, posteriormente, texto completo, foram selecionados 8 artigos para compor o presente estudo. Na Figura 1 é representado o processo de busca e seleção dos artigos incluídos nesta revisão no formato de fluxograma, adaptado para atender aos objetivos específicos desta revisão integrativa.

Figura 1 - Fluxograma das etapas de busca e seleção dos estudos da amostra.



Fonte: A autora, 2025.

São apresentados no Quadro 2 as principais características dos estudos selecionados, incluindo dados de citação, título, país em que a pesquisa foi conduzida, objetivo, tamanho da amostra, principais resultados e principais conclusões.

Quadro 2. Distribuição dos artigos de acordo com autor, ano, título, país de origem, objetivo, amostra, principais resultados e conclusão.

| AUTOR (ANO) | TÍTULO | PAÍS | OBJETIVO | AMOSTRA | PRINCIPAIS RESULTADOS | CONCLUSÃO |
|-------------------------|---|---------------------------|--|--|--|---|
| Luchowski et al. (2014) | Obstetrician gynecologists and contraception larc practices and education | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Examinar o conhecimento, o treinamento, a prática e as crenças dos ginecologistas obstetras em relação aos métodos LARC. | Pesquisa com questionário enviado por correio a membros do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), sendo 1.221 respostas analisadas (45,8% de taxa de resposta). | <p>Quase todos os ginecologistas-obstetras relataram fornecer DIU (95,8%). A maioria dos ginecologistas-obstetras relatou necessitar de duas ou mais consultas para inserção do DIU (86,9%). Os entrevistados que relataram a inserção do DIU em uma única visita relataram inserir um número maior de DIU no último ano. Cerca de metade relatou oferecer o implante de haste única (51,3%). Um total de 92,0% relatou treinamento de residência em DIUs e 50,8% relatou treinamento de residência em implantes. O treinamento de residência e a idade do médico se correlacionaram com o número de DIUs inseridos no último ano. Um total de 59,6% indicou ter recebido educação continuada em pelo menos um método LARC nos últimos 2 anos. A educação continuada recente foi mais fortemente associada à</p> | As barreiras à provisão de LARC poderiam ser reduzidas se mais obstetras-ginecologistas recebessem treinamento sobre implantes e fornecessem inserção de DIU no mesmo dia. A educação continuada provavelmente aumentará a provisão de implantes. |

| | | | | | | |
|----------------------|--|---------------------------|---|--|--|---|
| | | | | | inserção de implantes, e 31,7% dos entrevistados citaram a falta de treinamento de inserção como uma barreira. | |
| Beeson et al. (2014) | Accessibility of long-acting reversible contraceptives (LARCs) in Federally Qualified Health Centers (FQHCs) | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Avaliar a disponibilidade de métodos LARC, como DIUs e implantes, em Centros de Saúde Qualificados Federalmente (FQHCs), e investigar os fatores e barreiras que afetam a oferta desses métodos | 423 Centros de Saúde Qualificados Federalmente (FQHCs) | Mais de 50% dos FQHCs oferecem DIUs (56% para DIUs hormonais e 52% para DIUs de cobre). Mais da metade (57%) dos FQHCs relatou ao menos uma barreira para atender às necessidades de planejamento familiar. Em relação às barreiras encontradas, estão: custo elevado para estocar os DIUs nas unidades de saúde, baixo reembolso nas inserções, dificuldade financeira do paciente para adquirir o DIU, falta de treinamento dos profissionais para a inserção do DIU, dificuldade para atender adolescentes e imigrantes sem documentação. | Pacientes em FQHCs menores, com financiamento limitado ou em áreas rurais enfrentam acesso restrito e menos opções de métodos LARC, refletindo desigualdades no acesso a serviços de planejamento familiar. |

| | | | | | | |
|------------------------|--|------------------------------------|---|---|--|---|
| Biggs et al. (2014) | Factors Influencing the Provision of Long-Acting Reversible Contraception in California | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Avaliar as crenças e práticas sobre LARC entre os diretores de unidades que representam os serviços de planejament o familiar oferecidos em suas práticas. | Diretores médicos de 1.000 locais listados no banco de dados de provedores do programa Family Planning Access Care and Treatment. | 68% dos locais elegíveis participaram, com médicos foram a maioria dos respondentes. Mulheres com histórico de doença inflamatória pélvica e fumantes eram frequentemente consideradas inadequadas para métodos LARC. A abordagem desses métodos estava associada ao treinamento dos profissionais de saúde, suas crenças pessoais e o tipo de profissional. Como barreiras de acesso são citadas a falta de treinamento dos provedores de saúde, opiniões neutras ou desinformadas, disponibilidade limitada no local, diversidade de crenças e práticas. | Apesar de avanços no acesso ao LARC, muitos clínicos ainda possuem crenças que limitam a oferta do DIU e não estão familiarizados com o implante. Isso indica a necessidade de treinamentos especializados para atualizar os profissionais sobre as últimas recomendações de métodos contraceptivos. |
|------------------------|--|------------------------------------|---|---|--|---|

