

## Dificuldade relatada na inserção do dispositivo intrauterino na Atenção Primária à Saúde

### *Reported difficulty in inserting the intrauterine device in Primary Health Care*

Danyella da Silva Barreto<sup>1</sup>, Juliana Paulo da Cruz<sup>2</sup>, Alexandre José de Melo Neto<sup>3</sup>, Gilka Paiva Oliveira Costa<sup>4</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Submissão: setembro de 2021 – Aceite: fevereiro de 2022.

#### RESUMO

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método contraceptivo que encontra vários entraves para a ampliação da sua oferta na Atenção Primária à Saúde (APS). Uma das principais barreiras à sua inserção é a falta de treinamento dos profissionais. Por isso, o presente estudo tem como objetivo descrever as dificuldades encontradas nos procedimentos de inserção do DIU na Atenção Primária e os fatores associados a essa dificuldade. Foi feita a tentativa de realizar a inserção do DIU nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 152 mulheres em idade reprodutiva. Os dados foram coletados através de um questionário estruturado em amostragem não-probabilística por conveniência. A idade média das mulheres foi de 27 anos e 26,3% (40) dos procedimentos foram considerados com algum grau de dificuldade. O escore médio de dor foi maior nos procedimentos que apresentaram dificuldade, sendo de 4,59 e de 5,7 nas inserções sem e com dificuldade, respectivamente ( $p < 0,0001$ ). A média de tempo de formado entre os médicos que tiveram dificuldade foi de 33,5 meses e entre aqueles que não tiveram dificuldade foi de 64 meses ( $p < 0,0001$ ). Entre as dificuldades, a mais referida foi o momento de realizar a histerometria. Outras dificuldades também foram encontradas: identificar e pinçar o colo uterino e identificar posição uterina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dispositivo Intrauterino. Atenção Primária à Saúde. Educação. Competência Clínica.

#### ABSTRACT

The Intrauterine Device (IUD) is a contraceptive method that faces several obstacles to expanding its offer in Primary Health Care. One of the main barriers to its insertion is the lack of training of professionals. Therefore, this study aims to describe the difficulties found in IUD insertion procedures in Primary Care and the factors associated with this difficulty. An attempt was made to insert the IUD in the Basic Health Units in 152 women of reproductive age. Data were collected through a structured questionnaire in non-probabilistic convenience sampling. The mean age of women was 27 years and 26.3% (40) of the procedures were considered to have some degree of difficulty. The mean pain score was higher in procedures that presented difficulty, being 4.59 and 5.7 in insertions without and with difficulty, respectively ( $p < 0.0001$ ). The average time since graduation among physicians who had difficulty was 33.5 months and among those who had no difficulty, it was 64 months ( $p < 0.0001$ ). Among the difficulties, the most mentioned was the time to perform the hysteroscopy. Other difficulties were also encountered: identifying and clamping the cervix and identifying the uterine position.

**KEYWORDS:** Intrauterine Device. Primary Health Care. Education. Clinical Competence.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7175-0074>. E-mail: dany\_barreto@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3698-4470>.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5993-9280>.

<sup>4</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8990-5644>.

## INTRODUÇÃO

O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um método contraceptivo de longa duração (LARC), disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita que pode ser inserido na maternidade durante o pós-parto ou pós-aborto, nos ambulatórios de ginecologia e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O DIU apresenta diversas características, como a sua alta eficácia e a alta taxa de continuidade<sup>1</sup>, além de ser indicado para adolescentes e nulíparas<sup>2</sup>. Tanto múltiparas, quanto nulíparas, apresentaram uma boa satisfação com o método. Mas apesar dos benefícios, estudo nacional identificou que quase metade (49,3%) das mulheres estavam usando métodos hormonais durante a entrevista e apenas 1,7% delas estavam usando o DIU, um percentual de uso muito abaixo do esperado<sup>3</sup>.

