

Garantindo o acesso ao dispositivo intrauterino na atenção primária através das redes sociais durante a pandemia do novo coronavírus

Assuring access to intrauterine device in primary care using social media during the novel coronavirus pandemic

Ana Carolina Moreira¹, Danyella da Silva Barreto², Danilo da Silva Ferreira³, D'yasmim de Sousa Manguiera⁴, Robson Monteiro de Farias Junior⁵, Anna Clara de Figueiredo Tavares⁶, Islí Maria Oliveira Martins⁷, Waglânia de Mendonça Faustino⁸

RELATO DE EXPERIÊNCIA – Submissão: outubro de 2021 – Aceite: janeiro de 2022.

RESUMO

Diante do quadro pandêmico em decorrência da COVID-19, as unidades de saúde tiveram que readequirar os seus fluxos para garantir o atendimento dos pacientes com síndrome gripal sem negligenciar ações prioritárias como o planejamento reprodutivo. Diante disso, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência na ampliação do acesso das mulheres ao dispositivo intrauterino através das redes sociais e da Telemedicina no município de João Pessoa, Paraíba. A divulgação do novo fluxograma foi realizada através do *Instagram*. Nesta plataforma, a mulher tinha acesso a um formulário do *Google Forms*, pelo qual poderia demonstrar interesse em inserir o DIU. Em seguida, era realizado contato telefônico via *WhatsApp* para marcar uma consulta remota, na qual era feita a avaliação inicial da mulher interessada frente aos critérios de elegibilidade do DIU. Após avaliar esses critérios, a mulher também era orientada sobre os efeitos adversos e as possíveis complicações. Concluída essa etapa, agendava-se o procedimento de inserção na unidade de saúde. Portanto, as redes sociais podem ser aliadas no acesso a informações compartilhadas por profissionais de saúde, além de facilitar o acesso a alguns serviços oferecidos, como a pré-consulta, antes da avaliação e inserção do dispositivo intrauterino.

PALAVRAS-CHAVE: Dispositivos Intrauterinos. COVID-19. Consulta Remota. Redes Sociais Online.

ABSTRACT

Due to COVID-19 pandemic, health centers had to readjust their workflows to provide care to patients with flu-like syndrome without neglecting priority actions such as reproductive planning. Therefore, this work aims to report the experience in expanding women's access an intrauterine device through social media and telemedicine in the city of João Pessoa, Paraíba. The dissemination of the new workflow was released by Instagram. On this platform, the woman had access to a Google Forms form, through which she could show interest in inserting the IUD. Then, telephone contact was made via WhatsApp to arrange a remote consultation, in which the interested woman was initially assessed according to IUD medical eligibility criteria. After this, the woman was also instructed about adverse effects and possible complications. Thereby, the IUD insertion at the health centers was scheduled. Therefore, social networks can be allied in accessing information shared by health professionals, in addition to facilitating access to some services offered, such as previous consultation, before the evaluation and intrauterine device insertion.

KEYWORDS: Intrauterine Devices. COVID-19. Remote Consultation. Online Social Networking.

¹ Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6022-4060>.

² Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7175-0074>. E-mail: dany_barreto@yahoo.com.br

³ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6012-6911>.

⁴ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9482-4462>.

⁵ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0320-5557>.

⁶ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9517-7551>.

⁷ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2540-8849>.

⁸ Universidade Federal da Paraíba (UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0118-4521>.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID 19, doença causada pelo Sars Cov 2, se alastrou rapidamente pelo mundo devido à alta taxa de transmissibilidade do vírus, causando a morte de milhares de pessoas¹. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elevou a crise sanitária ao status de pandemia, baseada no alarmante aumento do número de casos mundiais², e, apesar da gravidade constatada em diversos estudos realizados, e dos constantes avisos de líderes mundiais sobre o impacto da COVID 19, no Brasil, houve uma discordância na condução do processo entre as autoridades sanitárias a nível municipal, estadual e federal³. O governo federal agiu com descaso frente à pandemia, adotando uma postura negacionista e desencorajando as medidas de distanciamento e isolamento social em total descrédito ao saber científico⁴. Tal postura levou o Brasil, diversas vezes, a ficar entre os cinco países com maior número de mortes no ranking mundial, registrando, em outubro de 2021, cerca de 605 mil mortes e 21.727.316 casos de COVID-19⁵. Só na Paraíba, foram 9.418 mortes e 445.866 casos, sendo 2.938 óbitos e 107.107 desses casos só na capital, João Pessoa⁶.