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------|---|---|---|---|
| Schubert, Bishop, Gold (2016) | Access to the copper IUD as post-coital contraception: results from a mystery caller study | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Avaliar o acesso ao DIU de cobre como contracepção pós-coital (CPC) e identificar as barreiras para obter esse método contraceptivo | 20-40 clínicas de atenção primária, planejamento familiar e obstetrícia/ginecologia | A maioria das clínicas de planejamento familiar e todas as clínicas de Obstetrícia/Ginecologia oferecem o DIU de cobre, enquanto as clínicas de atenção primária apresentam baixa conscientização sobre seu uso como contracepção pós-coital. Além disso, poucas clínicas de atenção primária e Obstetrícia/Ginecologia disponibilizam o DIU para contracepção de emergência, ao contrário de quase metade das clínicas de planejamento familiar. O artigo menciona várias barreiras ao uso do DIU de cobre como contracepção pós-coito (PCC) e, de maneira mais geral, à provisão de DIUs nos Estados Unidos. As barreiras incluem: falta de conhecimento dos pacientes sobre o dispositivo, falta de conhecimento dos provedores sobre as diretrizes médicas atuais, falta de treinamento dos provedores nas técnicas de inserção, barreiras relacionadas ao custo, cobertura de seguro inadequada. | O acesso ao DIU de cobre como contracepção pós-coital é limitado e varia conforme o tipo de clínica. Existem lacunas no conhecimento sobre o uso do DIU de cobre como PCC, assim como nas diretrizes médicas gerais para a colocação desse dispositivo. |
|-------------------------------|--|---------------------------|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|---|---|---|
| Rauh-Benoit et al. (2016) | Healthcare Provider Attitudes of Safety of Intrauterine Devices in the Postpartum Period | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Examinar as percepções dos profissionais de saúde sobre a segurança dos DIUs no pós-parto imediato, antes da publicação das diretrizes contraceptivas dos Estados Unidos. | 635 médicos de consultório e 1368 provedores de clínicas do Título X (taxa de resposta geral de 64,8%). | Menos de 40% dos profissionais consideraram segura a inserção do DIU pós-parto. A falta de treinamento específico em planejamento familiar foi associada a uma menor consideração pela segurança desses métodos. Disponibilidade de métodos, cobertura de seguro, risco de complicações e treinamento dos profissionais foram citadas como barreiras de acesso. | Antes das diretrizes contraceptivas dos Estados Unidos, a maioria dos profissionais de saúde considerava os dispositivos intrauterinos (DIUs) imediatos pós-parto como inseguros. |
| Bornstein et al. (2017) | Access to long-acting reversible contraception among US publicly funded health centers | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Descrever os fatores dos centros de saúde que afetam a disponibilidade de LARC, incluindo o treinamento da equipe e as abordagens de oferta, no local ou por encaminhamento. | 1615 centros de saúde | Dois terços dos centros de saúde têm funcionários treinados em todos os tipos de LARC, mas 21% não oferecem treinamento. Metade oferece DIUs e implantes no local, com encaminhamentos informais sendo comuns. Centros como os da Planned Parenthood e hospitalares, além dos financiados pelo Título X, têm maior probabilidade de fornecer LARC no local, enquanto centros rurais oferecem menos em comparação aos urbanos. | A variação no acesso ao LARC continua presente entre os centros de saúde financiados publicamente. Em particular, os Departamentos de Saúde e os centros de saúde rurais apresentam uma oferta relativamente baixa desses métodos contraceptivos. |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------|--|--|--|---|
| French, Rangel, Mattingly (2018) | Access to emergency contraception in Kansas City clinics | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Avaliar a acessibilidade do acetato de ulipristal (UPA) e dos dispositivos intrauterinos (DIUs) de cobre como métodos de contracepção de emergência (CE) em centros de saúde reprodutiva na área metropolitana de Kansas City. | 40 clínicas de Kansas City | 40 clínicas como potenciais fornecedoras de contracepção de emergência (CE), mas a maioria não ofereceu o DIU de cobre. Enquanto 32% permitiram a prescrição de UPA por telefone, 38% exigiram consulta presencial. O tempo médio para agendar uma consulta foi de 9 dias para CE e 13 dias para o DIU de cobre, e o status de clínica do Título X não afetou a oferta de UPA por telefone ou DIU de cobre. | O acesso rápido à contracepção de emergência enfrenta desafios logísticos, indicando a necessidade de otimizar protocolos, treinar profissionais de saúde e melhorar as redes de referência para garantir a oferta eficaz de UPA e DIUs de cobre. |
| Pagano et al. (2021) | Changes in U.S. Healthcare Provider Practices Related to Emergency Contraception | ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA | Avaliar a porcentagem de profissionais de saúde que relataram a oferta frequente de contracepção de emergência durante e após as Diretrizes de Planejamento Reprodutivo dos EUA. | Pesquisas transversais com envio para 2.000 médicos de consultório e 4.000 centros de saúde do setor público | Em 2019, os provedores ofereceram mais contracepção regular e DIU de cobre como emergência em comparação a 2013-2014, mas a prescrição antecipada desses métodos ainda foi baixa (16% e 8%, respectivamente). Dentre as barreiras de acesso, foram destacadas: práticas variáveis entre provedores, desafios logísticos, falta de conscientização e conhecimento, preferências pessoais e preocupações com efeitos colaterais. | Poucos provedores relatam a oferta frequente das práticas recomendadas para contracepção de emergência (CE). Compreender as barreiras enfrentadas pelos provedores e clínicas na implementação dessas práticas pode melhorar o acesso à CE. |

