

## Protocolo para inserção de DIU de cobre na Atenção Primária à Saúde: ampliando e fortalecendo o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher

Protocol for insertion of copper IUD in Primary Health Care: expanding and strengthening access to women's sexual and reproductive rights

Protocolo para la inserción del DIU de cobre en la Atención Primaria de Salud: ampliando y fortaleciendo el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

### Guilherme Rhis

Médico mestrando em saúde da família; Mestrado profissional em saúde da Família Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, Governador Valadares, MG, Brasil;  
E-mail: gvrhis@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1022-0771

### Lélia Cápua Nunes

Doutora em Saúde Coletiva; Mestrado profissional em Saúde da Família; Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, Governador Valadares, MG, Brasil;  
E-mail: lelia.capua@ufjf.br; ORCID: 0000-0002-2651-7572

### Simone de Pinho Barbosa

Doutora; Professora do Mestrado profissional em saúde da Família Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, Governador Valadares, MG, Brasil;  
E-mail: simone.pinho@ufjf.edu.br; ORCID: 0000-0003-1073-3219

Contribuição dos autores: GR contribuiu na concepção e delineamento, aquisição de dados; elaboração do artigo; aprovação final da versão a ser publicada. LCN atuou no delineamento, aquisição de dados; elaboração do artigo; aprovação final da versão a ser publicada. SPB atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 20/05/2025

Aprovado em: 05/11/2025

Editor responsável: Julio César Schweickardt

**Resumo:** Este relato de experiência descreve a implantação de um protocolo para inserção do Dispositivo Intrauterino de Cobre por médicos da Atenção Primária à Saúde no município de Governador Valadares, visando ampliação do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O desenvolvimento da proposta baseou-se na construção colaborativa de um protocolo municipal e distribuição de insumos nas unidades básicas de saúde. A experiência foi exitosa, com apoio da gestão e adesão dos profissionais, contudo houve desafios como resistências culturais e estruturais. Os resultados demonstraram que a descentralização da inserção do DIU na APS contribuiu para ampliar o acesso e fortalecer a resolutividade e o vínculo com as mulheres do território, bem como favoreceu o planejamento familiar, fortalecendo as diretrizes das políticas nacionais de saúde da mulher. Conclui-se que a construção e execução do protocolo para inserção de Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária à Saúde é exequível, replicável em outros municípios e contribui para a equidade em saúde, autonomia feminina e redução de gravidezes não planejadas, reforçando o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde na garantia de direitos sexuais e reprodutivos.

**Palavras-chave:** Dispositivos Intrauterinos de Cobre; Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

**Abstract:** This experience report describes the implementation of a protocol for insertion of the Copper Intrauterine Device by primary health care physicians in the city of Governador Valadares, aiming to expand access to women's sexual and reproductive rights. The development of the proposal was based on the collaborative construction of a municipal protocol, peer validation, practical training with gynecologists, and distribution of supplies in basic health units. The experience was successful, with support from management and the adherence of professionals, however there were challenges such as cultural and structural resistance. The results demonstrated that the decentralization of IUD insertion in primary health care expanded access, strengthened resolution and bonds with users, and favored family planning in conjunction with national women's health policies. It is concluded that the implementation of the protocol in Primary Health Care is feasible, replicable in other municipalities and contributes to health equity, female autonomy and the reduction of unplanned

pregnancies, reinforcing the strategic role of PHC in guaranteeing reproductive rights.

**Keywords:** Intrauterine Devices, Copper; Primary Health Care; Health Equity; Reproductive Rights.

**Resumen:** Este relato de experiencia describe la implementación de un protocolo para la inserción del Dispositivo Intrauterino de Cobre por médicos de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Gobernador Valadares, con el objetivo de ampliar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El desarrollo de la propuesta se basó en la construcción colaborativa de un protocolo municipal, validación por pares, capacitación práctica con ginecólogos y distribución de insumos en unidades básicas. La experiencia fue exitosa, con apoyo de la dirección y compromiso profesional, sin embargo hubo desafíos como la resistencia cultural y estructural. Los resultados demostraron que la descentralización de la inserción del DIU en la APS incrementó el acceso, fortaleció la resolutivez y el vínculo con las usuarias, además de favorecer la planificación familiar en articulación con las políticas nacionales de salud de la mujer. Se concluye que la implementación del protocolo en la Atención Primaria de Salud es viable, replicable en otros municipios y contribuye a la equidad en salud, la autonomía femenina y la reducción de embarazos no planificados, reforzando el papel estratégico de la APS en la garantía de los derechos reproductivos.

**Palabras clave:** Dispositivos Intrauterinos de Cobre; Atención Primaria de Salud; Equidad en Salud; Derechos Sexuales y Reproductivos.

## INTRODUÇÃO

A demarcação do acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos como garantia dos direitos humanos fundamentais representa um importante passo para o bem-estar das pessoas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a garantia de tais direitos vai ao encontro da noção de que todos os seres humanos necessitam ter resguardada a possibilidade de se expressar dentro dos seus afetos e sexualidade sem que haja represália ou discriminação<sup>1</sup>. Além disso, demonstra a relevância do acesso a métodos contraceptivos modernos, confiáveis e seguros, com o intuito de prevenir a gravidez indesejada e, como consequência, garantir que meninas e mulheres

tenham autonomia sobre seus corpos, evitem abortamentos inseguros e tenham maiores oportunidades educacionais<sup>1</sup>.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, e a Política Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), de 2015, destacam a importância do acesso aos métodos contraceptivos como um direito fundamental para a autonomia e a saúde integral das mulheres<sup>2,3</sup>. O planejamento reprodutivo, aliado ao acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes, reduz a incidência de gravidezes não planejadas, complicações obstétricas e abortos inseguros, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da saúde sexual e reprodutiva<sup>4</sup>.

Ainda, no âmbito político-organizacional, têm-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde e a PNAISM, que determinam que “ações do planejamento familiar fazem parte da atenção básica e estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher”<sup>5,2:33</sup>. Demonstra-se a garantia dos direitos reprodutivos e direitos sexuais das mulheres, objetivo imperativo da PNPM, que visa “garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações”<sup>3:77</sup>. Essas políticas, ao promoverem ações educativas e oferta de contraceptivos, reforçam o compromisso com a equidade de gênero e a redução das desigualdades, evidenciando o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) nas garantias do acesso e responsabilização sobre a gerência de tais ações nas comunidades<sup>1</sup>.

No Brasil, a incorporação de métodos contraceptivos no Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco importante na promoção dos direitos reprodutivos, mas os desafios persistem na ampliação do acesso e na superação de barreiras culturais, estruturais e de formação profissional. Nesse cenário, o(a) médico(a) de família e comunidade (MFC) ocupa um papel de destaque na garantia do acesso aos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC - sigla em inglês para *Long-Acting Reversible Contraceptives*) na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo protagonista na oferta de cuidados integrais e centrados nas pessoas. A prática desse profissional permite não apenas a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, mas também a educação

em saúde, a orientação personalizada, a realização de rastreios e o acompanhamento contínuo, promovendo um cuidado resolutivo e humanizado. Além disso, o MFC permite resguardar o acesso aos direitos sexuais de maneira integral e promover um campo saudável na construção de vínculos terapêuticos e espaços de diálogos e reafirmações<sup>6</sup>.

Nesse cenário, os LARC têm ganhado destaque por serem uma alternativa segura, eficaz e economicamente vantajosa na prevenção de gestações não planejadas. Pontua-se que os LARC são elegíveis para todas as mulheres saudáveis, bem como grande parte das mulheres com doenças crônicas, além disso, apresentam elevada satisfação por parte das utilizadoras e diminuto índice de descontinuação do método<sup>7</sup>.

Neste contexto, o investimento em educação sexual somado à promoção do acesso aos métodos contraceptivos de longa duração faz-se medida essencial, que implica diretamente o avanço da APS. Este incremento tecnológico traz inovação às possibilidades do serviço, humaniza o acesso ao planejamento familiar e o cuidado em saúde. Para além, o ato de descentralizar ações de saúde que podem ser desenvolvidas por profissionais da atenção primária eleva o grau de resolutividade da APS, promove o vínculo das usuárias com a equipe e aumenta a efetividade e a capacidade de respostas do SUS<sup>8</sup>.

Desse modo, este relato de experiência tem como finalidade narrar o percurso de construção, implantação e implementação de um protocolo técnico para a inserção do DIU de cobre por profissionais da categoria médica, atuantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município do interior de Minas Gerais, bem como evidenciar os desafios durante o percurso e as estratégias utilizadas para contorná-los e fornecer embasamento para a reprodutibilidade da iniciativa em outros territórios.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação de um protocolo de inserção de DIU de cobre na APS, elaborado a partir da vivência de um médico especialista em MFC integrante de uma equipe de Saúde da Família (eSF) da zona rural do município de Governador Valadares. O profissional é discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSaúde) da

Universidade Federal de Juiz de Fora Campus Governador Valadares e idealizou, participou e incentivou ativamente a construção, implantação e implementação do protocolo em tela para realização da inserção deste dispositivo por médicos(as) da APS.

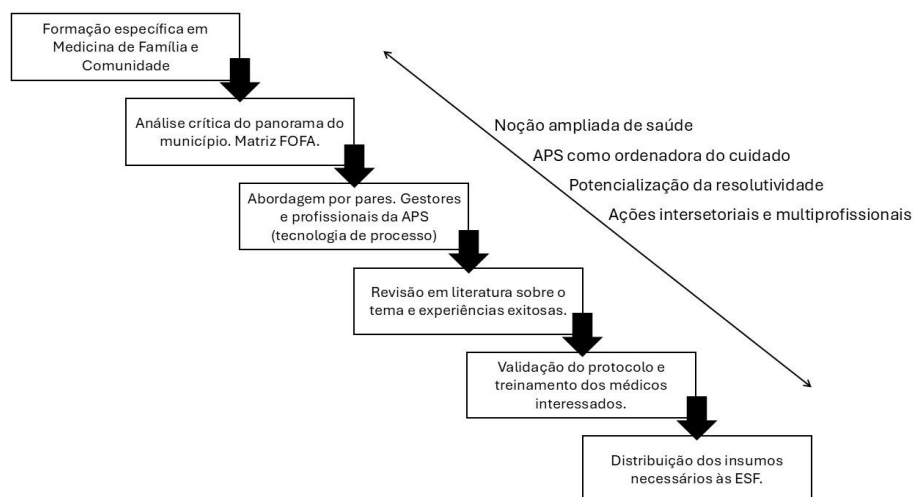
Quanto ao cenário da experiência, o município de Governador Valadares apresentou população estimada de 266.649 pessoas para o ano de 2024 e possui área territorial de 2.342,376km<sup>2</sup> <sup>9</sup>.

A cidade abrange uma vasta gama de instrumentos públicos de saúde, o acesso ao cuidado integral ainda constitui um desafio do SUS local. A APS encontra-se como porta preferencial do sistema e principal nível de atenção com potencialidade de reorganizar as ofertas dos serviços e coordenar o cuidado, com vistas a garantir efetivamente o acesso da população, a longitudinalidade do cuidado, bem como a integralidade e a capilaridade das ações. A APS do município está estruturada com 61 eSF e 07 equipes de atenção primária (eAP). Estes serviços têm potencial de cobertura populacional de mais de 70% da cidade, contando ainda com o apoio das equipes e-multi com profissionais nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, profissionais da educação física, psicólogos e assistentes sociais<sup>10</sup>.

A APS representa, com especial enfoque às comunidades periféricas e rurais da cidade, a garantia do acesso à saúde de forma integral, equânime e universal. Devido à grande dispersão territorial do município, os serviços de atenção secundária e terciária desempenham papel complementar e em segundo plano. Além disso, o serviço primário conta com a presença das residências em MFC, bem como multiprofissional em saúde da família, que contribuem para a formação de qualidade dos profissionais que atuam no serviço e o aumento da capacidade resolutiva das profissões, alinhadas às abordagens centradas nas pessoas.

Todo o percurso de construção, implantação e implementação do protocolo encontra-se ilustrado na cascata de eventos da Figura 1.

**Figura 1.** Cascata de eventos para construção, implantação e implementação do protocolo para inserção de DIU de cobre na APS, Governador Valadares (MG).



Fonte: elaborado pelos autores.

Durante a atuação na APS do município, um diagnóstico demonstrou dificuldades no acesso ao DIU de cobre por parte das mulheres interessadas no método, haja vista a concentração da inserção do dispositivo restrita ao ambulatório da residência de Ginecologia e Obstetrícia (GO) local, o que acabava por reduzir as possibilidades de acesso. Além disso, destacaram-se: alta capilaridade de informações incoerentes a respeito do método (DIU como abortivo, ineficaz, indutor de infertilidade, dentre outras); da técnica de inserção (complexa e dolorosa) e da autonomia dos profissionais de saúde para realização do procedimento (ginecologistas como únicos profissionais com conhecimento técnico para tal).

Neste sentido, para que houvesse a ruptura dos paradigmas vigentes com o propósito de inovação local e sensibilizasse os envolvidos, foi necessário que a mudança ocorresse com embasamento científico e com potencialidade suficiente para garantir a sua sustentabilidade. Assim, de posse dos conhecimentos técnico-científicos e das múltiplas experiências exitosas conhecidas nesta área em outros estados e municípios (como Joinville, Brasília e Rio de Janeiro), tal ideia começou a ser propagada tanto entre outros(as) médicos(as) de família e comunidade, como entre enfermeiros (as) e profissionais da gestão<sup>11-13</sup>.

Antes da construção do protocolo, foi estruturada a matriz F.O.F.A - ferramenta estratégica de avaliação de propostas e projetos, de ampla utilização em diversas áreas, inclusive pesquisas em saúde – e que se refere às dimensões forças (F), oportunidades (O), fraquezas (F) e ameaças (A),

conforme demonstrado no Quadro 1. Na área da saúde essa matriz é aplicada para avaliar cenários internos e externos de instituições, considerada de grande valia no auxílio na tomada de decisões estratégicas, permitindo a identificação de pontos críticos e a elaboração de planos de ação para melhorar a eficiência, a qualidade dos serviços e a inovação em pesquisas científicas<sup>14</sup>.

**Quadro 1.** Matriz F.O.F.A para a construção de protocolo para inserção do DIU de cobre na APS, Governador Valadares (MG).

Matriz FOFA – Implementação do protocolo para inserção de DIU de cobre	
Forças (FI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestor(a) da APS e Ginecologista e Obstetra sensíveis à questão</li> <li>• Médicos (as) de família e comunidade interessados no tema e atuantes para a concretização</li> <li>• Presença de insumos não utilizados</li> </ul>
Oportunidades (FE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença da residência em MFC na cidade</li> <li>• Presença de dois cursos de graduação em medicina na cidade</li> <li>• Protocolos em diversos municípios com experiência de sucesso</li> </ul>
Fraquezas (FI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hegemonia de especialistas focais em GO na inserção de DIU de cobre na cidade</li> <li>• Profissionais médicos(as) da APS não capacitados(as) para inserção do dispositivo</li> <li>• Ausência de insumos disponíveis para o procedimento nas UAPS da cidade</li> </ul>
Ameaças (FE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informações inverídicas sobre o uso do DIU de cobre</li> </ul>

FI = Fatores Internos; FE = Fatores externos.

Fonte: elaborado pelos autores.

Após extensa pesquisa bibliográfica a respeito dos protocolos existentes em outras cidades, foi elaborado o protocolo municipal, garantindo que as especificidades do território e das mulheres de Governador Valadares (MG) fossem consideradas. Neste sentido, o protocolo foi criado com tópicos que abordam desde informações gerais sobre o método, técnicas de inserção e retirada com imagens, bem como possíveis intercorrências, complicações e forma de abordagem dessas. Além disso, foram abordados o fluxo em rede, para urgências e emergências, realização de exames, os agendamentos e modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser lido a ser preenchido conjuntamente com as usuárias.

A validação do protocolo foi realizada entre pares, por outros(as) profissionais da MFC, enfermagem e GO. Posteriormente, foram agendados e realizados os treinamentos com o(a) profissional especialista focal em GO, bem como foram disponibilizados os insumos às ESF por parte da gestão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No curso da construção do protocolo pontua-se a relevância das tecnologias de inovação em saúde, especialmente as tecnologias leves. As tecnologias de processo, com enfoque no vínculo entre os profissionais envolvidos e a gestão do trabalho, tornaram o caminho para a efetivação do instrumento na cidade possível<sup>15</sup>. Apesar do currículo de competências dos(as) MFC preconizar como essencial a inserção e remoção de DIU, sabe-se que o treinamento e insumos muitas vezes não são disponibilizados de maneira recorrente<sup>16</sup>. Assim, iniciativas como a realizada nessa experiência possibilitam o compartilhamento das competências dos profissionais da rede municipal de saúde, com recursos de baixo custo e com aumento da resolutividade, da coordenação do cuidado e de ações de promoção da saúde. Isso caminha no sentido do alcance aos princípios de diretrizes da APS determinados na Política Nacional de Atenção Básica<sup>17</sup>.

Cita-se a identificação dos nós críticos durante o percurso, também citados por outros(as) autores(as), como: centralidade do procedimento na atenção especializada, hegemonia dos especialistas focais em GO na inserção do DIU de cobre, ausência de ações de capacitações preparatórias aos MFC para realização do procedimento, ausência de ações de educação em saúde sobre planejamento reprodutivo e de distribuição de materiais de informação para as pessoas, baixo letramento em saúde entre grande parte da população sexualmente ativa e ausência de insumos básicos para as ações nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>18,19</sup>.

Capacitar inicialmente os residentes e médicos(as) de família e comunidade do território, conforme caminho percorrido por essa experiência, além de promover a educação permanente e o desenvolvimento de habilidades e competências preconizadas entre estes(as) especialistas, permite que o acesso ao método eficaz e reversível chegue inicialmente às pessoas e comunidades que historicamente estiveram à margem dos processos decisórios em saúde, bem como às localidades com maiores taxas de mortalidade materno-infantil e com maiores taxas de abortamentos inseguros<sup>20</sup>.

Em relação ao quantitativo de expansão da inserção do DIU de cobre, pontua-se que anteriormente à implantação do protocolo eram inseridos uma estimativa média mensal de 15 dispositivos. Após a implantação do protocolo, em levantamento informal estimado durante um processo de capacitação, 10 dos 25 médicos(as) de família e comunidade da cidade já realizavam inserção mensal de DIU nas UAPS de atuação e capacitavam os residentes em MFC para realização do procedimento.

Ainda após a implantação do protocolo, a ocorrência de inserção do DIU alcançou 30 procedimentos mensais realizados na APS, o que significou um acréscimo de 100% em relação a produção anterior na atenção especializada. Cabe destacar que a expansão do procedimento ocorreu à medida em que havia a capacitação. Isto representa ampliação e qualificação do acesso e do escopo de ações e capilarização de procedimentos de forma territorializada, fomentando o vínculo entre a comunidade e a equipe com foco na educação de especialistas em MFC e na inovação tecnológica na APS. O estabelecimento de diretrizes voltadas aos cuidados em saúde da mulher no Brasil, de forma a prevenir agravos e promover saúde levando em consideração as especificidades de gênero, são demarcadas com a PNAISM e a PNPM – documentos elaborados em parceria com sociedade civil e científica – que reconheceram os avanços das últimas décadas e instituíram eixos a serem trabalhados nas seguintes. Dentre os objetivos específicos, o estímulo à implementação e implantação da assistência em planejamento familiar, com vistas a garantir à mulher e suas parcerias o acesso aos métodos contraceptivos, possui relevância no sentido de permitir autonomia feminina, controle de natalidade, formas de prevenir mortalidade materna e abortamentos inseguros<sup>2,3</sup>.

Neste sentido, os desdobramentos de tais políticas na vida e saúde das mulheres brasileiras devem refletir a magnitude em que se apresentam os determinantes sociais atrelados ao adoecimento delas. Dentre esses, citam-se reduzido acesso à métodos contraceptivos modernos, alta prevalência de mortalidade materna, maior adoecimento comparado aos homens, disparidades entre etnias – sendo as mulheres negras mais negligenciadas e com acesso aos cuidados em saúde mais restringidos se comparadas às mulheres brancas –, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, múltiplas jornadas de trabalho, dentre outros<sup>21</sup>.

Evidencia-se a necessidade de propostas que ofereçam acesso a ações que promovam saúde às mulheres e, sobretudo, ações que promovam autonomia, respeito aos corpos e que tenham potencial para abarcar aquelas que mais precisam, reforçando um cuidado equânime e mudando realidades. A elaboração e implantação de um protocolo que possibilita acesso a um método contraceptivo de longa duração, livre de hormônios e com alta taxa de prevenção à gravidez indesejada, inova e amplia o escopo de ações da APS<sup>22</sup>.

Cabe destacar que o conceito ampliado de saúde por si só não dá conta de todos os fatores que atuam na gênese dos determinantes sociais de saúde na sociedade brasileira. Ações que promovam autonomia dos sujeitos, neste caso em específico sobre o corpo e a saúde das mulheres, são vias que garantem a prevenção de gravidezes indesejadas e, que impactam diretamente em resultados voltados a redução da mortalidade materno-infantil, devendo assim ocupar espaço na Carteira de Ações e Serviços da APS (CASAPS) brasileira.

Ainda, ressalta-se o papel e importância do MFC em todo o repertório apresentado. O(A) médico(a) de família e comunidade distingue-se por sua formação abrangente, com capacidade técnica mais humanizada e resolutiva, que o(a) capacita a realizar a inserção do DIU de cobre numa perspectiva ampliada sobre as múltiplas dimensões do cuidado. Sua atuação transcende o procedimento técnico, pautando-se em uma abordagem individualizada e humanizada que considera as singularidades biológicas, subjetivas e socioculturais de cada mulher, bem como as especificidades do território em que está inserida<sup>23</sup>. Além disso, passa pelo agir comunicativo e pela promoção do letramento em saúde, fomentando – no caso do planejamento reprodutivo – o protagonismo feminino, garantindo que as escolhas contraceptivas sejam informadas, conscientes e alinhadas aos valores e desejos de cada pessoa.

Isto posto, pontua-se o debate em torno de exigências quanto à especialização em MFC como pré-requisito básico para atuação e consequente fortalecimento do cuidado e da APS brasileira. Durante todo percurso da experiência foi possível perceber uma disparidade na

compreensão do cuidado entre profissionais generalistas e especialistas, notadamente em aspectos de cuidados abrangentes e visão ampliada da saúde. Além disso, foi observado um domínio de tecnologias leves diferente dos(as) demais profissionais, com potencial para fertilizar novas ideias e promover os fundamentos estruturantes dos cuidados primários. Países que possuem a APS como eixo estruturante, como Portugal, já se encontram nesse ponto, contando com médicos de família como profissionais obrigatoriamente especializados para atuação neste ponto de atenção<sup>24</sup>.

Salienta-se que tamanha dimensão de cuidados é sobretudo possível na APS pela proximidade com o território e comunidades, vislumbrando necessidades, singularidades e interesses, potencializando assim os princípios e diretrizes de longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, conduzido por uma equipe multiprofissional qualificada e autônoma.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato teve como objetivo narrar a experiência exitosa de construção, implantação e implementação de um protocolo para inserção de DIU de cobre pelos(as) médicos(as) atuantes na APS de um município [removido para avaliação entre pares]. Como principais resultados, o Produto Técnico-Tecnológico (PTT) associou conhecimentos técnicos às tecnologias relacionais aplicadas ao contexto de uma determinada população, com enfoque ampliado em saúde e com intenções alinhadas a políticas públicas de saúde que pautam tais discussões no país, como a PNAISM, PNPM e a PNAB. Ainda, apesar dos desafios no percurso, a vivência apresentou elevado impacto social e potencialidade de transferência de conhecimento no território e reprodutibilidade em outros contextos.

De posse de tal construto, espera-se o avanço na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, que são capazes de promover – para além da dignidade da saúde da mulher - a prevenção da mortalidade e morbidade materno-infantil, a ascensão do planejamento familiar, a otimização de recursos e a consolidação da experiência em outros contextos de APS brasileiras. Além disso, são esperados estudos futuros com o objetivo de compreender os impactos da utilização desta tecnologia tanto entre os(as) MFC quanto entre as mulheres beneficiadas por esta ação.

Este texto foi produzido no programa de pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSaúde).

## AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas parceiras de caminhada na APS Carmem Silvia Rodrigues Portes, Sarah Silva Ferraz, Ana Paula Vilas Boas Whebert e Lethicia São Joaquim Bessa por acreditarem na proposta e todo empenho no percurso de estruturação do protocolo.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Contraception and reproductive health. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/contraception>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008.
4. World Health Organization (WHO). Family planning: a global handbook for providers. Geneva: WHO; 2014.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS (NOAS-SUS 01/2001). Diário Oficial da União. 2001; Seção 1:28. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html).
6. Cabral CGT, Floss M, Desconsi E. DIU no morro: vivência do acesso aos direitos reprodutivos em Florianópolis, Santa Catarina. Rev Bras Med Fam Com. 2024;19(46):4149. doi:10.5712/rbmfc19(46)4149.
7. Ricciotti HA, Dodge LE, Ramirez CI, Barnes K, Hacker MR. Long-acting reversible contraceptive use in urban women from a Title X-supported Boston community health center. J Prim Care Community Health. 2014;5(4):271-6. doi:10.1177/2150131914546994.
8. de Mendonça MOL, Faria Neto E, Correia IB, da Silva RCF. Acesso ampliado ao dispositivo intrauterino: impacto de um processo de trabalho promotor da autonomia na anticoncepção. Rev Bras Med Fam Com. 2024 [citado 17 maio 2025];19(46):3975. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3975>.
9. IBGE. Governador Valadares - MG [Internet]. 2024 [citado 1 jul. 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/governador-valadares.html>.
10. Prefeitura Municipal de Governador Valadares (PMGV). Portal da Saúde. Governador Valadares; 2025. Disponível em: <https://portalzinho.valadares.mg.gov.br/#>

11. Joinville. Protocolo para a Inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU). Joinville, SC: Prefeitura de Joinville, Secretaria da Saúde; 2024.
12. Distrito Federal. Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na APS. Brasília, DF: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2023.
13. Rio de Janeiro. Atenção Primária: inserção e remoção do Dispositivo Intrauterino (DIU). Rio de Janeiro, RJ: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde; 2022.
14. Gomide M, et al. Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. *Cad Saude Colet*. 2015;23(3):222-30.
15. Barbosa S, Lana F, Barroso T. Inovação tecnológica na perspectiva da promoção da saúde e da atenção primária à saúde. *Rev Enferm Ref*. 2022;SerVI(1):e22ED4-2.
16. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Currículo Baseado em Competências. 2014. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
18. de Oliveira LS, Hermida PMV, Siqueira EF, de Arma JCBS, Thomas LS, Dalmolin IS. Evidence of intrauterine device insertion by nurses in Primary Health Care: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(1):e20230134. doi:10.1590/0034-7167-2023-0134.
19. Faria ME, Passini FM, Zampar B, dos Santos MM. Dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Primária à Saúde: matriciamento e capacitação de médicos em Londrina (PR). *Rev Bras Med Fam Com [Internet]*. 2024 [citado 17 maio 2025];19(46):4236. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4236>.
20. Figueiredo YMD, Malta DC, Rezende EM. Análise da mortalidade materna no município de Governador Valadares, 2002-2004. *REME*. 2010 [citado 9 maio 2025];14(3):376-85. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50445>.
21. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Em: Batista LE, Kalckmann S, editores. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101.
22. Kaitz M, Mankuta D, Mankuta L. Long-acting reversible contraception: a route to reproductive justice or injustice. *Infant Ment Health J*. 2019;40(5):673-89. doi:10.1002/imhj.21801.
23. Darney BG, Saw LJ, Angley M, Malone KJ, Ralston K, et al. Long-acting reversible contraception use and unintended pregnancy among women seeking contraceptive services in public health clinics. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(6):595.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2019.06.023.
24. Costa A, Pedro R, Magalhães S. Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Rev Bras Med Fam Com*. 2014;9(32):295-9.