A emergência do novo coronavírus mudou as formas de relação entre as pessoas e os serviços de saúde. Já na introdução dos primeiros casos de COVID-19 no Brasil, foram implementadas, de maneira heterogênea e descentralizada, medidas de distanciamento social pelos gestores^{7,8}. Além disso, houve uma necessidade de reorientar os fluxos de atendimento dos serviços de saúde, suspendendo temporariamente atividades eletivas e implementando o atendimento remoto para que a assistência pudesse ser direcionada a acolher os pacientes com sintomas respiratórios suspeitos de infecção pela Sars-Cov-2⁹. Nas Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa/PB, isso significou a interrupção de atividades preventivas voltadas para o rastreamento de câncer de colo de útero e prejuízo nos atendimentos voltados para o planejamento reprodutivo.

O impacto negativo da pandemia nas atividades contraceptivas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) esteve atrelado ao foco e à demanda dos recursos da saúde para a aquisição de máscaras, serviços de virologia, equipamentos de proteção individual, equipamentos para ventilação mecânica e construção de hospitais de campanha¹⁰. Além disso, as medidas restritivas não só aumentam os momentos em que os cônjuges estão na presença um do outro, intensificando a atividade sexual do casal, mas também dificultam o acesso aos serviços e aos produtos anticoncepcionais durante os bloqueios, o que pode levar a um aumento de gravidezes não planejadas e, conseqüentemente, do número de abortamentos¹¹.

A USF Bessa Integrada, localizada na capital João Pessoa, possui um território cadastrado que abrange pouco menos de 4.000 pessoas, além de ser o serviço de referência para mais de 60.000 pessoas de outros dois bairros que não são contemplados pela USF. Em

março de 2020, a unidade teve que reorganizar os fluxos de acolhimento aos usuários visando atender às exigências de distanciamento social, isolando as pessoas com sintomas respiratórios e mantendo com segurança as atividades consideradas essenciais dentro do serviço, como atendimento a urgências, acompanhamento de pré-natal e doentes crônicos e oferta de métodos contraceptivos.

No que tange a esta última tarefa, o esforço em responder às demandas por planejamento reprodutivo esteve alinhado às orientações da OMS e de agências internacionais, que consideram a atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) um serviço essencial que deve ser mantido durante a vigência da pandemia, a fim de não aumentar a mortalidade materna em consequência de uma gestação não planejada^{12,13,14,15}. Antes da pandemia e frente ao funcionamento habitual dos serviços, 55% dos nascimentos não foram planejados¹⁶, e, aos 40 anos, aproximadamente uma em cada cinco mulheres alfabetizadas nas áreas urbanas do Brasil já fez pelo menos um aborto¹⁷. Mediante a crise sanitária exacerbada pela pandemia, esses números poderiam ser ainda maiores com o consequente aumento da mortalidade materna e exacerbação das iniquidades. Adiciona-se a isto a evidência de que estar no período gravídico-puerperal aumenta o risco de complicações e morte por COVID-19, com ocorrência de desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis^{18,19}.

Assim, o atendimento às mulheres e a oferta de métodos reversíveis de longa ação, como o Dispositivo Intrauterino (DIU), constitui uma medida importante para a saúde pública por ser um método eficaz, reversível, ofertado pelo SUS e que pode ser inserido na Atenção Primária¹⁴. Diante disso, esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência do uso das redes sociais e da consulta à distância na garantia de acesso das mulheres ao DIU de Cobre na Unidade de Saúde da Família Bessa durante a pandemia do novo coronavírus no município de João Pessoa/PB.

DESENVOLVIMENTO

Compreendendo o período de agosto de 2020 a junho de 2021, a USF Bessa se adaptou às restrições necessárias de combate à pandemia de modo a manter o serviço de inserção do DIU através do uso das redes sociais para divulgação e oferta de teleconsulta para avaliação inicial, visto que a COVID-19 propiciou um panorama profícuo para a expansão desse modo de atendimento²⁰.