Fonte: A autora, 2025.

Dos artigos selecionados, 100% foram realizados nos Estados Unidos. Os resultados apresentados nesta revisão integrativa de literatura apontam as principais barreiras ao acesso, destacam diferentes contextos de serviços de saúde e a importância da capacitação profissional para melhorar a oferta de contracepção. A maioria dos artigos selecionados destaca a importância de superar essas barreiras que dificultam a ampliação do uso de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração.

A análise dos artigos selecionados expõe que as principais barreiras encontradas pelos profissionais, incluindo os Enfermeiros, são falta de treinamento, altos custos e conscientização limitada entre profissionais de saúde. Também há um enfoque no impacto da formação de profissionais para aumento de inserções de DIU e como medida de avanço no acesso a métodos contraceptivos eficazes.

Os artigos incluídos foram classificados em três categorias por meio dos achados no corpus de análise referente às barreiras e recomendações para melhoria do acesso, conforme disposto a seguir: desafios no acesso a métodos contraceptivos de longa duração; capacitação como estratégia para melhoria do acesso; o papel estratégico dos enfermeiros na ampliação do acesso à contracepção de longa duração.

6.1 Categoria 1: Desafios no acesso a métodos contraceptivos de longa duração

Para Kaitz (2019) existem barreiras políticas, institucionais e financeiras que dificultam o acesso das mulheres aos LARCs. Os custos iniciais elevados e a necessidade de um profissional para inserção e remoção do dispositivo são desafiadores, especialmente para mulheres de baixa renda e para aquelas em regiões com escassez de serviços de saúde. Uma barreira adicional para os clientes, especialmente para menores, está relacionada à questão do consentimento e da confidencialidade.

Em seu estudo, Pagano (2021), analisa a implementação de práticas de contracepção de emergência por provedores de saúde nos Estados Unidos, comparando dados de 2013-2014 com 2019 e destaca mudanças significativas nas práticas de contracepção de emergência neste período, com um aumento na frequência da prescrição simultânea de contraceptivos e na provisão de DIU de cobre como contraceptivo de emergência, embora destaque desafios para

a implementação mais ampla dessas práticas, que poderia melhorar o acesso à contracepção regular para as mulheres que desejam prevenir a gravidez não planejada, como a disponibilidade limitada, falta de consistência nas práticas dos provedores, desafios logísticos, preocupações sobre os efeitos colaterais ou preferências pessoais que os levam a evitar o uso do DIU de cobre, falta de conscientização e conhecimento. Fok (2016) ressalta em seu estudo que no período de 12 meses de um estudo, 64% das pacientes contatadas ainda tinham DIU de cobre no lugar e as mulheres que escolheram o DIU para contracepção de emergência tiveram menos gestações no ano seguinte do que aquelas que escolheram levonorgestrel oral (taxa de risco 0,53).

French (2018) avalia em seu artigo o acesso a métodos de contracepção de emergência (CE) em 40 clínicas de Kansas City, cidade mais populosa do estado do Missouri (Estados Unidos), entre eles o DIU de cobre. O autor elenca a exigência de consulta presencial para obter o DIU, a espera para agendamento da consulta (tempo médio de 13 dias), pouca oferta de DIU como CE (apenas 8% das clínicas pesquisadas ofereciam DIU como opção de contracepção de emergência), desconhecimento da equipe sobre o DIU de cobre ser um CE, protocolos rígidos e falta de flexibilidade nas clínicas como barreiras de acesso ao método.

Em sua pesquisa com coleta de dados entre 2013 e 2014, Bornstein (2014) refere que barreiras significativas foram identificadas, incluindo a falta de treinamento da equipe, limitações nos mecanismos formais de encaminhamento e desafios adicionais em centros localizados em áreas rurais, que têm menos recursos e menos acesso a esses serviços essenciais.

No estudo de Beeson (2014) os desafios mais frequentemente mencionados estavam relacionados ao custo de estocar o suprimento, ao baixo reembolso pela inserção de DIU, à carga financeira para os pacientes associada à compra, à necessidade de treinamento da equipe, além de dificuldades específicas no fornecimento de métodos LARC para populações especiais, como adolescentes e imigrantes indocumentados.

6.2 Categoria 2: Capacitação como estratégia superar barreiras e melhorar o acesso

A falta de treinamento formal em planejamento familiar e na inserção de DIUs no período pós-parto representa uma barreira significativa para muitos profissionais de saúde. Superar essa limitação envolve, principalmente, a abordagem das atitudes dos profissionais, o

que continua sendo um elemento essencial na redução das barreiras ao uso do DIU. Dado que uma baixa proporção de profissionais considera o uso do DIU seguro no período pós-parto, é crucial que os esforços de educação e treinamento se concentrem em fortalecer o conhecimento e as habilidades necessárias para oferecer esse método. As intervenções devem incluir treinamento adicional para os profissionais, oportunidades de educação continuada para aqueles que não receberam o treinamento adequado, e protocolos específicos voltados para a inserção pós-parto. Esforços paralelos também devem ser direcionados aos profissionais que acompanham as mulheres no pré-natal, bem como aos que realizam o parto e fornecem contracepção pós-parto imediata (Rauh-Benoit, 2016).

O estudo de Bornstein diz que 64% dos centros estudados possuem equipe treinada para inserir/remover DIUs e implantes, enquanto 21% não têm nenhum treinamento. Para melhorar o acesso ao LARC, é necessário aumentar a oferta no local. Os centros de saúde públicos podem desempenhar um papel crucial na redução da gravidez indesejada, ampliando o acesso ao método por meio do desenvolvimento e implementação de programas de treinamento para a inserção e remoção do método (Bornstein, 2016).

6.3 Categoria 3: O papel estratégico dos enfermeiros na ampliação do acesso ao dispositivo intrauterino

Os métodos contraceptivos não hormonais de longa duração, como o DIU, têm impulsionado uma transformação no planejamento reprodutivo, proporcionando às mulheres alternativas mais seguras e informadas. Durante anos, muitas mulheres receberam anticoncepcionais sem uma avaliação personalizada ou explicações sobre outras opções disponíveis, o que frequentemente resultou no uso inadequado de métodos e em efeitos adversos, além da falta de compreensão sobre seus próprios corpos (Lacerda, 2021).

Nesse cenário, o enfermeiro assume um papel fundamental ao estabelecer uma relação de confiança que promove a autonomia das mulheres, ajudando-as a escolher métodos que atendam melhor às suas necessidades e realidades. A inserção de DIU realizada por enfermeiros na APS, apoiada em capacitação técnica e científica, tem simplificado o acesso a esse método, oferecendo segurança e eficácia. Em seu estudo, Lacerda expõe a experiência de implementação desse serviço em Florianópolis, SC, destacando o impacto positivo na ampliação do acesso à contracepção de longa duração. A iniciativa capacitou 115 enfermeiros entre 2018 e 2021, permitindo a realização de mais de 2.000 inserções de DIU, o que

representou um aumento de 60% na oferta do método contraceptivo e diminuiu filas. Essa prática rompe com modelos centralizados apenas no médico, valorizando a enfermagem e qualificando o atendimento de forma mais inclusiva e resolutiva (Lacerda, 2021).

Lacerda (2021) conclui que a inserção de DIU por enfermeiros é uma prática segura e eficaz, que fortalece a autonomia profissional e contribui para a ampliação do planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde (SUS). Também destaca a importância da educação permanente e da difusão dessa prática em outras localidades para promover maior equidade no acesso à saúde reprodutiva.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão associadas, sobretudo, à escassez de investigações aprofundadas sobre o tema em questão, especialmente no contexto brasileiro, o que compromete uma análise mais robusta, bem como a aplicação de estratégias mais eficazes e baseadas em evidências, contribuindo diretamente para a manutenção das altas taxas de gestações indesejadas. Essa lacuna é ainda ampliada pela reduzida disponibilidade de pesquisas que abordem, de forma específica, o papel de Enfermeiros na ampliação do acesso a à esse método contraceptivo, restringindo a amostra e enfraquecendo a capacidade de implementar intervenções contextualizadas, necessárias para mitigar o impacto das gravidezes não planejadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, esta revisão revelou estudos sobre barreiras e desafios no acesso aos métodos contraceptivos de longa duração (LARCs), como o DIU de cobre, com ênfase em aspectos políticos, financeiros e logísticos. No entanto, poucos estudos abordaram especificamente o papel do enfermeiro na inserção do DIU TCU 380A.

A maior parte das pesquisas se concentrou nas práticas de contracepção de emergência, nas barreiras de acesso aos métodos e na formação de profissionais de saúde, mas o enfermeiro, enquanto figura chave na aplicação desse método contraceptivo, foi pouco explorado. A falta de pesquisas focadas nesse profissional pode indicar uma lacuna importante na formação e no reconhecimento do papel do enfermeiro na inserção do DIU, sugerindo a necessidade de mais estudos que avaliem sua participação direta nesse processo. Isso poderia contribuir para um entendimento mais completo das dinâmicas de cuidado e melhorar a implementação de práticas contraceptivas eficazes e acessíveis.

Vale ressaltar que a inserção de DIU de cobre por Enfermeiros amplia o acesso das mulheres a métodos contraceptivos de longa duração, promovendo maior equidade no planejamento reprodutivo. Além disso, fortalece o papel dos enfermeiros e impacta significativamente na redução de barreiras ao acesso, desburocratizando o processo e promovendo um modelo de cuidado mais inclusivo e resolutivo.

8. REFERÊNCIAS

- ANANIAS, L. S. **Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros na atenção primária de saúde em uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro: ampliação da garantia de direitos sexuais e reprodutivos.** 2024. 58 f. Tese em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://sigaenf.subpav.org/sites/default/files/2024-02/Inser%C3%A7%C3%A3o%20de%20dispositivo%20intrauterino%20por%20enfermeiros%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20de%20sa%C3%BAde%20em%20uma%20%C3%A1rea%20de%20planejamento%20do%20munic%C3%ADpio%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20-%20amplia%C3%A7%C3%A3o%20da%20garantia%20de%20direitos%20sexuais%20e%20reprodutivos.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- BEESON, T. et al. **Accessibility of long-acting reversible contraceptives (LARCs) in federally qualified health centers (FQHCs).** *Contraception*, v. 89, n. 2, p. 91-96, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782413006392>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- BIGGS, M. A. et al. **Factors influencing the provision of long-acting reversible contraception in California.** *Obstetrics & Gynecology*, v. 123, n. 3, p. 593-602, 2014. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2014/03000/factors_influencing_the_provision_of_long_acting.16.aspx. Acesso em: 19 nov. 2024.
- BORNSTEIN, M. et al. **Access to long-acting reversible contraception among US publicly funded health centers.** *Contraception*, v. 97, n. 5, p. 405-410, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29253581/>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 9263, de 12 de janeiro de 1996. **Lei do Planejamento familiar.** [Internet]. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.html. Acesso em: 31 mar. 2024.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology.** *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1191/1478088706qp063oa?needAccess=true>.

Acesso em: 9 jan. 2025.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 690**, de 4 de Fevereiro de 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022/>. Acesso em: 26 dez. 2024.

COSTA, A. C. M.; OLIVEIRA, B. L. C. A.; ALVES, M. T. S. S. B. **Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 21, p. 461-471, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/TykmnpktX3Y8LPCv7M349yf/abstract/?lang=pt>. Acesso em 05 jan. 2025.