A subutilização do DIU foi verificada e pode estar associada a diversas barreiras que estão relacionadas aos serviços de saúde, às crenças e conhecimento das mulheres e à falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais de saúde para realizar o procedimento<sup>4</sup>. Os profissionais de saúde encontraram dificuldades em relação ao conhecimento das indicações baseadas em evidências e em relação à execução do procedimento. Ademais, tanto médicos ginecologistas quanto médicos de família mostraram dificuldade nos critérios de elegibilidade<sup>5</sup>, mas os residentes de Ginecologia e Obstetrícia foram mais propensos a inserir o DIU do que os residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC)<sup>6</sup>, demonstrando, dessa forma, a necessidade de se investir mais em treinamento durante a formação médica e a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC).

As participantes adolescentes que ouviram falar do DIU a partir de um profissional de saúde tiveram 2,7 vezes mais probabilidade de se interessar pelo método<sup>7</sup>. Da mesma forma, profissionais que receberam treinamento indicaram mais o método. Nesse sentido, os estudos destacam dois fatores primordiais para aumentar as taxas de uso do método: investimento em intervenções educativas com as mulheres, para superação dos medos e inseguranças advindas da má informação, e realização de treinamento para os profissionais de saúde<sup>8</sup>, para qualificar tanto a oferta quanto a inserção do dispositivo. Da mesma forma, é importante conhecer quais as dificuldades encontradas em relação à inserção para um treinamento prático mais eficiente dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo identificar as dificuldades relatadas pelos médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) durante a inserção do DIU e os fatores associados a essa dificuldade, de forma a subsidiar na construção de rotinas de treinamentos adequadas às necessidades destes profissionais.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, que analisou a dificuldade de inserção do DIU durante a realização deste procedimento em UBS da região metropolitana de XXXX. Esse trabalho faz parte de um projeto de pesquisa maior sobre dor, complicações durante e após a inserção e avaliação das dificuldades para inserir o DIU.

Foram escolhidas para participar do estudo todas as UBS que receberam o treinamento para a inserção de DIU e se disponibilizaram a participar da pesquisa. Foram acompanhados os dados de doze UBS existentes nos municípios de XXXX (8), XXXX (1), XXXX (2) e XXXX (1). Nestas Unidades, o profissional médico era representado por médicos generalistas, Médicos de Família e Comunidade (MFC) ou residentes de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), que já haviam sido treinados. Todas as mulheres que participaram do procedimento passaram por consulta prévia e apresentaram critérios de elegibilidade para o uso do DIU de cobre, optando por este método como contraceptivo.

A coleta de dados foi realizada de forma estruturada por meio de um questionário preenchido pelo médico logo após a inserção do DIU, entre outubro de 2018 e outubro de 2019. A primeira sessão do questionário continha dados relacionados às pacientes: como os dados sociodemográficos, história clínica, avaliação da dor e outras intercorrências e complicações surgidas durante o procedimento na perspectiva da paciente. A segunda seção continha dados relacionados ao médico e às dificuldades apresentadas por este durante o procedimento. No total, 152 procedimentos agendados tiveram o questionário totalmente preenchido e compõem a amostra deste estudo.

A avaliação de dor na inserção do DIU foi realizada através da Escala Visual Analógica (EVA) de dor e, para as demais avaliações, foi utilizada uma escala de zero a dez, além de questões com resposta dicotômicas “sim” e “não”. Para fins de análise e de classificação, considerou-se ausência de dor (0), dor leve (1-3), dor moderada (4-6) e dor significativa ( $\geq 7$ ). O termo dor significativa ( $\geq 7$ ) foi adotado baseado em estudo realizado em 2018, no qual o valor foi estabelecido em decorrência da correlação com a clínica de dor<sup>9</sup>.

Já a dificuldade foi categorizada levando em conta as faces da escala de pontuação do EVA devido à falta de escala apropriada para avaliar a dificuldade técnica para inserir o DIU. Diante disso, o estudo padronizou em: dificuldade esperada (até 3 pontos), dificuldade moderada (4 a 7 pontos) e dificuldade importante (8 a 10 pontos).