Uso do Instagram na divulgação do formulário online para captação de mulheres interessadas

O primeiro desafio foi alcançar as mulheres da comunidade, já que as mesmas não

frequentavam a unidade como antes da pandemia, e os agentes comunitários de saúde não estavam realizando visitas no território. Dessa forma, utilizou-se uma parceria entre a USF Bessa e um conjunto de três projetos de extensão ligados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), intitulado “DIU na Atenção Básica”, que atua com os objetivos principais de promover educação em saúde para os profissionais da saúde e mulheres da comunidade, além de realizar treinamento prático para a inserção do DIU. Os projetos possuem uma conta no *Instagram*, na qual veiculam diversos materiais educacionais e vídeos na temática de planejamento reprodutivo para mais de 800 seguidores, sendo o público alcançado predominantemente feminino e procedente da Paraíba.

Foi criado um formulário online na plataforma Google Docs™, composto por seis itens (nome, data de nascimento, telefone, endereço, paridade e conhecimento do método) para identificação das mulheres interessadas na inserção do dispositivo. O *link* para acesso ao formulário foi divulgado na rede social Instagram™ (@diunaatencaobasica) em parceria com a UFPB e obteve, em três meses, 63 respostas de mulheres de diferentes bairros de João Pessoa. Apesar de o formulário ter sido criado e divulgado, inicialmente, para atender às mulheres da USF Bessa, 51 mulheres que fizeram contato pertenciam a outras áreas de abrangência. Essa realidade é reflexo das diversas barreiras organizacionais e estruturais que envolvem o acesso ao DIU, tais como: ausência de treinamento sistematizado de médicos e enfermeiros e a falta de um fluxograma bem definido para inserção do dispositivo no SUS^{21,22}.

Mediante a necessidade expressa por mulheres de outras áreas, a primeira medida foi fazer um levantamento de quais Unidades Básicas de Saúde no município de João Pessoa receberam treinamento para inserção do DIU e estavam realizando a inserção do dispositivo na pandemia. Com a lista em mãos, foi feito contato com os médicos de outras USF, com a USF Bessa, para que acolhessem a demanda das mulheres fora de área, estas que eram ligadas a uma unidade que não realizava inserção do DIU. A partir desse contato, surgiram as unidades que aqui denominamos ‘unidades parceiras’, as quais aceitaram acolher a demanda dessas mulheres. As unidades parceiras informavam semanalmente quantas vagas seriam disponibilizadas, bem como data e horário de realização para que fossem informadas para as mulheres.

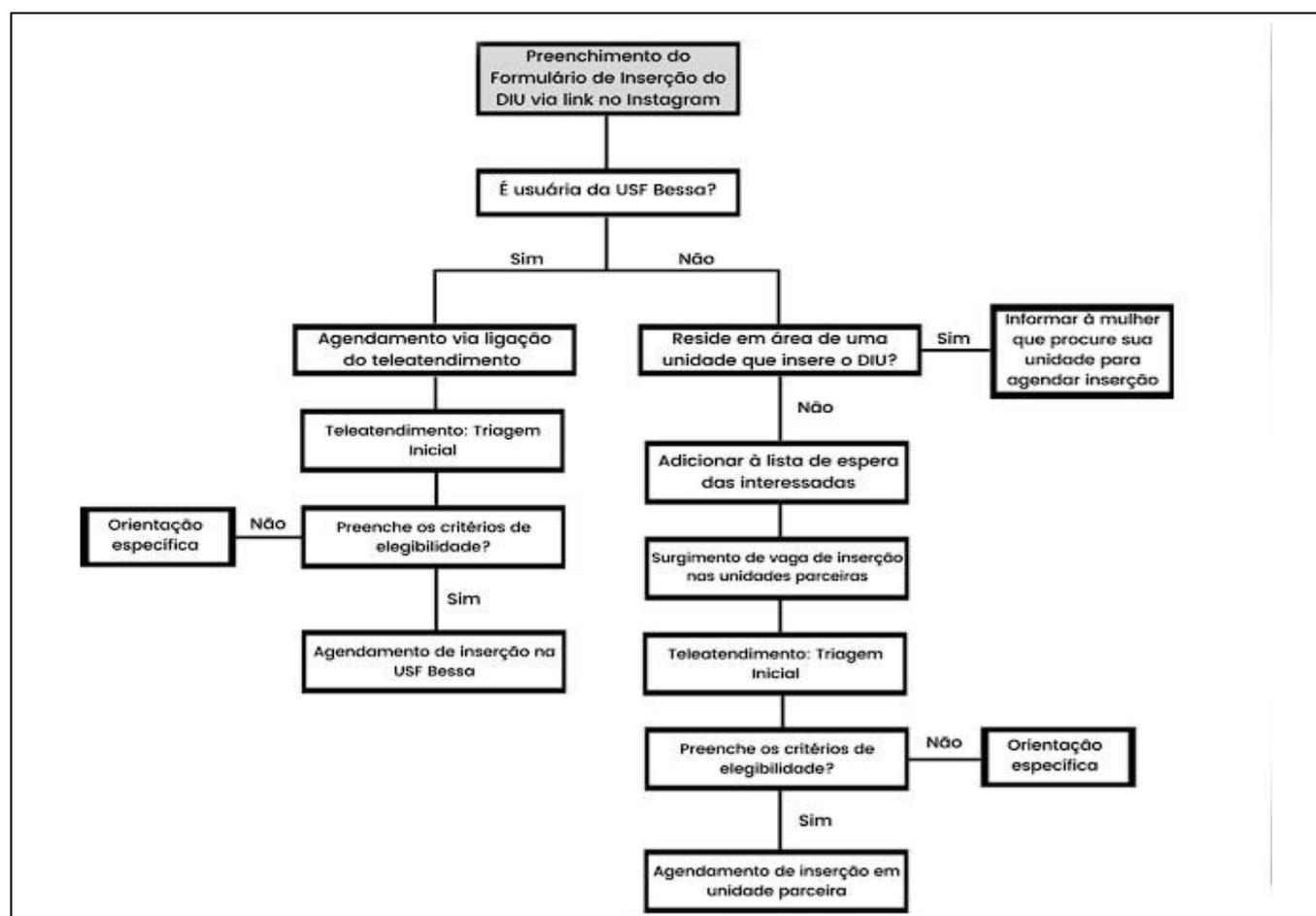
Fluxograma de acolhimento e consulta remota

