



# **BARREIRAS ORGANIZACIONAIS PARA DISPONIBILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO IDENTIFICADAS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO SUL DE MINAS**

**Vanderléa Aparecida Silva Gonzaga**

Enfermeira especialista em Saúde Pública (FENSG/UPE), Saúde da Família (UFMG) e  
Mestre em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (EEUSP)

**Ana Luiza Vilela Borges**

Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP

São Paulo, 2016

*Saúde é  
Direito!*



Embora o dispositivo intrauterino (DIU) seja pouco usado no Brasil, ele é o método contraceptivo reversível mais usado no mundo<sup>11,18</sup>. Trata-se de um método seguro, altamente eficaz e que traz resultados positivos na saúde das populações<sup>22</sup>. Por meio da prevenção de gestações não planejadas, o DIU atua na redução da morbidade e mortalidade materna, mortalidade infantil e abortos inseguros<sup>3,4,22</sup>. Pesquisas recentes, contudo, mostram que o acesso ao DIU nos serviços de Atenção Básica à Saúde nem sempre é facilitado, sendo inúmeras vezes, permeado por barreiras organizacionais<sup>15,16,17,23</sup>. Tais barreiras contribuem para a subutilização do DIU e podem restringir o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras<sup>15,17,20,23,28,30</sup>.

A boa notícia é que essas barreiras podem ser sobrepostas com base nas mais recentes evidências científicas, que são aqui apresentadas.



# Barreiras organizacionais identificadas para disponibilização do DIU com suas implicações e recomendações

As barreiras organizacionais identificadas estão relacionadas ao uso de protocolos, aos grupos educativos de planejamento reprodutivo, à disponibilização e inserção do DIU e às condições clínicas da mulher, que podem ou não impossibilitar a inserção do DIU.

## Barreiras relacionadas ao uso de Protocolos

Barreiras (% observada no estudo)	Implicações	Recomendações	Evidências
<p>Uso de protocolo de atenção à saúde da mulher sem capacitação prévia dos profissionais de saúde (77,8%)</p> <p>Ausência ou não uso de protocolo específico para disponibilização do DIU (68,7%)</p> <p>Ausência ou não uso de protocolo para atenção à saúde da mulher (44,3%)</p> <p>Uso de protocolo com equívocos nas recomendações (10,5%)</p>	<p>A falta ou não uso de protocolo, o uso sem capacitação, ou ainda, o uso de protocolo com equívocos nas orientações, podem provocar:</p> <p>Desencontro de informações<sup>24</sup></p> <p>Variabilidade das condutas clínicas<sup>24</sup></p> <p>Processo de trabalho desorganizado<sup>24</sup></p> <p>Processo de trabalho sem respaldo legal<sup>24</sup></p> <p>Exercício profissional negligente<sup>24</sup></p> <p>Ausência de sistematização da assistência<sup>23, 24, 27</sup></p> <p>Descontinuidade e inadequação das ações de saúde<sup>2</sup></p> <p>Danos à população<sup>24</sup></p>	<p>É recomendado:</p> <p>Adoção do uso de protocolo para disponibilização do DIU do Ministério da Saúde ou da Organização Mundial da Saúde</p> <p>No caso da elaboração do próprio protocolo, atenção às recomendações de construção de protocolos ou aos princípios da prática baseada em evidências científicas</p> <p>Realizar capacitação da equipe de saúde sobre o protocolo a ser utilizado</p> <p>Divulgação do protocolo utilizado para os profissionais de saúde do município</p> <p>Constante atualização, baseada em evidências científicas, do protocolo utilizado</p>	<p>O uso de protocolos:</p> <p>Subsídia a conduta dos profissionais<sup>2,23,24</sup></p> <p>Estabelece padrões de condutas clínicas<sup>2</sup></p> <p>Protege a população atendida de procedimentos inapropriados<sup>24</sup></p> <p>Confere direcionalidade, atualidade e adequação às ações de saúde<sup>2</sup></p> <p>Favorece o trabalho interprofissional<sup>27</sup></p> <p>Diferencia a competência legal de cada membro da equipe<sup>27</sup></p> <p>Otimização do processo de trabalho<sup>2,24,27</sup></p> <p>Credibilidade dos serviços de saúde pela sociedade</p> <p>Minimiza barreiras ao acesso ao DIU<sup>2,23,24</sup></p>

## Barreiras relacionadas aos grupos educativos de planejamento reprodutivo

Barreiras (% observada no estudo)	Implicações	Recomendações	Evidências
<p>Não realização de grupos educativos de planejamento reprodutivo (43%)</p> <p>Condicionamento do acesso ao DIU à participação nos grupos de planejamento reprodutivo (25,4%)</p>	<p>A ausência de grupos educativos ou o condicionamento do acesso ao DIU à participação nos mesmos:</p> <p>Diminui a autonomia das mulheres para a escolha do método<sup>6,17</sup></p> <p>Contribui para que a mulher não seja orientada sobre o DIU e, provavelmente, não o conhecerá suficientemente para optar por ele<sup>6, 9, 16, 22, 23</sup></p> <p>Exclui muitas mulheres de usar o DIU, por falta de disponibilidade de participação nos grupos<sup>17</sup></p>	<p>É recomendado:</p> <p>Não condicionar o acesso ao DIU à participação em grupo de planejamento reprodutivo, principalmente porque as orientações sobre o DIU podem ser individuais</p> <p>Realizar grupos educativos de planejamento reprodutivo sistematicamente, com várias opções de dias e horários</p> <p>Desmistificar crenças e tabus sobre o DIU sempre que houver oportunidade, seja em grupo, consulta, acolhimento ou visita domiciliar</p>	<p>A participação em grupo educativo de planejamento reprodutivo proporciona maior autonomia e segurança às mulheres, homens e casais, para a escolha do método contraceptivo mais adequado às suas necessidades<sup>6</sup></p> <p>Há evidências que orientação sobre planejamento reprodutivo e doença sexualmente transmissível fornecida durante grupos educativos pode aumentar a prática da atividade sexual segura<sup>9</sup></p> <p>O conhecimento inadequado sobre qualquer método contraceptivo pode ser um fator de resistência à aceitabilidade e uso do contraceptivo<sup>14</sup></p> <p>O condicionamento do acesso ao DIU à participação em grupos pode acarretar importantes perdas de mulheres que desejam usá-lo, pois nem todas as mulheres têm disponibilidade para participar nos dias e horários definidos pelos serviços de saúde<sup>17</sup></p> <p>A utilização do DIU deve ser incentivada e desmistificada, pois representa o melhor custo-benefício para o planejamento familiar geral, em especial no grupo de vulneráveis<sup>22</sup></p>



## Barreiras relacionadas à disponibilização do DIU

Barreiras (% observada no estudo)	Implicações	Recomendações	Evidências
<p>Falta do DIU ou oferta descontinua (15,2%)</p>	<p>A falta do DIU ou sua oferta descontinua:</p> <p>Limita a autonomia das mulheres no controle da fecundidade<sup>6</sup></p> <p>Limita a escolha da mulher pelo contraceptivo que melhor se adapte a ela<sup>6</sup></p> <p>Favorece a opção da mulher por outro contraceptivo<sup>17,26,28</sup></p> <p>Aumenta o risco de gravidez não planejada<sup>17,26,28</sup></p>	<p>É recomendado:</p> <p>Ofertar o DIU continuamente</p>	<p>A falta do DIU não se justifica:</p> <p>Segundo a Lei 9.263/96 em seu art.9º, que dispõe sobre o planejamento familiar, todos os métodos cientificamente aceitos deverão ser oferecidos à população<sup>5</sup></p> <p>Segundo a Portaria 1.555 de 30/07/2013, o financiamento, aquisição e distribuição do DIU cabem ao Ministério da Saúde<sup>7</sup></p> <p>A oferta de todos os contraceptivos seguros disponíveis no país garante às pessoas liberdade de opção para a escolha<sup>4</sup></p>
<p>Estabelecimento de critérios desnecessários para acesso ao DIU:</p> <p>Necessidade de prescrição médica e/ou agendamento de consulta (86,5%)</p> <p>Não disponibilização do DIU nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família (83,7%)</p> <p>Necessidade de realização de exames complementares como de sangue, de mamas, papanicolaou, HIV e ultrassonografia transvaginal (71,6%)</p> <p>Delimitação etária (mais de 18 anos de idade ou menos de 40 anos de idade) (44,8%)</p>	<p>O estabelecimento de critérios desnecessários para acesso ao DIU:</p> <p>Limita o acesso das mulheres ao DIU<sup>15,17,23</sup></p> <p>Favorece a demora e burocratização, que pode levar a mulher a optar por outro contraceptivo ou enfrentar gravidez não planejada, inclusive as adolescentes<sup>17</sup></p>	<p>É recomendado:</p> <p>O DIU pode ser inserido imediatamente durante a consulta médica ou de enfermagem, caso a mulher se encaixe nos critérios de elegibilidade e mencione seu interesse por usá-lo</p> <p>Não vincular o acesso ao DIU à consulta com especialista ou à realização de exames complementares</p> <p>Não é necessária realização de exames, inclusive ultrassonografia, como rotina para inserção do DIU</p> <p>Utilizar o teste rápido de gravidez, ou a Lista de Verificação de Gravidez para afastar a possibilidade de gravidez<sup>21</sup></p> <p>Realizar o exame clínico ginecológico para determinar o tamanho e posição do útero, ausência de gravidez, ou sinal de cervicite ou doença inflamatória pélvica</p> <p>Utilizar os procedimentos preconizados na abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis do Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde para identificação de infecções<sup>19</sup></p> <p>Disponibilizar o DIU para adolescentes e para mulheres acima de 40 anos</p> <p>Disponibilizar e inserir o DIU nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família</p>	<p>Dificuldades organizacionais, como horários para atendimento e lentidão na realização de exames, limitam o acesso das mulheres ao DIU<sup>4,17</sup></p> <p>O DIU pode ser usado com segurança e eficácia pela maioria das mulheres, sem quaisquer exames de sangue ou testes preventivos para câncer cervical, bastando o uso dos Critérios Médicos de Elegibilidade<sup>21</sup></p> <p>O Ministério da Saúde recomenda o uso dos Critérios Clínicos de Elegibilidade para uso de DIU<sup>6</sup></p> <p>O Ministério da Saúde recomenda atenção especial no exame clínico ginecológico de forma a determinar o tamanho e posição do útero, assim como ausência de gravidez ou sinais de doença inflamatória pélvica<sup>6</sup></p> <p>O Ministério da Saúde não recomenda a realização de ultrassonografia transvaginal antes e depois da inserção do DIU como rotina<sup>4</sup></p> <p>Não há qualquer contra-indicação da inserção do DIU em adolescentes e em mulheres acima de 40 anos de idade<sup>1,6,21,22,29</sup></p>

## Barreiras relacionadas à inserção do DIU

Barreiras (% observada no estudo)	Implicações	Recomendações	Evidências
DIU é inserido apenas pelo profissional médico (100%)	<p>A inserção do DIU como ato privativo do médico pode provocar:</p> <p>Dificuldade para agendamentos de consultas médicas<sup>14,23</sup></p> <p>Barreira no acesso ao DIU pelas mulheres<sup>14,23,26</sup></p>	<p>É recomendado:</p> <p>Considerar o respaldo legal de que o enfermeiro treinado e capacitado pode inserir e retirar o DIU</p> <p>Ampliar a atuação do enfermeiro na inserção do DIU</p> <p>Realizar treinamento e capacitação do enfermeiro e médico para inserir e retirar o DIU</p> <p>Promover, no município, discussões para resolução do impasse legal da prescrição, disponibilização e inserção do DIU por enfermeiros</p>	<p>O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde afirmam, de modo abrangente, que profissionais de saúde treinados e capacitados podem inserir e retirar o DIU<sup>6,21</sup></p> <p>Segundo recomendações do Task Shifting da Organização Mundial da Saúde, o enfermeiro treinado e capacitado pode inserir e retirar o DIU<sup>9</sup></p> <p>A inserção do DIU por enfermeiros é uma intervenção eficaz que pode melhorar o acesso e diminuir desigualdades<sup>26,30</sup></p> <p>No Brasil, o enfermeiro treinado e capacitado tem competência legal para inserir e retirar o DIU<sup>12,13,23</sup></p> <p>Inexiste impedimento legal para que o enfermeiro capacitado realize a inserção do DIU<sup>12,13</sup></p>
Agendamento prévio para inserção do DIU (89,6%)	<p>O agendamento prévio para inserção do DIU:</p> <p>Pode ocorrer gravidez não planejada no período entre o desejo de usar o DIU e sua efetiva inserção<sup>4,28</sup></p> <p>Existe a possibilidade de o agendamento prévio configurar-se em oportunidade perdida para inserção do DIU, pois a mulher pode não voltar<sup>4,28</sup></p>	<p>É recomendado:</p> <p>Inserir o DIU no mesmo dia em que a mulher mencionar seu interesse por usá-lo, se a mulher estiver dentro dos critérios de elegibilidade para o uso</p>	<p>A inserção do DIU deve ocorrer durante a consulta médica ou de enfermagem, pois o requerimento de vários retornos à unidade de saúde para obtenção do DIU diminui o uso do mesmo<sup>4</sup></p> <p>Existe associação entre a diminuição de barreiras ao acesso do DIU (como o requerimento de vários retornos para obtê-lo) e o aumento do uso do mesmo<sup>28</sup></p>

“Se por um lado, os desafios à saúde no mundo inteiro são muitos e bem sérios, por outro, a necessidade de controlar a própria fertilidade afeta mais vidas do que qualquer outro problema de saúde. É crucial para o bem-estar das pessoas, especialmente o das mulheres – e fundamental para sua autodeterminação.”

(OMS, 2007)<sup>21</sup>



## Barreiras relacionadas às condições clínicas da mulher, que podem ou não impossibilitar a inserção do DIU

Barreiras (% observada no estudo)	Recomendações	Evidências
Adotar a infecção vaginal como condição que impossibilita a inserção do DIU (80,6%)	Não adotar a infecção vaginal como condição que impossibilita a inserção do DIU, a menos que a mulher tenha cervicite purulenta	A maioria das mulheres pode usar o DIU com segurança e eficácia, incluindo-se, entre elas, mulheres que tenham infecção vaginal <sup>21</sup>  O DIU pode ser usado com restrição em mulheres que tenham vaginites sem cervicite purulenta <sup>6</sup>
Adotar aborto espontâneo ou induzido recente como condição que impossibilita a inserção do DIU (40,3%)	Não adotar o aborto espontâneo ou induzido recente como condição que impossibilita a inserção do DIU, a menos que a mulher tenha infecção provocada pelo aborto	O DIU pode ser usado sem restrição no pós-abortamento primeiro trimestre <sup>6, 21</sup>  O DIU pode ser usado com restrição no pós-abortamento que ocorre no segundo trimestre, pois pode ocorrer expulsão do DIU <sup>6</sup>  Na ausência de infecção provocada pelo aborto, o DIU pode ser inserido imediatamente após o abortamento <sup>21</sup>  Na presença de infecção provocada pelo aborto, tratar e orientar outro método de apoio. Após tratamento reavaliar a possibilidade de inserção do DIU <sup>21</sup>
Adotar história anterior de doença inflamatória pélvica como condição que impossibilita a inserção do DIU (40,3%)	Não adotar história anterior de doença inflamatória pélvica como condição que impossibilita a inserção do DIU, a menos que a mulher tenha fatores de risco elevados para doença sexualmente transmissível	A maioria das mulheres pode usar o DIU com segurança e eficácia, incluindo-se entre elas mulheres que tenham história anterior de doença inflamatória pélvica <sup>21</sup>  O DIU pode ser usado sem restrição em mulheres que tenham história de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis, com gravidez subsequente <sup>6</sup>  O DIU pode ser usado com restrição em mulheres que tenham história de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis, sem gravidez subsequente <sup>6</sup>  O DIU não deve ser usado por mulheres que apresentam risco individual muito elevado de gonorreia ou clamídia no momento da inserção <sup>21</sup>
Adotar anemia como condição que impossibilita a inserção do DIU (29,8%)	Não adotar anemia como condição que impossibilita a inserção do DIU	A maioria das mulheres pode usar o DIU com segurança e eficácia, incluindo-se, entre elas, mulheres que tenham anemia <sup>21</sup>
Adotar história anterior de gravidez ectópica como condição que impossibilita a inserção do DIU (29,8%)	Não adotar história anterior de gravidez ectópica como condição que impossibilita a inserção do DIU	A maioria das mulheres pode usar o DIU com segurança e eficácia, incluindo-se, entre elas, mulheres que tenham história anterior de gravidez ectópica <sup>21</sup>
Adotar HIV como condição que impossibilita a inserção do DIU (26,9%)	Não adotar HIV como condição que impossibilita a inserção do DIU, a menos que a mulher tenha Aids e não esteja em terapia antirretroviral ou clinicamente bem	Mulheres infectadas com HIV podem, com segurança, colocar um DIU <sup>21</sup>  O DIU não deve ser inserido em mulheres que tenham Aids mas não estejam em terapia antirretroviral ou que não estejam clinicamente bem <sup>21</sup>
Não adotar a gravidez como condição que impossibilita a inserção do DIU (10,5%)	Adotar a gravidez como condição que impossibilita a inserção do DIU	O DIU somente pode ser inserido mediante certeza de que a mulher não esteja grávida <sup>6, 21, 25</sup>
Adotar amamentação atual como condição que impossibilita a inserção do DIU (4,5%)	Não adotar amamentação atual como condição que impossibilita a inserção do DIU, caso a mulher esteja menstruando  Atenção: caso a amamentação não seja exclusiva e a menstruação não tenha retornado, avaliar possibilidade de gravidez	O DIU pode ser inserido com restrição até 48 horas após o parto, pois há aumento do risco de expulsão do DIU <sup>6</sup>  O DIU não deve ser inserido entre 48 horas e 4 semanas após o parto, pois aumenta o risco de perfuração uterina <sup>6</sup>  A maioria das mulheres pode usar o DIU com segurança e eficácia, incluindo-se, entre elas, mulheres que estejam amamentando e menstruando <sup>21</sup>  Se a mulher estiver amamentando exclusivamente e sua menstruação não tiver retornado, ela poderá colocar o DIU a qualquer momento entre 4 semanas e 6 meses após o parto <sup>21</sup>
Adotar execução de trabalho físico pesado como condição que impossibilita a inserção do DIU (4,5%)	Não adotar execução de trabalho físico pesado como condição que impossibilita a inserção do DIU	A maioria das mulheres pode usar o DIU com segurança e eficácia, incluindo-se, entre elas, mulheres que executam trabalho físico pesado <sup>21</sup>
Adotar diabetes e/ou hipertensão como condições que impossibilitam a inserção do DIU (3,0%)	Não adotar diabetes e/ou hipertensão como condições que impossibilitam a inserção do DIU	O DIU de cobre pode ser usado sem restrição <sup>6</sup>  O DIU com levonorgestrel pode ser usado com restrições em mulheres com história de hipertensão onde não é possível aferir a pressão arterial <sup>6</sup>



# Referências

1. American Academy of Pediatrics. Policy statement: contraception for Adolescents. Illinois; 2014.
2. Araújo JM. Construção, composição e implantação de protocolos clínicos nas ações de atenção primária [monografia]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
3. Bahamondes L, Bottura BF, Bahamondes MV, Gonçalves MP, Correia VM, Espejo-Arce X et al. Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic. *Hum Reprod.* 2014;29(10):2163-70. <http://humrep.oxfordjournals.org/content/29/10/2163.full.pdf+html>
4. 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.
5. Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 15 jan. 1996. Seção 1.* [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm)
6. 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. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 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. Brasília; 2013. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)
9. Casarin ST, Siqueira HCH. Planejamento familiar e os direitos reprodutivos: a produção científica da enfermagem. *Rev Enferm UFPE.* 2010;4(1):348-56.
10. Chein MBC, Brito LMO, Brito HO. Dispositivo intra-uterino. *Cad Pesqui.* 2000;11(2):21-8. [http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo%20\(15\).pdf](http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo%20(15).pdf)
11. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet.* 2012;380(9837):149-56.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 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. Brasília; 2010. p. 59-62. [http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctln\\_6148.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctln_6148.html)
13. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Orientação fundamentada 060/2016. São Paulo: Câmara Técnica; 2016.
14. 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. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/03.pdf>
15. Figueiredo R, Castro Filho JM, Kalckmann S. Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado? *Bol Inst Saude.* 2014;15(2):81-93
16. Hayashi AML, Nogueira VO. Escolha dos métodos contraceptivos de um grupo de planejamento familiar em uma UBS de Guarulhos. *Saude Coletiva.* 2007;4(16):120-3.
17. 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 Saude Publica.* 2009;25(Sup 2):s269-s278. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/09.pdf>
18. Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *Inst J Womens Health.* 2010;2 211-220.
19. Ministério da Saúde. Manual de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde, MS, Brasília, 1999. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_13.pdf)
20. Nicolau AIO, Moraes MLC, Lima DJM, Aquino OS, Pinheiro AKB. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):55-61. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/08.pdf>
21. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa; Universidade Johns Hopkins. Escola Bloomberg de Saúde Pública, Centro de Programas de Comunicação, Projeto INFO. Planejamento familiar: um manual global para prestadores de serviços de saúde. Baltimore; 2007. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/6/9780978856304\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/6/9780978856304_por.pdf)
22. Penna IAA, Brito MB. A importância da contracepção de longo prazo reversível. *Femina.* 2015;43(Supl.1):1-6. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4848.pdf>
23. Peres VBF. Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
24. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichier K, Solha RKT, Souza W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2015.
25. 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
26. Polus S, Lewin S, Glenton C, Lergler 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392779/>
27. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):1041-1047. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>
28. 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):115.e1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910826/>
29. Sorpreso ICE, Soares-Júnior JM, Baracat EC. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(9):395-6. <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n9/0100-7203-rbgo-37-09-00395.pdf>
30. World Health Organization. Recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting [Internet]. Geneva; 2012 [cited 2015 mai. 05]. Available from: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf)>.