Os dados foram registrados e organizados no *software* SPSS versão 20.0.0. A análise estatística dos dados foi feita através dos Testes Qui-quadrado, Teste Mann Whitney, além da análise das medidas de tendência central (média, moda e mediana).

A pesquisa obedeceu às normas contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba – CCM / UFPB (parecer n.º 3.239.798).

## **RESULTADOS**

### **Características relacionadas às mulheres**

Participaram da amostra do estudo 152 mulheres que compareceram para a realização do procedimento de inserção de DIU, dentre as quais 139 obtiveram sucesso na inserção e 13 mulheres tiveram o procedimento suspenso. A idade média dessas mulheres foi de 27,3 anos, variando de 14 a 47 anos, estando a maioria em atividade laboral remunerada (54,6%), em relacionamentos estáveis (69,7%) e em sua maioria com ensino médio completo (59,9%). Não houve correlação estatística entre dificuldade e as características citadas.

A paridade variou de zero a cinco filhos, sendo em sua maioria composto por mulheres primíparas e uma minoria eram nulíparas (11%). A dificuldade no grupo de nulíparas foi relatada em 7 (41,2%) dos procedimentos, já em relação às mulheres com filhos, a dificuldade foi referida em 33 (26%), uma diferença de 15% entre os grupos, mas sem diferença estatística ( $p= 0,189$ ).

Quanto ao ciclo menstrual, 129 (85%) dos procedimentos foram agendados fora do período menstrual e, entre estes, 93 (72%) foram considerados sem dificuldade, não tendo este fator, em nossa amostra, significância estatística na relação com a dificuldade de inserção.

A média de dor foi de 4,59 em procedimentos considerados sem dificuldade e de 5,7 nos procedimentos nos quais foram identificadas alguma dificuldade pelo médico ( $p<0.0001$ ).

### **Características relacionadas aos profissionais**

Dos procedimentos agendados, 67 (44%) foram avaliados e/ou inseridos por RMFC, 44 (29%) por especialista em medicina de família e comunidade, 35 (24%) por médicos generalistas e 5 (3%) por outros que não se encaixaram nas categorias acima. A média de tempo de formado entre os médicos que tiveram dificuldade foi de 33,5 meses e entre aqueles que não tiveram dificuldade foi de 64 meses ( $p< 0,0001$ ). Ao comparar os RMFC e os especialistas, percebe-se uma diminuição da dificuldade após a formação, pois, entre os residentes, 57 (37,7%) deles referiram dificuldade em realizar o procedimento contra 18 (11,6%) dos especialistas.

### Características relacionadas à dificuldade encontrada

A dificuldade para realizar o procedimento, mesmo que pequena, foi registrada em 40 (26,3%) dos casos. Do total dos procedimentos, em 11 (7,2%), a dificuldade foi considerada “esperada”, em 16 (10,5%), dificuldade “moderada” e, em 13 deles (8,6%), como dificuldade “importante”, como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1** - Categorização do grau de dificuldade do procedimento

Dificuldade	n (%)
Sim	40 (26,3%)
Não	104 (68,4%)
Ausência de resposta	8 (5,3%)
Grau de Dificuldade	n (%)
Esperada	11 (4,6%)
Moderada	16 (10,5%)
Importante	13 (8,6%)
Sem dificuldade	104 (68,4%)
Ausência de resposta	8 (5,3%)

Fonte: elaborada pelos autores

Entre as dificuldades percebidas, em 10 (6,6%) dos procedimentos, os médicos tiveram dificuldade em realizar a histerometria; 7 deles (4,6%), em pinçar o colo; 7 (4,6%) identificaram estenose do colo dificultando a passagem do histerômetro e 5 (3,3%) tiveram dificuldades para identificar o colo uterino, como pode ser observado na Tabela 2.