Uma vez preenchido e enviado o formulário online, as mulheres foram contatadas via ligação telefônica ou *WhatsApp*. Para as mulheres cadastradas na USF Bessa, a médica agendava a consulta à distância para análise dos critérios de elegibilidade da OMS²³, aconselhamento sobre os possíveis efeitos colaterais do DIU, os riscos do procedimento de

inserção e o seguimento necessário após a inserção. Caso estivessem aptas, e na ausência de sintomas gripais, agendava-se a inserção conforme mostra o fluxograma na Figura 1.

Para as mulheres que residiam em outros bairros de João Pessoa sem USFs que ofereciam serviços de inserção do DIU, após o preenchimento do formulário, deveriam aguardar em uma lista de espera. Assim que surgia alguma vaga nas unidades parceiras, marcava-se a consulta remota e, caso a usuária estivesse apta, era agendada a inserção, cuja realização era feita pelo próprio médico da unidade à qual foi direcionada. As usuárias pertencentes a USF com profissional habilitado para inserção cuja atividade não fora interrompida na pandemia, recebiam orientação para que procurassem a USF de abrangência para agendamento conforme a Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma para inserção de DIU a partir de formulário digital



Fonte: elaborada pelos autores

O preenchimento do formulário foi realizado por 63 pessoas, sendo que 12 eram usuárias da USF Bessa e inseriram nessa unidade, 19 realizaram o procedimento nas “unidades parceiras” com sucesso e duas tiveram o procedimento interrompido por dor e dificuldade no pinçamento do colo. As demais foram contatadas, mas duas desistiram de inserir, outras não responderam ao contato e restaram duas mulheres no período avaliado que aguardavam uma

vaga. Após 30 a 40 dias do procedimento, as mulheres voltaram para a revisão, decidiram manter o método e mostraram-se satisfeitas tanto com o procedimento de inserção quanto em relação ao próprio método escolhido. Houve relato de aumento do fluxo menstrual e das cólicas na primeira revisão do DIU.

A consulta remota teve duração média de 10 minutos, e as principais dúvidas giraram em torno da dor durante o procedimento e dos efeitos colaterais. Algumas já estavam há um tempo tentando inserir o dispositivo e verbalizaram barreiras como solicitação de exames prévios à inserção e a exigência dos médicos de estarem menstruadas no momento do procedimento. Segundo a OMS, uma mulher pode começar a usar o DIU a qualquer momento se houver certeza razoável de que ela não está grávida; os exames essenciais em todas as circunstâncias para o uso seguro e efetivo do DIU são o exame pélvico/genital e a avaliação do risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), não sendo necessários rotina ultrassonografia transvaginal, colpocitologia oncótica ou teste rápido de HIV²³.