FONSÊCA, Fabiana Soares et al. **Oferta e inserção do DIU de cobre na atenção primária à saúde: fatores dificultadores no âmbito da estratégia Saúde da Família no DF**. 2021. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51606>. Acesso em: 9 jan. 2025.

FOK, W. K.; BLUMENTHAL, P. D. **Update on emergency contraception**. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, v. 28, n. 6, p. 522-529, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27676405/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27676405/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

FRENCH, V. A.; RANGEL, A. V.; MATTINGLY, T. L. **Access to emergency contraception in Kansas City clinics**. Contraception, v. 98, n. 6, p. 482-485, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30369407/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

JUNGES, A. P. P. et al. **Métodos contraceptivos reversíveis de longa ação**. Capp, Edison (org.). Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2023/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2021. p. 13-26., 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223064/001127622.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.

KAITZ, M.; MANKUTA, D.; MANKUTA, L. **Long-acting reversible contraception: A route to reproductive justice or injustice**. Infant Mental Health Journal, v. 40, n. 5, p. 673-689, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/imhj.21801>. Acesso em: 19 nov. 2024.

LACERDA, L. D. R. C. et al. **Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros da atenção primária à saúde**. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 7. SUPL. 1, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5209/1167>. Acesso em: 19 nov. 2024.

LUCHOWSKI, A. T. et al. **Obstetrician–Gynecologists and contraception: long-acting reversible contraception practices and education**. *Contraception*. v. 89, n. 6, p. 578-583, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782414000511>. Acesso em: 19 nov. 2024.

MACHADO, G. M. et al. **Challenges in accessing the insertion of the intrauterine device in primary health care**. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 8, p. e8312842898-e8312842898, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42898>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MARTINS, I. M. O. et al. **Barreiras enfrentadas pelos enfermeiros na ampliação da inserção do dispositivo intrauterino em pacientes no contexto das Unidades Básicas de Saúde**. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 12, n. 4, p. 136-148, 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1008/1151>. Acesso em: 12 out. 2024.

MARTINS, I. M. O. et al. **Conhecimento de enfermeiros sobre o dispositivo intrauterino no contexto das unidades básicas de saúde**. *Enfermería Global*. v. 22, n. 2, p. 192-233, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-218643>. Acesso em: 12 out. 2024.

OLIVEIRA, L. S. et al. **Evidence of intrauterine device insertion by nurses in Primary Health Care: an integrative review**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 1, p. e20230134, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GVYYDNKK8Ztzt6JmPtNxOc/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2024.

PAGANO, H. P. et al. **Changes in US healthcare provider practices related to emergency contraception.** Women's Health Issues, v. 31, n. 6, p. 560-566, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34511322/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

PORTO, V. M. D. et al. **Eficácia contraceptiva e efeitos colaterais dos dispositivos intrauterinos.** Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 1, p. 2338-2348, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/66573>. Acesso em: 05 jan. 2025.

RAUH-BENOIT, L. A. et al. **Healthcare provider attitudes of safety of intrauterine devices in the postpartum period.** Journal of Women's Health, v. 26, n. 7, p. 768-773, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27992305/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

SCHUBERT, Finn D.; BISHOP, Erica S.; GOLD, Marji. **Access to the copper IUD as post-coital contraception: results from a mystery caller study.** Contraception, v. 94, n. 5, p. 561-566, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27374737/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Saúde Integral, Reprodutiva E Sexual: Inserção, Revisão E Remoção Do Dispositivo Intrauterino.** 2º edição. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/AP_Livro_Insercao_Remocao_DIU_v2_\(2\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/AP_Livro_Insercao_Remocao_DIU_v2_(2).pdf). Acesso em: 31 mar. 2024.

Slywitch N. C.; Alves B. P.; Martins E. A. de P.; Romão J. V.; Amorim M. S.; Vilela M. P.-D.; Borges M. S.; Borges N. L. G.; Neto V. F. da C.; Novais D. F. F. **Comparação entre os dispositivos intrauterinos de cobre e hormonal: uma revisão narrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 5, p. e7345, 17 maio 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7345>. Acesso em: 08 jan. 2025.

Trigueiro T. H. et al. **Follow-up of copper intrauterine device insertion by nurses: a prospective longitudinal study.** Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20200156. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Tp4sWOSYGdvPbTJgTCSL4zn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2024.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology**. Journal of advanced nursing, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/J.1365-2648.2005.03621.X>. Acesso em: 16 dez. 2024.