O médico que inseriu o DIU atribuiu uma nota entre 1 e 10 para a dificuldade encontrada, no entanto, não houve uma correlação entre o tipo de dificuldade e a nota atribuída a mesma.

Dessa forma, dificuldades como “identificar colo uterino” recebeu nota que a categorizou tanto como leve, como moderada e importante como mostra a Tabela 2. Esse achado se reproduziu nas demais dificuldades encontradas.

**Tabela 2** - Tipos e grau de dificuldades encontradas durante o procedimento

Dificuldade	n (%)	Nota atribuída à dificuldade na escala de 1 a 10
Identificar posição uterina	2 (1,3%)	2; 3
Identificar colo uterino	5 (3,3%)	2; 4; 8; 9; 10
Pinçar o colo uterino	7 (4,6%)	1; 4; 5; 6; 9; 10
Estenose do colo uterino	7 (4,6%)	3; 5; 6; 8; 10
Histerometria	10 (6,6%)	3; 4; 5; 8; 9; 10
Outra dificuldade	6 (3,9%)	

Fonte: elaborada pelos autores

Na tentativa de inserir o DIU, 13 mulheres foram até o serviço na data e hora marcadas, mas não foi realizado o procedimento, seja por motivos pré-inserção, seja após a tentativa. Os motivos da não inserção variaram, conforme Tabela 3, e o principal motivo de interrupção do procedimento foi a histerometria incompatível, seguido de estenose do colo e de alteração do citológico.

Já o grau máximo de dificuldade (nota 10) foi atribuído à tentativa de inserir e não ter sucesso, independentemente do tipo de dificuldade, conforme a Tabela 3.

**Tabela 3** - Motivos da interrupção do procedimento e nota atribuída à dificuldade

Motivo da não inserção	Nº de procedimentos	Nota da Dificuldade
<sup>a</sup> IST no exame especular	2	Não pontuou
Desistência após saber possíveis complicações	1	Não pontuou
Teste de gravidez positivo	1	Não pontuou

(Conclusão)

Motivo da não inserção	Nº de procedimentos	de	Nota da Dificuldade
Citológico alterado	2		Não pontuou
Histerometria incompatível	4		10
Estenose do colo uterino	2		10
Colo não identificado	1		10

a-Infecção Sexualmente Transmissível

Fonte: elaborada pelos autores

## DISCUSSÃO

Nos procedimentos realizados nas UBS, em sua maioria, 74% não apresentaram qualquer grau de dificuldade e em 8,6% houve uma “dificuldade importante”. Estudos que avaliaram a facilidade na inserção do DIU relataram taxas entre 3,6% a 20%<sup>10,11,12</sup> de dificuldade. Em um estudo também realizado no Brasil, em uma instituição de ensino especialista em planejamento reprodutivo, aproximadamente 80% das inserções foram realizadas sem dificuldade por médicos, residentes ou internos<sup>11</sup>. Já os DIUs inseridos em nulíparas por ginecologistas experientes foram considerados sem dificuldade em 85% dos casos<sup>12</sup>. Na Nova Zelândia, foram avaliadas mulheres com paridade diversa, e 96,4% dos procedimentos foram realizados com facilidade, havendo maior registro de dificuldades em nuligestas e pelos médicos com menor experiência – com menos de 10 inserções<sup>10</sup>.

Há uma limitação em comparar os dados devido à falta de padronização do que a literatura considera “dificuldade”; à diferença nas etapas avaliadas; ao perfil das mulheres estudadas e aos tipos de dispositivo utilizado. O que também pode ser observado em nosso estudo, já que cada profissional categorizou a mesma etapa da técnica de forma diferente. Por exemplo, com exceção da dificuldade de encontrar a posição uterina, todas as demais etapas relacionadas ao procedimento foram pontuadas tanto como dificuldade leve, como moderada e importante.

As maiores dificuldades estavam relacionadas à técnica diretamente ligada ao procedimento, provavelmente, pela pouca experiência e a insegurança dos mesmos com o risco de perfurações. Parte importante dos dados foram coletados em UBS em treinamento ou recém-

treinadas, cujo processo de inserção ainda estava em consolidação, portanto, são dificuldades compatíveis com a falta de experiência.

No nosso estudo, quanto maior o tempo de formado, menor a dificuldade relatada. Esse resultado tem concordância com a literatura, pois um estudo comparou a diferença na taxa de retirada do DIU quando a inserção é realizada pelo professor e pelo aluno em formação, o que levou a um aumento importante na taxa de retirada dos dispositivos inseridos pelos alunos<sup>13</sup>. Esse é um achado que reforça a importância dos treinamentos e atualizações referentes a esse procedimento, para que a técnica seja dominada e se tenham resultados mais eficientes<sup>14</sup>.

Já outro estudo não analisou o tempo de formação e sim a experiência prévia na inserção e, dessa forma, os profissionais que já haviam inserido mais de dez DIUs relataram uma menor dificuldade<sup>10</sup>. Essa informação é de extrema importância e pode balizar os gestores e instituições de ensino quanto ao quantitativo necessário de procedimentos a serem realizados nos treinamentos a fim torná-los mais bem-sucedidos.

A dor teve correlação com a dificuldade do profissional. No entanto, em estudo que avaliou apenas nuligestas, essas variáveis não foram correlatas<sup>12</sup>. Com isso, não sabemos informar se a dificuldade gerou dor pelo tempo do procedimento, por manipulações realizadas, ou a dor da paciente deixava o profissional inseguro de realizar os passos da técnica de inserção. Apesar da média de dor ser maior em procedimentos realizados com dificuldade, ambas as médias representam dor moderada e a diferença pode não ter repercussão clínica importante. Ou seja, em ambientes de treinamento, o possível desconforto adicional causado pela falta de habilidade pode ser informado à mulher e seus medos e sua ansiedade acolhida já que um estudo mostrou que a ansiedade pré-inserção foi um fator preditor de dor<sup>9,15,16</sup>.

Além disso, ter profissionais em treinamento pode ser umas das condições de se ofertar analgesia tópica para a mulher, caso o serviço disponibilize, já que o mesmo pode aliviar a dor<sup>12</sup> advinda da falta de habilidade, já que não se fala em analgesia de rotina e sim de identificar grupos e situações mais predispostas a causar dor.

O número de mulheres menstruadas durante a inserção do DIU, em nossa amostra, foi muito pequeno e não houve diferença estatística quanto à dificuldade. Estando a maioria em outras fases do ciclo, mesmo assim, a dificuldade foi considerada “aceitável” e não houve diferença significativa. Esse achado condiz com estudos maiores, que atualmente justificam a preferência de inserção durante os primeiros sete dias da menstruação, por reduzir riscos de gestações iniciais. Mas, podendo garantir que não haja essa possibilidade, pode ser inserido em qualquer momento do ciclo<sup>13,14</sup>.

Não houve aumento significativo da dificuldade na inserção nas nulíparas. Na literatura, a nuliparidade pode estar mais relacionada com o aumento da dor do procedimento em geral, mas



a relação mais forte é pelo medo do inesperado, por ter uma expectativa de dor esperada já muito elevada<sup>9</sup>; e a dor, no presente estudo, esteve mais presente em procedimentos com algum grau de dificuldade. Mesmo onde a dificuldade encontrada foi maior em nulíparas<sup>17</sup>, a realização de treinamento e o uso de um protocolo clínico para inserções difíceis melhoraram as taxas de inserção do DIU em mulheres jovens e nulíparas<sup>14</sup>. Estudo comparando nuligestas com mulheres que já gestaram, uma média de 80% dos procedimentos foram considerados sem dificuldade em ambos os grupos, mas quando necessário, o uso de dilatador foi quase três vezes maior em mulheres nuligestas<sup>11</sup>. Outro estudo relatou uma taxa de 15% de dificuldade em nulíparas que inseriram DIU de Levonorgestrel e aponta que o achado não justifica uma rotina de analgesia para facilitar a inserção<sup>12</sup>.

Os motivos da não realização do procedimento variaram e mostraram a necessidade de uma melhor avaliação pré-inserção. A identificação e o tratamento prévio de uma IST, o esclarecimento de dúvidas sobre possíveis efeitos adversos e complicações, uma conduta frente a um citopatológico alterado de acordo com os critérios de elegibilidade podem evitar marcações de procedimentos desnecessários. Ademais, essa avaliação pré-inserção mais adequada evita congestionamento de procedimentos, sobrecarga na agenda e evita insatisfação das mulheres devido aumento das idas à UBS. O percentual de mulheres que foram ao local do procedimento e não inseriram foi de aproximadamente 9% (13), e na literatura esse valor varia bastante entre 4% a 20%, a depender do perfil das mulheres, dos profissionais e do serviço<sup>14,17</sup>. No entanto, percebe-se na literatura que as dificuldades e insucessos estavam relacionados à má formações do colo de útero e às etapas relacionadas à técnica do procedimento. No entanto, nas UBS, percebeu-se uma dificuldade que antecede a inserção.

O principal desafio encontrado por este estudo foi a falta de uma conceitualização do que é considerado “dificuldade” na técnica de inserção do DIU. Os motivos para classificar um procedimento como dificuldade esperada, moderada e grave variaram muito, pois não há uma padronização que correlacione a pontuação com o tipo de dificuldade. Portanto, sugere-se que novos estudos sejam realizados no sentido de tentar criar um parâmetro para conceituar e classificar a dificuldade, para se obter uma quantificação mais fidedigna que leve a parâmetros comparativos entre os serviços e sirva de instrumento avaliativo nos treinamentos.

Outra limitação está relacionada ao quantitativo de dados dos profissionais que realizaram o procedimento, cujas categorias foram limitadas para garantir adesão e preenchimento. Sugere-se maior detalhamento para que as dificuldades sejam melhor compreendidas nos aspectos relacionados aos profissionais.

## CONCLUSÃO

As inserções do DIU foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde por profissionais que receberam treinamento e eram, predominantemente, residentes de Medicina de Família e Comunidade. O tempo de graduado variou entre os médicos e teve correlação com o grau de dificuldade atribuída. Isto é, o grupo que referiu dificuldade em realizar a colocação do dispositivo teve uma menor média de tempo de formado.

A maioria dos procedimentos foi realizada sem qualquer grau de dificuldade. Quanto à especificação do tipo de dificuldade referida, as mais citadas foram: identificar a posição uterina na palpação, identificar e pinçar o colo, realizar a histerometria e a presença de estenose do colo que dificultou a passagem do histerômetro. Não houve uma correlação entre o tipo de dificuldade encontrada e o grau atribuído.

Fatores como idade, escolaridade, estado marital, paridade e etapa do ciclo menstrual não estiveram correlacionadas ao relato de maior dificuldade. Já a média de dor foi maior em inserções com alguma dificuldade, no entanto, em ambos os grupos a classificação da dor foi considerada “moderada”.

O presente estudo tem como limitação a falta de uma categorização a priori do que seria considerada “dificuldade”; e faltam dados relacionados aos médicos, tempo de procedimento, instrumentos usados e ambiência que possam elucidar a dificuldade de forma mais ampla.

Por fim, é importante ressaltar a alta taxa de sucesso do nosso estudo na colocação do DIU e também o baixo percentual de procedimentos com dificuldades, sendo estas, em sua maioria, passíveis de treinamento, evidenciando, assim, a extrema viabilidade de colocação de DIU na APS por especialistas em MFC ou mesmo generalistas. Este elemento é fundamental para que se construam protocolos próprios de treinamento destes profissionais, permitindo, deste modo, uma capilarização e democratização do acesso a métodos seguros e de longa duração para contracepção, fortalecendo os direitos reprodutivos da mulher.

## REFERÊNCIAS

1. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contracept*. 2004 ago;70(2):89–96.
2. Scavuzzi A, Souza A, Amorim M. Continued compliance and degree of satisfaction in nulligravida and parous women with intrauterine contraceptive devices. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2016 mar. [acesso em 2021 ago. 4];38(03):132–9. doi:10.1055/s-0036-1580709.
3. Borges ALV, Araújo KS, Santos OA, Gonçalves RFS, Fujimori E, Divino EA. Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care

- services. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 ago. 4];28:e3232. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MBdtsctXQTtVZhMX6rmyQzB/?format=pdf&lang=en>.
4. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 dez. 18 [acesso em 2021 ago. 4];51(0). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=pt&tlng=pt).
  5. Luchetti G, Romero M. Encuesta regional sobre determinantes de la oferta e inserción del dispositivo intrauterino entre proveedores de salud. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2017 jan-mar [acesso em 2021 ago. 4]; 8:8–12. Disponível em: <http://rasp.ms.gov.ar/rasp/articulos/volumen30/8-12.pdf>.
  6. Harper CC, Henderson JT, Raine TR, Goodman S, Darney PD, Thompson KM et al. Evidence-based IUD practice: family physicians and obstetrician-gynecologists. *Fam Med* [Internet]. 2012 out. [acesso em 2021 ago. 4];44(9):637–45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3745306/pdf/nihms-488863.pdf>.
  7. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contracept*. 2010 ago;82(2):178–82.
  8. Mazza D, Watson CJ, Taft A, Lucke J, McGeechan K, Haas M, et al. Increasing long-acting reversible contraceptives: the Australian Contraceptive CHOice Project (ACCORD) cluster randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 abr;222(4S):S921.e1-S921.e13.
  9. Dina B, Peipert LJ, Zhao Q, Peipert JF. Anticipated pain as a predictor of discomfort with intrauterine device placement. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 fev;218(2):236.e1-236.e9.
  10. Zhou L, Harrison-Woolrych M, Coulter DM. Use of the New Zealand intensive medicines monitoring programme to study the levonorgestrel-releasing intrauterine device (Mirena). *Pharmacoepidemiol drug saf*. 2003; 12:371–77.
  11. Bahamondes MV, Hidalgo MM, Bahamondes L, Monteiro I. Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas. *Contracept*. 2011;84:e11–e16.
  12. Nadai MN, Poli-Neto OB, Franceschini SA, Yamaguti EMM, Monteiro I, Troncon JK et al. Intracervical block for levonorgestrel-releasing intrauterine system placement among nulligravid women: a randomized double-blind controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 mar;222(3):245.e1-245.e10.
  13. Amico J, Wu J. Providing long-acting reversible contraception in an academic family medicine center. *Fam Med* [Internet]. 2015 out [acesso em 2021 ago. 4];47(9):727–31. Disponível em: <https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol47Issue9/Amico727>.
  14. Dermish A, Turok DK, Jacobson J, Murphy PA, Saltzman HM, Sanders JN. Evaluation of an intervention designed to improve the management of difficult IUD insertions by advanced practice clinicians. *Contracept*. 2016 jun;93(6):533–8.
  15. Miranda A, Almendra R, Feliciano E, Ricardo C, Nápoles S, Nogueira-Silva C. Risk factors for anxiety and pain perception during levonorgestrel intrauterine system insertion. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 ago. 4];12(4):8. Disponível em: [http://www.fspog.com/fotos/editor2/06-eo\\_18-00005.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/06-eo_18-00005.pdf).
  16. Kaislasuo J, Heikinheimo O, Lähteenmäki P, Suhonen S. Predicting painful or difficult intrauterine device insertion in nulligravid women. *Obstet Gynecol*. 2014 ago;124(2):345–53.

17. Dermish AI, Turok DK, Jacobson JC, Flores MES, McFadden M, Burke K. Failed IUD insertions in community practice: an under-recognized problem? *Contracept.* 2013 fev;87(2):182–6.