A telemedicina, no que concerne a consulta remota, na vivência, agiu como um fator facilitador do acesso das mulheres aos serviços e, por isso, merece destaque. Seu exercício foi regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução 1.643/2002²⁴, e sua eticidade reconhecida pelo Ofício 175 em 6 de março de 2020 do mesmo conselho, que levou em consideração a explosão da pandemia de COVID-19 no país, a importância do isolamento social e a necessidade de proteger a saúde de médicos e pacientes, além de facilitar o acesso às mulheres que mantinham-se trabalhando, pois teriam que se ausentar apenas no dia da inserção.

Atendimento presencial: prática centrada na mulher

Inicialmente, no primeiro contato presencial, era questionado se ainda havia alguma dúvida sobre o método e/ou o procedimento e, em seguida, a paciente era conduzida para o exame de toque e especular com objetivo de avaliar a condição clínica para a inserção. Não havendo contraindicação baseada no exame especular, prosseguia-se o procedimento.

Houve a preocupação em criar um ambiente acolhedor com uso de práticas integrativas e/ou músicas do agrado da mulher. Todas as etapas do procedimento foram explicadas conforme iam acontecendo e as mulheres foram alertadas antes de um passo potencialmente doloroso. Finalizada a inserção, com o espéculo ainda inserido no canal vaginal, era oferecida às mulheres a oportunidade de olhar seu colo do útero através do espelho acoplado ao foco luminoso. Apesar do exame ginecológico e a coleta de amostra colpocitológica serem habituais nos cuidados de saúde das mulheres, muitas não sabem em que consiste o colo de útero e qual sua aparência.

Após a inserção, eram reforçadas as orientações a respeito das mudanças esperadas no

padrão menstrual e na intensidade das cólicas. Foi sugerido o uso de analgesia simples ou de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE's) para alívio das cólicas e promoveu-se orientações sobre as revisões do DIU.

Sobre as dificuldades da experiência e a viabilidade da proposta

A procura pelo *Instagram* segue acontecendo e, em um panorama ideal, todas as USF deveriam ofertar a inserção do DIU. Entretanto, o treinamento não é sistematizado nem dentro das graduações de medicina ou enfermagem, nem dentro do Sistema Único de Saúde, o que dificulta essa realidade. Além disso, com a constante divulgação através da rede social *Instagram*, há a possibilidade de um número ainda maior de mulheres interessadas e fora de área em inserir o dispositivo surgir, o que pode, a longo prazo, esgotar a capacidade das unidades parceiras de acolherem a demanda.

Vale ressaltar também que a experiência teve um foco muito grande na figura do profissional médico nos procedimentos de inserção, sendo pouca ou inexistente a participação dos profissionais enfermeiros. Estes têm a capacidade técnica tal qual os médicos para a inserção²⁵, e a realização do procedimento por esses profissionais é recomendada pela OMS desde 2013 e também pelo “Manual Técnico para Profissionais de Saúde – DIU com COBRE T Cu 380 A”²⁶, publicado pelo Ministério da Saúde em 2019. Contudo, a inserção do DIU por enfermeiros foi desencorajada por uma decisão arbitrária do próprio MS no final de 2019²⁷, a qual revogou a nota técnica que regulamentava a prática pela enfermagem²⁸. Diante desse embate legal, percebe-se pouco engajamento do gestor local na formação técnica desse profissional.

Novas mulheres seguem preenchendo o formulário e, no momento atual, todas elas são agendadas para o Centro de Saúde para um ambulatório idealizado especificamente para inserir, revisar e retirar o DIU. Esse ambulatório é uma parceria da secretaria municipal de saúde com a residência de medicina de família e comunidade da UFPB sob a responsabilidade da preceptora da residência e coordenadora do projeto “DIU na Atenção Básica”.

CONCLUSÕES

A Unidade de Saúde é uma porta de entrada importante no Sistema Único de Saúde para o planejamento reprodutivo. Com o a pandemia, as redes sociais e a consulta remota se mostraram recursos valiosos na ampliação do acesso com o menor risco de exposição às mulheres. Permitiram ampliar a capacidade de acolhimento das mulheres interessadas na inserção do dispositivo e simplificar o fluxo de encontros até o procedimento. Ter utilizado as

ligações telefônicas para entrevista de elegibilidade facilitou o acesso a mulheres que trabalham fora de casa e tornou o processo mais seguro, permitindo o distanciamento social. Além da realização do procedimento, o contato para inserção do DIU pode também ser um espaço para promoção de autonomia e autoconhecimento, condições importantes para que a mulher sinta confiança em continuar o método.

