

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

**AMPLIAÇÃO DO TREINAMENTO NA INSERÇÃO DE DIU: IMPACTOS NA QUALIDADE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA****EXPANSION OF TRAINING IN IUD INSERTION: IMPACTS ON THE QUALITY OF FAMILY PLANNING IN PRIMARY CARE**Matheus Serapião Teodoro <sup>1</sup>Marina Faria Salomão <sup>2</sup>Luiz Rugero Marcatto do Carmo <sup>3</sup>Silvia Oliveira Dourado <sup>4</sup>DOI: <https://doi.org/10.63845/g3256n60>**RESUMO**

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método contraceptivo eficaz, seguro, de baixo custo, de fácil inserção e amplamente disponível pelo SUS, com grande potencial para reduzir gestações não planejadas. Apesar disso, sua adesão na Atenção Primária à Saúde (APS) permanece baixa, principalmente devido a barreiras impostas pelos próprios profissionais, que, por falta de capacitação, não oferecem o método e o consideram complexo, restrito a médicos especializados. No entanto, a inserção do DIU é um procedimento ambulatorial, simples, que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde devidamente treinado, sem necessidade de recursos hospitalares. Este estudo teve como objetivo evidenciar os entraves à adesão ao DIU e os benefícios do treinamento teórico-prático de profissionais para sua inserção. Foram analisados artigos em português e inglês das bases Medline, Dynamed, SciELO e PubMed. O planejamento familiar, fundamental na APS, é prejudicado por barreiras criadas pelos próprios profissionais, impactando o direito à saúde reprodutiva e a qualidade de vida dos usuários. A baixa oferta do DIU decorre, em grande parte, da crença equivocada de que sua inserção exige avaliação complexa e é restrita a médicos como ginecologistas e médicos de família e comunidade. Essa ideia, reproduzida inclusive por profissionais da saúde, limita ainda mais o acesso ao método. Portanto, é essencial ampliar a capacitação de médicos generalistas e enfermeiros, a fim de promover maior acesso, adesão e qualidade na assistência à saúde reprodutiva, como observado em contextos onde esses profissionais, devidamente treinados, já realizam a inserção do DIU.

**Descritores:** Atenção Primária; DIU; Dispositivo Intrauterino; Treinamento.

---

<sup>1</sup> Graduado em Medicina pela Faculdade de Minas – Belo Horizonte (Faminas-BH). Médico da eSF em Belo-Horizonte – MG. Email: [matheussteodorolp@gmail.com](mailto:matheussteodorolp@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5755-7131>

<sup>2</sup> Graduada em Medicina pela Faculdade de Minas – Belo Horizonte (Faminas-BH). Médica da eSF em Belo-Horizonte – MG. Email: [marinafariasalomao@gmail.com](mailto:marinafariasalomao@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5076-1591>

<sup>3</sup> Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Médico de Família e Comunidade pela SBMFC, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Médico da eSF em Belo-Horizonte – MG. Email: [marcatto@gmail.com](mailto:marcatto@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4354-9151>

<sup>4</sup> Graduanda em Medicina pela Faculdade de Minas – Belo Horizonte (Faminas-BH). Email: [silviadouradosod@gmail.com](mailto:silviadouradosod@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5950-4130>

## ABSTRACT

The Intrauterine Device (IUD) is an effective, safe, low-cost contraceptive method that is easy to insert and widely available through Brazil's Unified Health System (SUS), with great potential to reduce unplanned pregnancies. Despite this, its uptake in Primary Health Care (PHC) remains low, mainly due to barriers imposed by health professionals themselves, who, lacking proper training, do not offer the method and consider it complex, restricted to specialists. However, IUD insertion is a simple outpatient procedure that can be performed by any trained health professional, without the need for hospital resources. This study aimed to highlight the barriers to IUD use and the benefits of theoretical and practical training for health professionals. Articles in Portuguese and English were analyzed from the Medline, Dynamed, SciELO, and PubMed databases. Family planning, a key PHC strategy, is often hindered by obstacles created by health professionals, affecting users' reproductive rights and quality of life. Low IUD provision largely stems from the mistaken belief that its insertion requires complex evaluation and is limited to specialists such as gynecologists and family and community physicians. This misconception, often perpetuated by health professionals, further restricts access to the method. Therefore, expanding the training of general practitioners and nurses is essential to improve access, increase uptake, and ensure high-quality reproductive health care, as seen in settings where trained professionals already offer and perform IUD insertions.

**Keywords:** Primary Care; IUD; Intrauterine Device; Training.

## INTRODUÇÃO

O planejamento familiar ou reprodutivo é um direito oferecido pelo SUS a toda a população que deseja e/ou necessita. Os benefícios não são restritos somente à autonomia sexual e reprodutiva da paciente, mas também à redução da mortalidade materna, visto que abortamento é uma das grandes causas dessa complicação<sup>(3,11,12)</sup>. Ainda, também há impacto em questões socioeconômicas e na qualidade de vida, considerando que em locais com maior vulnerabilidade estão relacionados à maior natalidade<sup>(11)</sup>.

Uma parcela significativa das gestações não é planejada, e como existe uma política de manutenção compulsória da gestação, salvo as clássicas exceções, é muito comum vermos mães solas, sem apoio do parceiro, cuidando de muitos filhos e com uma importante vulnerabilidade socioeconômica envolvendo insegurança alimentar, de moradia e sem oportunidade para realizar os próprios objetivos<sup>(9,15,16)</sup>.

O planejamento reprodutivo é confiado, primeiramente, à Atenção Primária (AP), que tem a tarefa de acolher e atender as necessidades reprodutivas da população da forma mais adequada, considerando tanto os critérios clínicos de indicação quanto questões culturais, religiosas e do próprio desejo da paciente<sup>(4,12,15)</sup>. O SUS fornece uma boa variedade de métodos contraceptivos para quem deseja utilizá-los. Além dos métodos hormonais de administração oral e injetável, uma opção que atenderia boa parcela da população feminina em idade fértil é o Dispositivo Intrauterino (DIU), que faz parte dos Contraceptivos Reversíveis de Larga Duração (LARCs).

Apesar de ser um método seguro, reversível, amplamente disponibilizado gratuitamente e com eficácia comparada à esterilização cirúrgica feminina, ainda tem baixa adesão da população brasileira<sup>(3,15)</sup>. Estima-se que aproximadamente 2 a 4,5% das mulheres em idade fértil são usuárias de DIU<sup>(2,5,11)</sup>.

Esse método é o contraceptivo reversível mais utilizado no mundo, e com taxas de uso desiguais entre várias regiões, nacionais e internacionais. Ainda que lentamente em crescimento, existem diversos motivos que podem explicar o porquê do Brasil apresentar uma taxa tão baixa de adesão a esse método<sup>(1,3,5)</sup>.

O objetivo deste trabalho é evidenciar alguns entraves que dificultam a maior adesão da população ao DIU e trazer evidências de que o treinamento teórico-prático de profissionais da saúde, tanto médico quanto enfermeiro, no que tange à conhecimento e inserção do DIU, pode ser uma importante ferramenta para aumentar a adesão da população a esse método e, com isso, reduzir as gestações não planejadas e as consequências drásticas que podem advir desse problema.

## METODOLOGIA

Foram selecionados artigos em inglês e português das plataformas de busca Medline, Dynamed, SciELO e PubMed, utilizando dos descritores "Atenção Primária, DIU, Dispositivo Intrauterino e Treinamento". O presente trabalho foi construído no padrão de revisão de literatura e não foi realizada qualquer pesquisa direta com nenhum indivíduo.

## DISCUSSÃO

Como já mencionado, o DIU é um dos métodos contraceptivos mais eficazes disponíveis. O SUS disponibiliza o DIU de cobre amplamente pelo território nacional. Muito de sua eficácia advém da não necessidade de comprometimento e uso regular da paciente, não sofrendo com as instabilidades de administração ao longo dos dias, como os métodos contraceptivos mais utilizados no mundo, sendo eles os *condoms* e os anticoncepcionais orais<sup>(6,12,14)</sup>.

Ainda que saibamos dos inúmeros benefícios do DIU, é comum que, ao oferecer a possibilidade do uso desse método, em primeiro momento as pacientes se mostrem resistentes a aceitá-lo. Muito disso vem de crenças em mitos e tabus que são amplamente disseminados tanto entre pacientes quanto, em menor instância, mas também existente, profissionais de saúde<sup>(15,16)</sup>.

Dos receios que permeiam o uso do DIU destacam-se a infertilidade pós uso, a aquisição de infecção pélvica, a possibilidade de gravidez ectópica, ganho de peso e perfuração uterina<sup>(3,15,17)</sup>. Outrossim, também há o preconceito, por vezes com base religiosa, de ser um método "abortivo". Por fim, vale também destacar o medo de sofrer com um dos possíveis efeitos colaterais da dismenorréia e aumento de fluxo menstrual, que pode acometer uma significativa parcela das pacientes, principalmente se forem nulíparas<sup>(1,3,6)</sup>.

Os profissionais da saúde da AP devem ser os agentes com capacidade o suficiente para sanar as dúvidas, eliminar crenças sem base científica e mitigar temores com base em algo concreto. O aumento do fluxo menstrual e dismenorréia é algo possível com o DIU de cobre e advém da reação inflamatória de corpo estranho na cavidade uterina, mas são efeitos manejáveis e que tendem a ser reduzidos com a orientação de analgesia prévia à inserção com uma dose de ibuprofeno, com ou sem

paracetamol ou dipirona, e que tendem a amenizar com o tempo <sup>(1)</sup>. Quanto ao DIU de Levonorgestrel pode se observar diminuição da dismenorreia e do fluxo menstrual, mas com possibilidade de ciclos prolongados, sangramentos irregulares e escapes, principalmente durante o 1º ano de uso <sup>(1)</sup>.

É importante também esclarecer que não há qualquer relação entre DIU e infertilidade, tal como não há relação de causalidade entre inserção do DIU e infecção pélvica <sup>(1)</sup>. Por outro lado, pode haver um aumento do risco de infecção pélvica por até 20 após a inserção, e essa consegue ser manejada, em substancial parte dos casos, sem a retirada do dispositivo <sup>(1)</sup>. Por fim, é necessário esclarecer que, apesar da maior probabilidade da gestação ser ectópica em usuárias de DIU, em números absolutos há mais casos de gravidez ectópica em pacientes sem uso do DIU do que em pacientes com o dispositivo, porque o risco de gestação em geral é muito maior quando não está em uso do contraceptivo <sup>(1)</sup>.

Essas questões relacionadas à desinformação das pacientes envolvendo o uso do DIU são barreiras individuais que travam o avanço desse método contraceptivo de alta eficácia. Entretanto, não são as únicas barreiras que devem ser combatidas. A desinformação quanto às indicações e uso do DIU também acomete profissionais da saúde. Ainda é comum encontrarmos profissionais que replicam a informação de que DIU é um método contraceptivo não adequado a adolescentes e/ou nulíparas e que causa infertilidade <sup>(6,16)</sup>.

Somado a isso, temos barreiras organizacionais que impõe situações desnecessárias que atrasam ou travam o acesso ao DIU. Entre elas se destacam a falta do dispositivo em algumas áreas e a imposição de participação em grupos educativos e/ou uma avaliação médica prévia, receituário médico, exames laboratoriais, e exclusão de pacientes com determinadas condições clínicas, sem qualquer embasamento científico <sup>(3,7,11,12)</sup>. Outrossim, o tempo disponível em consulta é também uma barreira importante, uma vez que há menor probabilidade de oferecer o DIU na primeira consulta, comparado a outros métodos, devido a dificuldade de inseri-lo no mesmo dia, necessitando uma segunda visita da paciente em serviço de saúde e gerando perda de oportunidade <sup>(2,9,14)</sup>. Outro ponto de importância é o Impedimento do profissional da enfermagem de realizar a inserção do DIU, mesmo que sejam bem capacitados para a tarefa <sup>(12)</sup>.

Um entrave que está intimamente relacionado às baixas taxas de adesão ao DIU é a pouca quantidade de profissionais habilitados tanto para orientar as pacientes quanto para realizar o procedimento de inserção <sup>(6,7,13,15)</sup>. Vários estudos mostram que há quantidade insuficiente de profissionais médicos habilitados para essa tarefa e, por esse motivo, tendem a negligenciar a oferta do DIU na consulta de planejamento familiar que, de certa forma, viola o direito do paciente de escolher o método ideal para suas necessidades <sup>(2,3,4,6)</sup>.

Apesar de terem um grande potencial na orientação do planejamento familiar e ocuparem uma posição de facilitadores ao acesso de métodos de alta eficácia, como o DIU, os profissionais da atenção primária, tanto médicos quanto enfermeiros, se sentem pouco capazes de realizar a inserção do DIU <sup>(4,9)</sup>. Existem dados comparativos entre profissionais médicos de várias áreas, como os ginecologistas e obstetras (GO), Médicos de Família e Comunidade (MFC), Clínicos e Generalistas. Como já esperado,

os profissionais da GO são os que mostraram um conhecimento mais sólido sobre DIU e que mais oferecem esse método a suas pacientes <sup>(5,7,15)</sup>.

Em menor quantidade que os Ginecologistas, mas ainda em uma taxa maior que profissionais da clínica médica, os MFCs, e outros médicos que trabalham em locais que prestam assistência para um grande número de pessoas, são mais propensos e se sentem mais confiantes em oferecer o DIU como método contraceptivo para suas pacientes <sup>(5,8,15,16)</sup>.

Isso, somado a protocolos que impedem os profissionais da enfermagem de realizar a inserção do DIU, contribuem para a necessidade de agendamento na própria unidade ou em centros de referência, com filas de espera que demoram meses para atender à necessidade de contracepção <sup>(3,11,12)</sup>. Esse tempo é um período de perda de oportunidade em que, sem adequada contracepção, pode ocorrer uma gestação não planejada <sup>(3,7)</sup>.

Portanto, inúmeras medidas são necessárias para reverter essa recusa das pacientes a um método tão eficaz e que é muito bem indicado para muitas. É necessário ampliar a disponibilidade de recursos e insumos, e monitorar para que não haja falta, estudando a demanda de cada região e ofertando de forma equitativa <sup>(11,12)</sup>. Há estudos que mostram a falta do dispositivo e presença de outras desigualdades entre as regiões do país, ainda que ao longo do tempo tenham se observado avanços positivos no combate à essa disparidade <sup>(12)</sup>. O acesso à saúde reprodutiva é definido pela Organização das Nações Unidas (ONU), um direito humano fundamental.

Não diferente, a padronização de protocolos também é uma medida interessante, visto que muitos adotam critérios desnecessários e dificultadores do acesso a esse método contraceptivo <sup>(3)</sup>. Além disso, a disponibilidade do DIU na Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma medida imprescindível, uma vez que é na AP que ocorre todo o manejo inicial do planejamento reprodutivo <sup>(3)</sup>.

Há, ainda, trabalhos que mostram que os municípios que não disponibilizam o DIU tampouco referenciam a paciente que deseja utilizá-lo para algum lugar que o faça <sup>(3,8)</sup>. É interessante que seja integrado, no protocolo baseado em evidências científicas, uma seção que aborda o fluxo a ser adotado caso não haja disponibilidade do DIU, para não negar o acesso do paciente a algo que lhe é de direito.

Ademais, a inclusão da enfermagem nessa capacitação pode ser uma importante ferramenta no aumento da taxa de usuárias de DIU <sup>(3,6,11)</sup>. A participação da enfermagem de forma mais ativa, tanto nas consultas de planejamento reprodutivo quanto nos procedimentos de inserção do DIU, vai permitir que o importante problema das grandes filas de espera para agendamento de inserção do dispositivo seja parcial ou totalmente resolvido.

De certa forma, há uma enorme discrepância entre a participação da enfermagem nessas questões, quando se compara as macrorregiões do Brasil. De forma geral, as consultas de planejamento reprodutivo são, em sua maioria, realizadas pela enfermagem <sup>(11)</sup>. Contudo, no que tange à inserção do DIU, houve uma predominância quase unânime. Há trabalhos que mostram que, em 2021, aproximadamente 90% das inserções de DIU na região sudeste e 78% na região Sul foram realizadas por médicos, enquanto na região Norte e Nordeste o procedimento realizado por Enfermeiras representava aproximadamente 78% e 47% do total, respectivamente <sup>(11)</sup>. Um fato que possivelmente

pode estar atrelado a esses resultados é a quantidade reduzida de médicos nas regiões Norte e Nordeste, comparado às outras regiões, forçando, de certa forma, uma maior atuação de outros profissionais da saúde para atender melhor às demandas da população.

Por fim, outra medida crucial envolve a Educação Médica Continuada. Apesar da proporção variar entre os estudos, é quase uma unanimidade que menos da metade dos médicos que atuam na estratégia da saúde da família oferecem o DIU na consulta de planejamento familiar ou se sentem confiantes em realizar a inserção ou retirada do dispositivo <sup>(4,7)</sup>. Ainda que os MFC sejam mais confiantes ao oferecer o DIU e realizem a inserção desse dispositivo com maior frequência, o índice geral da AP cai, muito provavelmente devido a grande presença dos médicos generalistas que, em sua maioria por se sentirem pouco capacitados para a tarefa de inserção do DIU, optam por não realizá-lo <sup>(8,15)</sup>. Isso é mostrado também em pesquisas que relatam o conhecimento teórico desses profissionais sobre os métodos contraceptivos e que teriam o DIU como primeira opção de prescrição contraceptiva mas que, na prática, devido a falta de conhecimento na técnica de uso, deixam esse método como uma segunda alternativa e priorizam outros métodos <sup>(2,9,16)</sup>.

Dessa forma, criar e estimular a realização de uma capacitação de caráter teórico-prático, com foco na AP, tanto para médicos quanto para enfermeiros, é uma ferramenta poderosa com grande possibilidade de combate às baixas taxas de adesão ao DIU e à alta taxa de gestação não planejada <sup>(4,5,7,11,15,16)</sup>. É interessante que o foco médico seja nos profissionais generalistas, mas com possibilidade de acolhimento dos outros profissionais especialistas que não se sentem aptos à tarefa e desejam participar desse treinamento <sup>(6)</sup>. Esse treinamento com foco mais direcionado aos médicos generalistas e enfermeiros se vê mais necessário, também, devido a sua prevalência de atuação no sistema público de saúde e da alta porcentagem da população que é dependente do SUS, algo que supera os 70% <sup>(2)</sup>.

Alguns estudos mostram que, em locais cujos profissionais passaram por uma capacitação desse modelo, houve melhoria nas orientações quanto aos métodos contraceptivos, tal como houve aumento na confiança dos profissionais, da realização de inserção de DIU e da adesão das pacientes a esse método, principalmente em locais que assistiam uma população bem numerosa <sup>(4,9,10)</sup>. Também há evidências de que a preferência das pacientes recai sobre o DIU quando, após uma boa consulta de planejamento reprodutivo, lhes é dada a opção de inseri-lo no mesmo dia, quando há disponibilidade de tempo e estrutura <sup>(3,9,14)</sup>.

## CONCLUSÃO

Das inúmeras tarefas e obrigações que envolvem a atenção primária, o planejamento familiar é mais um que enfrenta barreiras que dificultam sua realização da melhor forma possível. É muito comum que encontremos comunidades que sofrem com o difícil acesso a consultas especializadas, exames laboratoriais e a realização de procedimentos ambulatoriais, como por exemplo consultas com a Ginecologia e a inserção do DIU. Por esse motivo, e por ser uma tarefa primariamente responsável pela APS, é necessário que sejam ampliados programas de capacitação teórico-práticos, com foco em médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF), em relação à prescrição e inserção do



DIU. Essa estratégia impacta positivamente na qualidade dos profissionais que atuam na APS, no planejamento familiar mais efetivo, com maior adesão das usuárias ao método, redução de gestação não planejada e, portanto, redução de complicações clínicas e socioeconômicas que poderiam surgir desse fato. Tudo isso se traduz em melhoria na qualidade de vida e redução de impactos socioeconômicos negativos nas comunidades, sobretudo as de maior vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Akintomide H. **Improving information on intrauterine contraception: providing advice in primary care.** Br J Gen Pract. 2019;69(679):98–9.
2. Canela MRM, Brito LGO, Silva-Filho AG, et al. **Provision of contraceptives by Brazilian general gynaecologists: a nationwide online survey.** Eur J Contracept Reprod Health Care. 2023;28(5):251–7.
3. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OAD, et al. **Organizational barriers to the availability and insertion of intrauterine devices in Primary Health Care Services.** Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03270.
4. Harper CC, Comfort AB, Blum M, et al. **Implementation science: Scaling a training intervention to include IUDs and implants in contraceptive services in primary care.** Prev Med. 2020;141:106290.
5. Jacobson L, Garbers S, Helmy H, et al. **IUD services among primary care practices in New York City.** Contraception. 2016;93(3):257–62.
6. Mazza D, Bateson D, Frearson M, et al. **Current barriers and potential strategies to increase the use of long-acting reversible contraception (LARC) to reduce the rate of unintended pregnancies in Australia: An expert roundtable discussion.** Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(2):206–12.
7. Pace LE, Dolan BM, Tishler LW, et al. **Incorporating long-acting reversible contraception into primary care: a training and practice innovation.** Womens Health Issues. 2016;26(2):131–4.
8. Pahle AS, Sørli D, Kristiansen IS, et al. **Practice variation in surgical procedures and IUD-insertions among general practitioners in Norway - a longitudinal study.** BMC Fam Pract. 2017;18(1):7.
9. Perkins JK, James S, Mazza D, et al. **General practitioners' views and experiences of postpartum contraception counselling and provision: a qualitative–descriptive study.** Med J Aust. 2024;221(7):381–5.
10. Reeves JA, Zapata LB, Curtis KM, et al. **Intrauterine device training, attitudes, and practices among U.S. health care providers: Findings from a nationwide survey.** Womens Health Issues. 2023;33(1):45–53.

11. Rodrigues GA, Alves VH, Rodrigues DP, et al. **Planejamento reprodutivo e inserção de dispositivo intrauterino realizada por médicos e enfermeiras no Brasil.** Cogitare Enferm. 2023;28:e86717.
12. Ruivo ACO, Facchini LA, Tomasi E, et al. **Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018.** Cad Saude Publica. 2021;37(6):e00123220.
13. Simmons RG, Baayd J, Elliott S, et al. **Improving access to highly effective emergency contraception: an assessment of barriers and facilitators to integrating the levonorgestrel IUD as emergency contraception using two applications of the Consolidated Framework for Implementation Research.** Implement Sci Commun. 2022;3(1):129.
14. Soin K, Kobayashi L, Quattlebaum T, et al. **Exploring barriers to LARC placement training for family medicine residents.** Ann Fam Med. 2022;20(Suppl 1):3250.
15. Sridhar A, Forbes ER, Mooney K, et al. **Knowledge and training of intrauterine devices among primary care residents: implications for graduate medical education.** J Grad Med Educ. 2015;7(1):9–11.
16. Turner R, Tapley A, Holliday E, et al. **Associations of anticipated prescribing of long-acting reversible contraception by general practice registrars: A cross-sectional study.** Aust J Gen Pract. 2021;50(12):929–35.
17. Yacobson I, Wanga V, Ahmed K, et al. **Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Trial Consortium.** Clinical outcomes of intrauterine device insertions by newly trained providers: The ECHO trial experience. Contracept X. 2023;5:100092.