A rede social foi uma ferramenta essencial para captar as mulheres, já que o *Instagram* é uma plataforma muito utilizada, gratuita e o perfil utilizado para divulgação já contava com muitas seguidoras. Por fim, a parceria com a universidade foi um recurso importante frente a crise instalada, visto que além de ter uma rede social estruturada com público seletivo, tem experiência em práticas nos serviços de saúde reprodutiva.

Como limitação, ainda é baixa a quantidade de unidades da capital que realizam a inserção do dispositivo intrauterino na Atenção Básica. Além disso, pode-se citar também que a enfermagem poderia ter participado mais ativamente no processo de oferta do dispositivo, no aconselhamento e na inserção, conforme orientações da OMS. No entanto, a regulamentação acerca da questão no Brasil e a falta de protocolo pela gestão ainda são fatores que desencorajam essa participação e, conseqüentemente, limitam a oferta do método.

REFERÊNCIAS

1. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med.* Março de 2020;13;27(suppl 2):taaa021.
2. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 2020. Acessado 27 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Caponi S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados* [online]. 2020; 34: 209-224. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>.
4. The Lancet. COVID-19 in Brazil: "So what?" *The Lancet.* 2020; 395:1461-1470.
5. Matta GC, Rego S, Souto, EP, Segata, J. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia]. *FIOCRUZ.* 2021. 221p.
6. Secretaria de Saúde do estado da Paraíba. Cenário no estado da Paraíba coronavírus – (covid19). Disponível em: <https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/55/>
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica número 16 de Abril de Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil. [Internet]. Nota técnica número 16 de Abril de 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9857/1/NT_16_Dinte_Medidas%20Legais%20de%20Incentivo%20ao%20Distanciamento%20Social.pdf
8. Kerr L, Kendall C, Silva AAM, Aquino EML, Pescarini JM, Almeida RLF, et al. COVID-19 no

- Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciênc Saúde Coletiva*. outubro de 2020;25(supl 2):4099–120.
9. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>
 10. Ferreira-Filho ES, de Melo NR, Sorpreso ICE, et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13(6):615-622.
 11. Bahamondes L, Makuch MY. Family planning: an essential health activity in the pandemic of SARS-CoV-2. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020;25(4):319-320.
 12. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Contraception and family planning [internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/WHO-COVID-Q-and-A-contraception-por.pdf>
 13. International Federation of Gynecology and Obstetrics. COVID-19 Contraception and Family Planning [Internet]. 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.figo.org/covid-19-contraception-family-planning>
 14. Fiocruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente [Internet]. 2020 [citado 7 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-covid-19-e-planejamento-reprodutivo/>
 15. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*. novembro de 2011;84(5):478–85.
 16. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2014;30(supl 1):S49–58.
 17. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):959-966.
 18. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 6 de novembro de 2020;69(44):1641–7.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. 2020.
 20. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e00088920.
 21. 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]*. 18 de dezembro de 2017 [citado 27 de setembro de 2021];51(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=pt&tlng=pt
 22. Barreto DS, Maia DS, Gonçalves RD, Soares RS. Dispositivo Intrauterino na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam e Comunidade*. 30 de maio de 2021;16(43):2821.

23. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da Organização Mundial da Saúde e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde [Internet]. 2007. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=B24E18980714A0046EEFBA7A1904E831?sequence=6
24. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução 1.643/2002 ago 26, 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>
25. Laporte M, Becerra A, Castro L, Veiga N Jr, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Evaluation of clinical performance when intrauterine devices are inserted by different categories of healthcare professional. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(2):196-201.
26. 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.
27. Coren-SP. Decisão do Ministério da Saúde que proíbe enfermeiros de implantar DIU fere autonomia profissional da categoria e a universalização do SUS [internet]. COREN-SP, São Paulo. 06 de jan 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/decisao-do-ministerio-da-saude-que-proibe-enfermeiros-de-implantar-diu-fere-autonomia-profissional-da-categoria-e-a-universalizacao-do-sus/>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS. Dispõe sobre a Realização do procedimento de inserção do DIU de cobre (DIU TCu 380A) por Enfermeiros(as). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 32 p. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf