

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE

KLEBER DOMINGUES SOUZA FILHO

**WORKSHOP DO DIU: INSTRUMENTO EDUCATIVO PARA ALUNOS
DO CURSO DE MEDICINA**

VOLTA REDONDA

2017

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO
AMBIENTE**

**WORKSHOP DO DIU: INSTRUMENTO EDUCATIVO PARA ALUNOS
DO CURSO DE MEDICINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aluno:

Kleber Domingues de Souza Filho

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

VOLTA REDONDA

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tação Wagner - CRB 7/RJ 4316

S719w Souza Filho, Kleber Domingues de.
Workshop do DIU: instrumento educativo para alunos do curso de medicina. /

Kleber Domingues de Souza Filho. - Volta Redonda: UniFOA, 2017.

77 p. : Il

Orientador(a): Carlos Alberto Sanches Pereira

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2017.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. DIU - planejamento familiar. 3. Contracepção. I. Pereira, Carlos Alberto Sanches. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

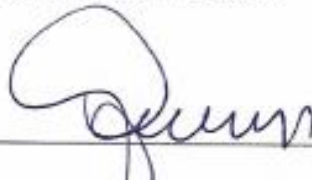
Aluno: Kleber Domingues de Souza Filho

WORKSHOP DO DIU: INSTRUMENTO EDUCATIVO PARA ALUNOS DO
CURSO DE MEDICINA

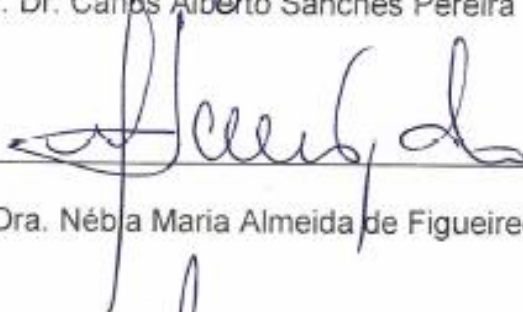
Orientador:

Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

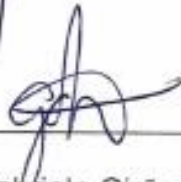
Banca Examinadora



Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira



Profa. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo



Profa. Dra. Gabriela Girão de Albuquerque

Deus que em tudo está presente e me trouxe até este momento com saúde e lucidez, por meio das minhas orações.

A minha esposa Angélica, aos meus filhos Filipe e Mariana, pelo apoio e incentivo recebido.

Ao meu Pai que, mesmo tão distante, se orgulha de minhas conquistas e está ao meu lado, em minhas preces.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Freire

Ao Professor Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira, pelo apoio, orientação, confiança e, sobretudo pela dedicação na elaboração deste trabalho.

Aos professores da Banca de qualificação que, certamente, contribuirão com o enriquecimento deste trabalho.

RESUMO

A contracepção no Brasil é considerada uma questão de natureza sociopolítica, uma vez que é discutida como política pública no campo da Saúde Reprodutiva. Nesse sentido, o Estado oferece propostas para que as pessoas tenham acesso aos métodos anticoncepcionais por meio do Planejamento Familiar (PF), como instrumento de saúde para diminuir gestações indesejadas, abortos e reduzir a mortalidade materna e infantil. Para que a escolha do método contraceptivo seja feita de maneira consciente é necessário que o profissional de saúde esteja capacitado para dirimir todas as dúvidas, quanto aos métodos que existem no mercado e os oferecidos pelo poder público. Assim sendo, vale ressaltar que um dos métodos de elevada eficácia, longa duração e reversível é o Dispositivo Intrauterino (DIU), porém, deve-se respeitar a escolha da mulher. Cabe a ela, a opção de ter ou não ter filhos como parte de seus direitos sexuais e reprodutivos. O presente trabalho teve como objetivo proporcionar aos alunos do 9º ao 12º período do Curso de Medicina, conhecimentos sobre todos os aspectos do uso DIU, suas vantagens, eficácia, durabilidade, bem como a relevância de sua divulgação. Para tanto, foi elaborado um questionário de 10 (dez) perguntas para avaliar os conhecimentos dos alunos antes da realização do Workshop (pré-teste) e após a realização do mesmo. Com as respostas consolidadas, foi realizada uma análise comparativa utilizando-se do teste estatístico de MacNemar. Em seguida, observou-se que a atividade realizada contribuiu com a aprendizagem dos alunos tendo sido significativo o número de acertos no pós-teste, demonstrando que o workshop do DIU foi uma importante atividade dinâmica, que associou o aprender, o fazer o conviver e o ser.

Palavras-chave: Planejamento familiar; dispositivo intrauterino; contracepção.

ABSTRACT

In Brazil contraception is regarded as a matter of social political nature whereas it is approached as public politics from a Reproductive Health perspective. Therefore, the State puts forward programs so that people may have access to contraceptive methods by means of Family Planning (PF) as a health tool which aims at reducing unwanted pregnancy, abortions, as well as maternal and infant mortality rate. So that the choice of the contraceptive method can be made in a mindful manner, the practitioner should be duly skilled to clarify all questions related to both, the method available in market and the ones offered by public authorities. Women freedom of choice for whether they want to have children or not should always prevail, hence acknowledging their reproductive and sexual rights. The purpose of the herein paper was to provide the interns from the 9th to the 12th semester of Medical School with comprehensive knowledge of all of the aspects related to the use of Intrauterine Device (IUD), its upsides, effectiveness, durability, as well as how relevant it is to spread the word on it. With such a purpose it was developed a 10-question form so as to assess the knowledge of interns prior to implementing the Workshop (pre-test) and again after its accomplishment. Having surveyed the answers a comparative analysis was put in place by using the McNemar statistical test. As a result it was determined that the accomplishment of the said project has gone a long way towards the interns learning process since the number of correct answers was quite high on the post-test, stating the point that the IUD Workshop was an absolutely important dynamic activity once it brought the learning, making, experiencing, and being processes all together.

Key-words: Family planning; intrauterine device; contraception.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
3.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR	19
3.2 ANTICONCEPÇÃO NO BRASIL	20
3.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	22
3.4 HISTÓRIA DO DIU	24
3.5 TIPOS DE DIU E MECANISMO DE AÇÃO	25
3.6 BARREIRA E MITOS RELACIONADOS AO DIU	29
3.6.1 Orientação religiosa	30
3.6.2 DIU e a Doença Infecciosa Pélvica (DIP)	31
3.6.3 DIU e locomoção	31
3.6.4 DIU e a fertilidade	32
3.6.5 DIU e abortamento	33
3.6.6 Utilização do DIU em nuligestas ou em adolescente	34
3.6.7 DIU e Câncer	34
3.7 ANTICONCEPÇÃO EM VOLTA REDONDA	35
3.8 GESTAÇÃO INDESEJADA	36
3.9 CONTRACEPÇÃO NO ENSINO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	38
3.10 WORKSHOP COMO FERRAMENTA PARA O ENSINO DA CONTRACEPÇÃO	41
3.10.1 APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA	42
4 CAMINHO METODOLÓGICO	47
4.1 UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	47
4.2 CONSTRUÇÃO DO WORKSHOP	48
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
4.4 TEMPO DE DURAÇÃO DO WORKSHOP	48
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	50
5.1 ANÁLISE DAS QUESTÕES DO PRÉ E PÓS-TESTE	52
5.2 ANÁLISES DAS QUESTÕES DE OPINIÃO	55
6 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXO A - Pedido de autorização	66
ANEXO B - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa CoEPS dos alunos	67
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
APÊNDICE B - Questionário Pré e Pós-Avaliação	71
APÊNDICE C - Casos Clínicos	73
APÊNDICE D - Questionário de opinião	78

1 APRESENTAÇÃO

Após minha graduação em Medicina, no ano de 1980, realizei minha especialização em Ginecologia e Obstetrícia, com término em 1983. Em seguida, iniciei minha atividade profissional no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, concomitantemente, trabalhando com Planejamento Familiar e Pré-natal de Alto Risco, na secretaria de Saúde de Volta Redonda (1983).

Posteriormente, fui convidado a trabalhar no Núcleo de Planejamento Familiar, o qual iniciou suas atividades como um polo centralizado, no bairro Aterrado, Volta Redonda, atendendo toda a comunidade.

Uma das metas dessa atividade é apoiar a livre decisão da mulher quanto ao método contraceptivo de sua escolha. Para tanto ela participa de três oficinas que são realizadas tendo como objetivo leva-la a conhecer seu corpo, assim como todos os métodos contraceptivos disponíveis.

A mulher, após realizar sua escolha, recebe do poder público o método escolhido, além de realizar o exame de prevenção de câncer do colo do útero.

Nesse contexto, adquiri habilidade e realizo inserção de Dispositivos Intrauterinos (DIU) na Policlínica da Mulher, neste Município, até o momento.

Atualmente, com a descentralização dos serviços de saúde, cada Unidade Básica de Saúde faz o papel educativo, oferecendo o método escolhido pela cliente. Faz-se a coleta da citologia oncótica e, quando a mulher opta pelo DIU, é encaminhada para a Policlínica, onde esse dispositivo é inserido.

A Secretaria de Saúde de Volta Redonda recebe acadêmicos do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Em 2008, me tornei Professor Assistente da cadeira de Ginecologia e Obstetrícia do curso de Medicina do referido Centro Universitário o que me incentivou a buscar o curso de Mestrado em Ensino, optando pelo tema Planejamento Familiar e, em especial elaborar e aplicar uma oficina

pedagógica (WORKSHOP do DIU) para alunos do 9º ao 12º período do Curso de Medicina.

Durante o período de realização do Curso de Mestrado em Ensino, desenvolvi o Workshop do DIU: instrumento educativo para alunos do curso de Medicina. A atividade foi realizada com os alunos do 11º período do curso de Medicina do UniFOA, os quais frequentam o ambulatório de Planejamento Familiar.

2 INTRODUÇÃO

Um grande número de mulheres tem a preocupação de se lembrar de tomar pílulas anticoncepcionais. Segundo a Pesquisa Nacional Desenvolvimento Social (PNDS), 21% de todas as mulheres em nosso país usam pílulas e apenas 1% usa o Dispositivo Intrauterino (DIU). Dessa forma, as mulheres usuárias de pílulas necessitam se lembrar do método anticoncepcional diariamente e as usuárias do DIU não necessitam se preocupar com isso, já que nem se lembram de que estão usando um método contraceptivo (BRASIL, 2006).

Sendo assim o Planejamento Familiar (PF) é um Instrumento de Saúde Pública, porque, à medida que se melhora o PF, diminui-se as gestações indesejadas, as taxas de abortos e de abortos inseguros. Com isso, ocorre a redução da morbidade e da mortalidade materna e infantil (OMS, 2013).

Entretanto o PF deve ser visto também como uma necessidade tanto pessoal quanto social, porque um grande impulso no desenvolvimento foi a evolução da mulher e a sua inserção no mercado de trabalho. A mulher moderna assume um papel relevante na sociedade produtiva e tem o poder de decidir em que momento pretende ter os seus filhos, uma vez que grande parte trabalha fora.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, parágrafo 7º, aponta que a família é base da sociedade e tem especial proteção do Estado pelos fundamentos dos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável. O PF é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Vale ressaltar que a Lei 9.263, de 1996, regulamenta o PF como direito de todo cidadão, previsto na Lei Maior. Sendo assim fica claro que cabe ao Estado a responsabilidade de prover recursos educacionais e tecnológicos, capacitando profissionais de saúde para que esses direitos sejam exercidos. É fundamental oferecer formação ao profissional para que desenvolvam habilidades que contemplem temas como contracepção e concepção (BRASIL, 1996).

O PF deve disponibilizar informações precisas para homens e mulheres quanto aos métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde. A escolha em ter ou não ter filhos e o acesso a esses métodos deve ser garantido a eles, como também o acompanhamento por profissionais qualificados, que, por meio de ações educativas, façam opção pelo método anticonceptivo de forma consciente (BRASIL, 2002).

A formação do profissional é essencial para que se possam desenvolver habilidades, quanto às informações sobre PF, atendendo às expectativas dos clientes, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos. Nessa perspectiva, permite-se ao cliente obter conhecimentos sobre métodos anticonceptivos para que possam se adequar a um deles (MOURA 2005).

A escolha de métodos contraceptivos entre as usuárias de um serviço público de saúde está apoiada em sua livre opção, que deve ocorrer após uma ação educativa e consulta médica. Na maioria das vezes, as pacientes, ao procurarem um serviço de saúde, já têm uma ideia pré-concebida quanto ao método que desejam usar. Apesar de ser difícil mudar a ideia pré-concebida dessas mulheres, segundo Freire (2013), é possível mudar sem imposição, levando a elas o conhecimento de que existem alternativas eficazes disponíveis tanto no serviço público quanto no privado (OSIS et al., 2004).

Nesse contexto, para apoiar a tomada de decisão contraceptiva de suas clientes, os médicos devem compreender que a visão feminina procura um método mais fácil de ser usado do que a sua eficácia, tolerabilidade, seus benefícios à saúde ou riscos percebidos (EGARTER, 2013).

Nesse sentido, informações precisas sobre o PF é fundamental para que o indivíduo faça sua escolha quanto à anticoncepção de forma consciente, partindo de sua realidade, melhorando sua saúde, condições de vida, evitando gravidez indesejada, gravidez na adolescência, mortalidade materna e outros (SOUZA, 2006).

A gravidez indesejada é um grande problema de saúde pública nos Estados Unidos da América (EUA). Aproximadamente, ocorrem três milhões de gestações por ano e 50% são indesejáveis. Essa alta taxa é bem maior do que em outros países desenvolvidos. Nos EUA, a gestação indesejada resulta em 1.2 milhões de abortos por ano, trazendo efeito nocivo para a saúde das mulheres, dos recém-nascidos, impondo considerável ônus financeiro para a família e a sociedade (WINNER et al., 2012).

A Academia Americana de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) recomenda o uso de Contracepção Reversível de Longa Duração LARC (Long-Acting Reversible Contraception), como o implante, injetável trimestral e o DIU. Tais métodos oferecem alta eficácia, duração e segurança, principalmente quando são utilizados por adolescentes, evitando-se as altas taxas de gestação indesejada e contribuindo com um planejamento familiar adequado (ACOG, 2015).

No Brasil esses dados não são diferentes (PNDS, 2006), pois metade das gestações são indesejadas, já que quatro entre dez filhos não foram planejados entre os jovens, os mais pobres e os solteiros. Para tanto, segundo Monteiro e Adesse (2006), a estimativa do número de abortos induzidos no Brasil, no período de 1992 a 1996, baseando-se nas internações registradas no Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde (SUS), ficou entre 1.455.286 para 1.066.993. Essa quantidade se manteve estável até 2005, estimadas em 1.054.242 abortos. Outras estatísticas ainda não foram publicadas.

Nessa perspectiva, para que esses números de abortos induzidos sejam diminuídos, torna-se necessário que os médicos busquem mais conhecimentos técnicos, atenuando a resistência quanto ao uso de determinados métodos contraceptivos, como o DIU.

Pesquisa realizada por AGHAS e FAREED (2011) demonstra que existem barreiras relativas à aceitação médica quanto ao uso do DIU, que são difíceis de reduzir, mesmo com um adequado treinamento técnico. Essas barreiras são relacionadas às atitudes e à falta de conhecimento técnico. Entretanto, pesquisas

realizadas pelo Ministério da Saúde de El Salvador, com 135 prestadores de cuidados de saúde médica, apontam o contrário.

Segundo a pesquisa, de 94 a 97% dos médicos aceitaram que o DIU é um método eficaz e uma forma segura de contracepção. A pesquisa também informou que apenas 46% desses profissionais tinham recebido treinamento para a colocação de DIU; 32% deles já haviam inserido mais de 10 DIU; e mais da metade, 54% acreditava que o DIU estava associado à infecção.

A falta de treinamento formal e o conhecimento sobre as taxas reais de infecção associadas ao DIU podem contribuir para a baixa colocação de DIU entre as salvadorenhas (HOHMANN, 2011).

Estudiosos como Ebel (2008), Taras, Kaufman (2010), Febrasgo (2014) abordam que ainda existem alguns “mitos” quanto à inserção do DIU, como a locomoção, acreditando-se que pode ir para coração ou para a cabeça, que pode causar infertilidade, abortamentos, que não pode ser usado em mulheres que nunca engravidaram (nulíparas) ou em adolescentes ou que ainda causa câncer.

De acordo com Aldrighi e Peta (2004), as mulheres que escolhem o uso do DIU utilizam esse método por muito mais tempo do que as que escolhem outros métodos anticoncepcionais reversíveis. Além disso, é menos caro, prático e duradouro.

Esse método contraceptivo oferece muitos benefícios, tais como:

- a) é um método de longa duração, dura pelo menos 10 anos e nunca precisa ser trocado;
- b) possibilita uma anticoncepção eficaz;
- c) não interfere nas relações sexuais;
- d) não diminui o apetite sexual nem o prazer;
- e) é um método imediatamente reversível, podendo ser removido quando a mulher desejar engravidar ou por outro motivo pessoal;
- f) pode ser inserido imediatamente após o parto.

Nesse cenário, estudantes do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda, UniFOA, principalmente os que estão cursando o 11º período, durante a sua formação devem ser estimulados a desenvolver várias habilidades e competências, oferecendo um conteúdo básico à formação do médico generalista.

Segundo Gib, Bellini, Pimentel, Almeida (2011) o período da graduação é fundamental para que o aluno receba uma sólida formação, levando-o a participar de atividades práticas, principalmente na disciplina de Ginecologia/Obstetrícia para que possam atuar com segurança nos postos de saúde.

Pode-se afirmar que nessa disciplina um dos conhecimentos que deve ser aprofundado é sobre métodos contraceptivos, para que, ao desempenharem sua função social, o futuro médico esteja apto a informar, educar e esclarecer a população quanto aos métodos contraceptivos. Para tanto, torna-se necessário que sejam capacitados, que se transmitam conhecimentos por meio de mecanismos que facilitem a aprendizagem, estimulando a prática (ARAUJO, 2009).

Conforme a teoria da aprendizagem significativa de Ausubel, o processo de aprendizagem pode ser facilitado ao se trabalhar com os alunos sobre métodos contraceptivos. Partindo-se de seu conhecimento prévio, uma vez que o que eles já sabem é muito relevante para a teoria da aprendizagem significativa, por ser um determinante no processo do ensino (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Vygotsky (1993) aponta dois níveis de desenvolvimento, um real, já adquirido, o qual determina o que o aluno é capaz de fazer e a capacidade de aprender com outra pessoa. A aprendizagem interage com o desenvolvimento, produzindo abertura nas zonas de desenvolvimento proximal, que é a distância entre o nível de desenvolvimento real e o potencial onde são centradas as interações sociais, podendo então afirmar que ambos os processos, aprendizagem e desenvolvimento, se inter-relacionam.

Freire (1996) corrobora com a ideia e afirma que a aprendizagem deve ser conduzida visando atingir o alvo desejado, nesse caso, incentivar o uso do DIU como método contraceptivo, o que contribuirá para a qualidade de vida da paciente.

Ao articular o tema Contracepção e a utilização do método contraceptivo “DIU”, junto aos estudantes do Curso de Medicina, por meio do “workshop do DIU”, foi possível ancorar uma nova informação ordenada para se traduzir em aprendizagem significativa que se apoie na estrutura cognitiva do indivíduo.

O presente estudo teve como objetivo geral proporcionar aos graduandos do 9º ao 12º período do Curso de Medicina conhecimento efetivo sobre o uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) como método contraceptivo. E como objetivos específicos:

- a) Verificar o nível de conhecimento dos alunos a cerca do Dispositivo Ultra Uterino – DIU;
- b) Colaborar para redução dos mitos e barreiras ainda existentes sobre o método contraceptivo DIU;
- c) elaborar e aplicar uma oficina pedagógica “WORKSHOP do DIU” para alunos do Curso de Medicina.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 PLANEJAMENTO FAMILIAR

O Ministério da Saúde, em 1984, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), mostrando uma nova e diferente forma de abordar a saúde da mulher. Por meio do PAISM, foram incorporadas diretrizes e propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, implantando um programa de regulação da fecundidade, envolto no âmbito da atenção integral à saúde reprodutiva das mulheres (BRASIL, 1984).

O PAISM é considerado um documento histórico por incorporar os ideais feministas para a atenção a saúde da mulher, ao seu corpo e a sua vida, priorizando o atendimento integral, a assistência clínica-ginecológica e educativa em Pré-natal, parto e puerpério, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer do colo do útero e da mama. Dessa forma, o PAISM tem como objetivo básico fazer uma abordagem gerencial da mulher em todas as fases de sua vida, desde a adolescência até a terceira idade (BRASIL, 1984), vindo ao encontro da Constituição Federal de 1988 que nos artigos 196, 197 e 198, contempla a saúde de forma abrangente, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecendo os princípios universais dos direitos humanos definindo o planejamento familiar como direito de todos (BRASIL, 1988).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Sendo assim, o PF é uma estratégia que deve ser adequada às características socioculturais locais, disponibilizando métodos anticonceptivos por

meio dos serviços públicos e assistência à saúde, promovendo ações educativas em saúde reprodutiva.

3.2 ANTICONCEPÇÃO NO BRASIL

Conforme Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996), que analisa a prática contraceptiva adotada por mulheres em idade fértil, a anticoncepção é utilizada por 55% de todas as mulheres de 15 a 49 anos de idade (ou por seus parceiros). Na análise da pesquisa, observou-se que os métodos mais utilizados eram: anticoncepção cirúrgica feminina (40%); pílula (21%); métodos tradicionais como abstinência periódica (3%) e coito interrompido (3%); preservativo masculino (4%); anticoncepção cirúrgica masculina (3%); injetáveis (1%) e DIU (1%) (BRASIL, 1996).

De acordo com o relatório PNDS, os métodos vaginais (diafragma, espuma e tabletes) apresentam proporções de uso inferiores a 1%, e, aproximadamente, 23% das mulheres em união estável não estavam utilizando nenhum método anticoncepcional na época da pesquisa.

Com base na análise da pesquisa, a concentração do uso da anticoncepção em dois métodos traduz, na prática, a pouca informação e o precário acesso das mulheres ao universo da anticoncepção, que, na realidade, dispõe de um leque de alternativas, visando às demandas específicas de cada mulher e em cada momento de sua vida reprodutiva.

Após uma década o PNDS (2006), apontou as mudanças que ocorreram no Brasil. Realizou-se um inquérito domiciliar nacional, com, aproximadamente, 15.000 mulheres de 15 a 49 anos de idade e, aproximadamente, 5.000 crianças menores de 5 anos, representativo das cinco macrorregiões e dos contextos urbano e rural.

Essa pesquisa foi realizada com o apoio da United States Agency for International Development (USAID) e financiada pelo Ministério da Saúde, que resultou de um trabalho articulado entre a USP e UNICAMP (SP), com aprovação do comitê de ética em pesquisa.

Quanto à anticoncepção, no período de 1996 a 2006, constatou-se um aumento no uso de métodos anticoncepcionais, como a pílula, a esterilização masculina e a camisinha, sendo que a esterilização feminina, que era o método mais utilizado em 1996, diminuiu: 29% das mulheres atualmente unidas (casadas ou em união estável) estão esterilizadas; 21% utilizam pílulas; 6% recorrem à camisinha masculina; 5% têm o companheiro vasectomizado e apenas 3% das mulheres usam métodos tradicionais (PNDS, 2006).

A prevalência da esterilização cresce de forma acentuada com o número de filhos vivos: mais de 20% das mulheres com até dois filhos já se encontram esterilizadas e, entre as mulheres com 3 a 4 filhos, esse percentual alcança 62% (BRASIL, 2006).

Avanços e obstáculos no campo da saúde da mulher brasileira nesse período foram observados e sumarizados, conforme descrição a seguir:

- a) *fecundidade do Brasil* - que já estava em patamares baixos, por volta de 2000, retomou à tendência de declínio, atingindo a marca de 1,8 filhos por mulher. Para as coortes mais jovens, abre-se uma incógnita, pois entre as menores de 20 anos, não houve alterações significativas na chance de ter um filho;
- b) *planejamento familiar* - a prevalência do uso de anticoncepcionais aumentou, devido ao aumento do uso de métodos nos estratos socioeconômicos mais baixos. A distribuição proporcional de métodos foi alterada, reduzindo a esterilização feminina e aumentando o uso da pílula, da camisinha e da esterilização masculina. A esterilização feminina ainda foi o método mais utilizado por mulheres com pequena escolaridade e renda. A regulamentação da prática da esterilização nos serviços de saúde pública parece ter contribuído para mudar o perfil de uso de métodos. O homem participa mais da contracepção nos melhores níveis socioeconômicos. Porém, houve pouca melhora na qualidade da contracepção de mulheres com pior nível socioeconômico;
- c) *início da atividade sexual e uso de camisinha* - o número de mulheres que iniciou a relação sexual até os 15 anos de idade triplicou e houve

crescimento do uso do preservativo na primeira relação sexual entre os jovens. Esse mesmo método foi utilizado em menor proporção entre as mulheres casadas, mais velhas, de nível socioeconômico mais baixo e esterilizadas, evidenciando a vulnerabilidade dessas mulheres. Vale ressaltar que o incentivo ao uso de preservativo é extremamente relevante nos programas de DST/AIDS como método de dupla proteção e promoção de saúde sexual e reprodutiva das mulheres;

- d) *gravidez indesejada* - houve queda nas gestações indesejadas no período estudado, porém as mulheres mais pobres, com menos escolaridade, negras, não casadas ou não unidas, mais velhas e com parturições mais elevadas apresentaram maior prevalência de nascimentos não desejados.

Tem-se observado um crescimento da infecção pelo Vírus da Imuno deficiência Humana (HIV) entre mulheres mais velhas. Análise da série histórica da epidemia produzida pelo Ministério da Saúde indica que a taxa de incidência da doença entre mulheres de 40-49 anos foi de 12,3%, em 1996, para 30,0%, em 2006, e entre mulheres de 50-59 anos, essa taxa triplicou, de 6,1%, em 1996, para 18,6%, em 2006 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS DST, 2007).

3.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Existem métodos contraceptivos femininos e masculinos que podem ser medicamentos, objetos e cirurgias, utilizados pelas pessoas que buscam evitar a gravidez. Alguns métodos são reversíveis, uma vez que, ao parar de usar, a mulher volta a ter a capacidade de engravidar. Outros são irreversíveis, como a ligadura de trompas uterinas e a vasectomia, por ser muito difícil a pessoa recuperar a capacidade de engravidar (BRASIL, 2009). Por isso ao optar pela ligadura de trompas uterinas ou pela vasectomia como método anticoncepcional é necessário que as pessoas estejam seguras de que não desejam ter mais filhos. É importante buscar um serviço de saúde para obter informações sobre o método mais adequado para si, conhecendo as vantagens e desvantagens de cada método disponível no mercado (BRASIL, 2002).

Existem diferentes métodos contraceptivos. Os mais conhecidos são:

- a) *pílulas anticoncepcionais* - que devem ser tomadas todos os dias, de preferência no mesmo horário;
- b) *injeções anticoncepcionais* - existem dois tipos de injeção anticoncepcional, a injeção aplicada uma vez por mês e a injeção aplicada de três em três meses, que é a injeção trimestral. São muito eficazes, quando usadas corretamente;
- c) *camisinha feminina e masculina* - que funcionam como uma barreira. O esperma ejaculado pelo homem fica retido na camisinha e, assim os espermatozoides não ultrapassam o obstáculo de látex;
- d) *diafragma* - é uma capa flexível de borracha ou de silicone, com uma borda em forma de anel, que é colocada na vagina para cobrir o colo do útero. Evita a gravidez, impedindo a entrada dos espermatozoides dentro do útero;
- e) *dispositivo intrauterino - DIU* - é um pequeno objeto de plástico que pode ser recoberto de cobre ou conter hormônio colocado no interior do útero para evitar a gravidez. Existem diversos modelos de DIU. O mais usado é o tipo “T” de cobre, tem a forma da letra T e é recoberto com fios de cobre.

Dentre os métodos contraceptivos apresentados, observa-se que apenas o DIU apresenta eficácia teórica e prática mais próximas, pois oferece certa comodidade à usuária com alta segurança, já pode proteger a mulher de uma gravidez indesejada em um período de 5 (cinco) a 10 (dez) anos (FEBRASGO, 2015).

A garantia de um método contraceptivo é a competência de proteger contra a gravidez não desejada e não programada. É expressa pela taxa de falhas próprias do método em um período de tempo, geralmente um ano. O índice mais utilizado para esse fim é o índice de Pearl (FEBRASGO, 2009):

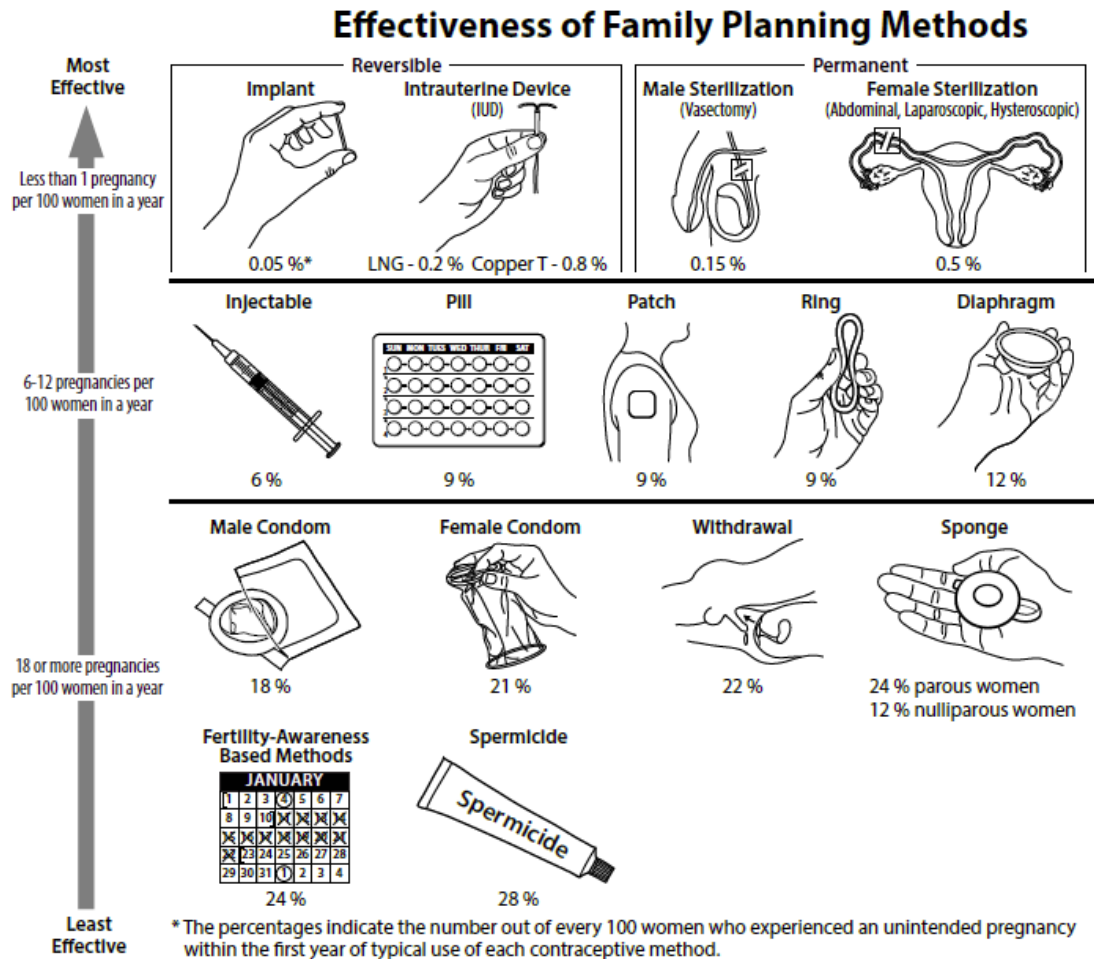
$$\text{Índice de Pearl} = \frac{\text{número de falhas} \times 12 \text{ meses} \times 100 \text{ (mulheres)}}{\text{número total de meses de exposição}}$$

(Pearl - 1933)

A análise quanto à segurança de um método contraceptivo precisa considerar a forma pela qual está sendo usado, ou seja, o modo correto e consistente observado em estudos clínicos controlados e o uso típico, que é o corriqueiro entre a

população e que apresenta uma taxa de eficácia menor devido à falha da usuária (Figura 1).

Figura 1 - Eficácia Dos Diferentes Métodos Contraceptivos



Fonte: CDC 2016 – U.S. Department of Health and Human Service

3.4 HISTÓRIA DO DIU

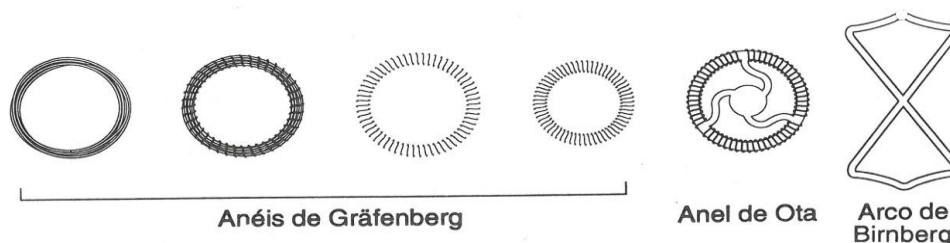
A contracepção por meio de inserção de objetos inseridos no útero teve seu primeiro registro há dois milênios. Naquela época, no deserto, os condutores de caravanas durante as longas travessias, inseriam pedras nos úteros de suas camelas com o objetivo de impedir a prenhez durante as longas e penosas jornadas (THIERY, 2000).

Em 1902, foi desenvolvido, na Alemanha, um pessário programado para auto inserção que se estendia do canal cervical até o útero, mas foi condenado pela classe médica, devido aos riscos de infecção (SPEROFF, 1996).

Posteriormente surgiu o anel de prata de Grafenberg, colocado exclusivamente na cavidade uterina, entretanto, apresentou grandes taxas de expulsão, fato contornado por Ota, no Japão, em 1934, que adicionou uma estrutura de suporte ao centro de seu anel chapeado em ouro ou prata (FERRARI, 1978).

Vários modelos de DIU foram testados com o tempo. Foram utilizados anéis espiralados de ouro, prata e em seguida de aço (Figura 2). Nas décadas de 60 e 70, o DIU se popularizou. As técnicas foram modificadas e vários modelos surgiram. Eram de plástico impregnado com sulfato de bário, de modo que poderiam ser visualizados em uma radiografia.

Figura 2 - Tipos de DIU



Fonte: SPEROFF (1996)

3.5 TIPOS DE DIU E MECANISMOS DE AÇÃO

Um pesquisador, nascido em Santiago do Chile, Jaime Zipper, sugeriu a adição de cobre ao DIU, depois a forma de um T com 200 mm de cobre enrolado em torno do eixo principal do T (Tcu 200). Foi acrescentado mais cobre pelos pesquisadores, levando ao surgimento do Tcu 380 A (Figura 3), acrescentando-se um revestimento de cobre em cada braço vertical do T (SPEROFF, 1996).

Figura 3 - TCU 380 A



Fonte: www.telediu.com.br

Encontra-se disponibilizado no mercado um novo dispositivo intrauterino que contém e libera o hormônio levonorgestrel na haste principal do Tê (Figura 4). O Dr. Luukkainen, inventor do *Mirena*®, em 1976, substituiu o cobre da haste vertical do DIU por um pequeno reservatório que libera diariamente uma dose de levonorgestrel, por um período de 5 anos (THIERY, 1997).

Figura 4 – DIU Mirena



Fonte: www.meuanticoncepcional.com

Na prática diária, utilizam-se três tipos de DIU: o DIU Tcu 380 A (Figura 3), o Mirena® ou SIU-Levonorgestrel (Sistema Intrauterino de Liberação de levonorgestrel) (Figura 4) e o Multiload cu 375 (Figura 5).

Figura 5 - DIU Miutiload



Fonte: www.meuanticoncepcional.com

A maioria dos dispositivos intrauterinos (DIUs) no mundo inteiro e todos os disponíveis também na América do Norte são achatados em forma de T. Encontrase em andamento uma nova pesquisa com um artefato formado por 17 esferas de cobre enfiadas em um fio revestido por plástico. Quando colocado no útero, as esferas assumem uma configuração esférica de mais ou menos 12 mm. A bola intrauterina (BIU) encontra-se em estudo comparado ao Tcu 380 A, na Europa, ainda a ser publicado (BARAM, *et al.*, 2014).

Decorrido um século da primeira pesquisa sobre o DIU, vários artefatos foram criados e testados clínica e experimentalmente. Filtrados pelo tempo e pelo mercado

de produtos médicos o DIU tem se revelado um excelente método contraceptivo, contudo existem inúmeras barreiras a serem vencidas.

Quanto ao mecanismo de ação desses dispositivos, ainda não está totalmente elucidado, pois todos provocam uma reação inflamatória no endométrio, com modificações histológicas e bioquímicas relevantes, interferindo na fisiologia normal da espermomigração, fertilização do óvulo e implantação do blastocisto. Os íons de cobre afetam a vitalidade e a motilidade espermática, prejudicando-as, diminuindo ao mesmo tempo a sobrevivência do óvulo no trato genital (FEBRASGO, 2013).

De acordo com o Manual de Ginecologia da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH, 2015), o cobre aumenta a produção de prostaglandinas e inibe as enzimas endometriais. Tais mudanças acarretam de forma adversa o transporte de esperma, o que dificulta a fertilização. Quanto às usuárias do DIU de cobre, pode-se afirmar que a ovulação não é afetada.

Hoffman et al. (2014) corroboram com essa ideia e afirmam que o DIU com LNG (Mirena®) libera progesterona que torna o endométrio atrófico, estimulando a produção de muco espesso que bloqueia a passagem dos espermatozoides e também reduz a motilidade das trompas, o que evita a união do óvulo ao espermatozoide, podendo ainda inibir a ovulação.

3.6 BARREIRA E MITOS RELACIONADOS AO DIU

O risco de uma gestação indesejada e mesmo de processo de responsabilidade civil tem afastado diversos profissionais de saúde da prática e do treinamento para a utilização do DIU. Contudo, como ginecologista com vinte anos de prática no ambulatório de Ginecologia da Secretaria de Saúde de Volta Redonda, após ter inserido em torno de 1600 dispositivos, não foi registrado, até o momento, nenhum tipo de reclamação ajuizada no Município.

Diante do exposto, podemos admitir que a utilização do DIU devesse ser considerada uma prática segura e que nós, profissionais de saúde, devemos buscar conhecimentos técnicos e base sólida para oferecer a população um método de longa duração, reversível e altamente eficaz.

Nesse cenário, tenho oferecido treinamento aos médicos residentes na área de ginecologia da Secretaria de Saúde do município de Volta Redonda. Sendo assim, estima-se de que no futuro esses profissionais tenham uma nova visão, segurança e domínio, quanto à utilização do método, multiplicando informações e prestando serviço de qualidade à população.

A falta de treinamento formal e o conhecimento sobre as taxas reais de infecção associadas ao DIU podem contribuir para a baixa colocação de DIU entre as salvadorenhas (HOHMANN, 2011).

3.6.1 Orientações Religiosas

De acordo com a Carta Encíclica *Humanae Vitae* (1996), a visão humana e cristã em relação ao matrimônio, partindo-se do ponto de vista religioso, exclui como via legítima para a regulação dos nascimentos, a interrupção direta do processo generativo já iniciado, e, sobretudo, o aborto querido diretamente e procurado, mesmo por razões terapêuticas. Desse modo, o magistério da igreja também é contrário à esterilização direta, quer permanente ou temporária tanto do homem como da mulher.

Deus dispõe com sabedoria leis e ritmos naturais de fecundidade, que já por si mesmos distanciam o suceder-se dos nascimentos. Mas, chamando a atenção dos homens para a observância das normas da lei natural, interpretada pela sua doutrina constante, a igreja ensina que qualquer ato matrimonial deve permanecer aberto à transmissão da vida (CARTA ENCÍCLICA HUMANAEE VITAE, 1996).

É possível observar que a recomendação da igreja é que se deve utilizar os métodos naturais e condenar o aborto e a esterilização tanto masculina quanto

feminina, não aceitando assim os demais métodos contraceptivos, dentre eles o DIU, Condom, Pílulas, Implantes e injetáveis, enfim, tudo que não é natural.

3.6.2 DIU e a Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Segundo a OMS (2009), a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) pode ocorrer, caso a mulher tenha Clamídia ou Gonorreia no momento da inserção do dispositivo.

O *Women's Health Study* constatou que o dispositivo *DalkonShield* (agora fora do mercado) aumentou em oito vezes o risco de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) (BURKEMAN, 1981). Um estudo prospectivo maior, da Organização Mundial de Saúde mostrou que a DIP só aumentou durante os 20 primeiros dias após a introdução do DIU. A seguir, a taxa de diagnóstico de DIP foi cerca de 1,6 caso por 1.000 mulheres ano, a mesma que na população geral.

A exposição a patógenos sexualmente transmitidos é um determinante mais importante que o uso de um DIU. Os dois dispositivos intrauterinos (DIU) disponíveis nos Estados Unidos, o *Tcu 380 A* e o *T de levonorgestrel (Mirena®)* são tão eficazes quanto à esterilização tubária e estão associados a risco de infecção pélvica em longo prazo, que não é maior que na população em geral (BEREK, 2008).

Nesse sentido, colocando ou não um DIU, o risco de DIP é o mesmo, embora, seja importante que se tenha o cuidado de fazer uma primeira revisão do DIU, que é obrigatória, após 30 dias contados da inserção (WHO, 2011).

3.6.3 DIU e Locomoção

O DIU nunca se locomove para o coração, cérebro ou outra parte do nosso corpo fora do abdômen. Fica normalmente dentro do útero como dentro de uma concha e raramente pode atravessar a parede do útero indo para a cavidade abdominal, o que pode ocorrer por um erro durante a inserção. Entretanto, caso ocorra, o DIU será removido por vídeo laparoscopia (WHO, 2011).

Segundo Ebel (2008), na Biblioteca Virtual em Saúde, relato em um artigo da ocorrência de quatro casos de migração do DIU para bexiga, apesar de existir também registros de alguns casos de perfuração uterina com o DIU, indo para a cavidade abdominal e causando aderências e abdome agudo, que necessitaram de tratamento cirúrgico. O primeiro caso ocorreu logo após a inserção e precisou de tratamento cirúrgico (GRIMALDO, 1993).

Taras (2010) coloca que existem outros registros, como um caso em que, após 4 (quatro) anos da colocação do DIU, necessitou de tratamento hospitalar por dor e sangramento via retal. Medina (2005) corrobora com a ideia e aborda que outro caso aconteceu na Flórida, em que 7 (sete) anos após a inserção, necessitou de colonoscopia. E o último caso encontrado foi de perfuração do colón sigmoide, necessitando de tratamento cirúrgico, após 10 (dez) anos *in situ* (MEDEROS, HUMARAI, MINERVINI, 2008).

Esses casos não são comuns, entretanto devem estar no pensamento clínico dos profissionais que inserem um DIU, quando não encontrarem um dispositivo posicionado no útero. No entanto, nada justifica a crendice de que um DIU possa se locomover até a cabeça.

3.6.4 O DIU e a Infertilidade

O sistema reprodutor feminino é susceptível a doenças infecciosas. A infecção ascendente via vagina, útero e trompas possuem relação causal evidente sobre a fertilidade. A tuba uterina é o local mais afetado pelas infecções que causam dano tubário. As bactérias *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* são os principais patógenos envolvidos nessas Doenças Infecciosas Pélvicas (DIP) (LEMOS, 2011).

De acordo com Speroff (1996), um dispositivo intrauterino utilizado na década de 80, o DalkonShield®, foi identificado como de alto risco para DIP, falhas, abortos sépticos e, em alguns casos, morte. Milhares de processos desacreditaram o seu

inventor e causaram a ruína financeira de seu fabricante, além de descrédito para a contracepção intrauterina (THIERRY, 1997).

Pode-se afirmar que o DIU de cobre é seguro para mulheres que não tenham filhos, solteiras e em qualquer idade, incluindo adolescentes e em indicado para mulheres com mais de 40 anos (OMS, 2009). Berek (2008) aborda que, uma vez retirado o DIU, a mulher volta rapidamente a ser fértil, como uma mulher que nunca o usou.

Não há aumento da infertilidade associada a fatores tubários em nuligrávidas que usaram o DIU de cobre, mas a exposição a patógenos transmitidos sexualmente, como *Chlamydia trachomatis*, aumenta o risco (HUBACHER, 2001).

3.6.5 DIU e Abortamentos

O mecanismo de anticoncepção intrauterino não é abortivo. Existem diferentes mecanismos de ação para a anticoncepção intrauterina que atuam, principalmente, na fase de pré-fertilização, impedindo a fecundação (FEBRASGO, 2014).

Para Amorim (2007), Berek (2008), Beaumond e Matos (2012), o DIU impede a fecundação, inibe a migração espermática e sua viabilidade no colo, endométrio e trompas. Esses efeitos decorrem tanto da reação inflamatória do útero (endometrite asséptica), como das alterações bioquímicas que interferem no transporte e capacitação dos espermatozoides.

O efeito espermicida é mais pronunciado com o DIU que contêm cobre, porém o DIU de levonorgestrel provoca atrofia do endométrio, aumento da viscosidade do muco cervical e alterações na motilidade tubária.

Existem claras evidências de que o DIU não é abortivo, não atuando após a implantação. Em casos de gravidez na presença de um DIU, deve-se excluir a gestação ectópica e remover o DIU se os fios estiverem visíveis. Caso o DIU

permaneça no local, há risco aumentado de interrupção prematura da gravidez (BEREK, 2008).

3.6.6 Utilização do DIU em nulíparas ou em adolescentes

A paridade, número de filhos, não é um fator determinante na escolha do método. As nulíparas que têm baixo risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST) também são candidatas apropriadas ao método. Os dispositivos intrauterinos podem ser inseridos sem dificuldade técnica na maioria das adolescentes e em mulheres nulíparas (FEBRASGO, 2014).

O DIU é um método contraceptivo com as seguintes características (FEBRASGO, 2014):

- a) seguro;
- b) alta eficácia;
- c) independente da usuária;
- d) longa duração (5 – 10 anos);
- e) rapidamente reversível;
- f) poucos efeitos adversos.

Segundo Winner (2013), o DIU é um método contraceptivo reversível de longa duração (LARC), que depois de indicado e aplicado por profissionais de saúde devidamente habilitados, não precisam de intervenção do paciente por um longo período de tempo. Devido à grande eficácia, altos índices de satisfação e de continuidade de uso e por não serem de utilização diária, esse método deveria ser recomendado como primeira opção para todas as mulheres em idade reprodutiva que desejam anticoncepção, incluindo adolescentes.

3.6.7 DIU e o Câncer

Não existe fundamento na afirmação de que o DIU cause câncer. Silva (2006), analisando a influência de métodos contraceptivos sobre os resultados dos esfregaços de Papanicolau (preventivo de câncer do colo do útero), em 2251

mulheres entre 15 e 45 anos, concluiu que não ocorreu elevação na frequência de câncer e pré-câncer em usuárias de DIU, mostrando apenas alterações benignas, sugerindo a realização periódica do preventivo.

O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. A estimativa de novos casos, em 2016, é de 16.340 e o número de mortes causadas por esse problema foi de 5.430, em 2013. A literatura ainda não demonstrou relação do DIU com o câncer de colo de útero (INCA, 2016).

3.7 ANTICONCEPÇÃO EM VOLTA REDONDA

O Relatório de Retroalimentação para Gestores de Saúde de Volta Redonda (BEMFAM, 2013), da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (SMS, 2011 e 1º semestre de 2012), revela a entrada de 701 novas clientes que buscaram atendimento no serviço de Planejamento Familiar de nossa cidade e tiveram a sua demanda atendida. E 11.253 clientes subsequentes mantiveram o seu tratamento, no total de 11.954. A tabela 1 demonstra o quantitativo de métodos fornecidos no período 2011-2012.

Tabela 1 - Métodos Fornecidos 2011/2012

Descrição	Números
Pílulas	9.383
Injetável mensal	1.513
Injetável Trimestral	534
DIU	36
Preservativos masculinos	73.426
Total	84.892

Fonte: BENFAM, 2013.

Durante o ano de 2012, foram realizadas 40 salpingectomias eletivas. Devido à intercorrências clínicas como diabetes, hipertensão e cesarianas consecutivas, que colocam em risco a vida da gestante, foram encaminhadas 94 mulheres para ligadura tubária durante a cesariana, respaldadas na lei e com consentimento informado, assinado pelo casal. Através da Secretaria de Saúde também foram encaminhados 159 homens para vasectomia, no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful.

Apesar de a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda fornecer todos os métodos anticoncepcionais, ainda existe forte demanda para os métodos definitivos.

3.8 GESTAÇÃO INDESEJADA

Duzentos e oito milhões de mulheres ficam grávidas a cada ano. Entre elas, 59% (123 milhões) têm uma gravidez desejada (ou planejada) e 41% restantes (ou 85 milhões) das gravidezes não são desejadas (SINGH, 2009). Devido ao aumento no uso de anticoncepcionais, a taxa de gravidezes em todo o mundo diminuiu de 160 mulheres grávidas a cada 1000 mulheres entre 15 e 45 anos, em 1995, para 134 mulheres grávidas a cada 1000 mulheres, em 2008. Portanto, as taxas de gravidezes desejadas e não desejadas caíram.

Os avanços no uso de anticoncepcionais acarretaram uma redução nas gravidezes não desejadas, porém não eliminaram a necessidade de se ter acesso a um abortamento seguro. Prevê-se que cerca de 33 milhões de usuárias de anticoncepcionais engravidarão usando métodos anticoncepcionais, ou seja, ficarão grávidas acidentalmente. Algumas dessas gravidezes acidentais são finalizadas mediante abortos induzidos e as restantes gerarão bebês não planejados (OMS, 2013).

Nos países onde o abortamento induzido legal está sumamente restrito ou não está disponível, na maioria das vezes, o abortamento seguro se torna um privilégio dos ricos, possibilitando que as mulheres de baixa renda sejam mais suscetíveis a procurar métodos inseguros de abortamento, que provocam mortes e morbidades, gerando responsabilidade social e financeira para o sistema de saúde pública (OMS, 2013).

Os procedimentos do abortamento inseguro podem implicar em várias consequências para a saúde da mulher: inserção de substância ou objeto (uma raiz, um galho, um cateter) no útero; dilatação e curetagem realizadas de modo incorreto por um profissional não capacitado; ingestão de preparados caseiros, nocivos à saúde ou aplicação de uma força extrema. Em alguns contextos, os profissionais tradicionais espancam fortemente a socos a parte inferior do abdômen da mulher para interromper a gravidez, o que pode causar a ruptura do útero e a morte da mulher (UGBOMA, 2004).

A gravidez indesejada é considerada um indicador na falha do controle do processo reprodutivo. Por esse motivo, é muito usada por programas de planejamento para avaliar a demanda não satisfeita de anticoncepção. Isso inclui a falta de informação e de acesso a todos os métodos contraceptivos, a falha de métodos e a não disponibilidade na rede pública de saúde de todos os métodos anticoncepcionais (OMS, 2013).

A tabela 2 mostra a taxa estimada de falhas dos diferentes métodos.

Tabela 2 - A quantidade estimada de mulheres que utilizam um método anticoncepcional e a quantidade de mulheres com uma gravidez não desejada durante o primeiro ano de uso do método anticoncepcional, por tipo de método anticoncepcional, dados globais.

Método Anticoncepcional	Taxa estimada de falha do método (uso típico).%	Número de usuárias, em milhares.	Número de mulheres com uma gravidez acidental (uso típico), em milhares.
Esterilização feminina	0,5	232.564	1163
Esterilização Masculina	0,15	32.078	48
Injetáveis	0,3	42.389	127
Dispositivo Intrauterino. DIU	0,8	162.680	1301
Pílulas	5,0	100.816	5041
Preservativo Masculino	14	69.884	9784
Barreira Vaginal	20	2291	458
Abstinência Periódica	25	37078	9452
Coito Interrompido	19	32.078	6095
Total	4,7	712.586	33.469

Fonte: OMS, (2013).

Os cálculos de Trussell (Trussell, 2009), estão baseados em dados dos EUA. As taxas de falhas estimadas no uso típico cobrem o fracasso do método e o fracasso do usuário que utiliza um método anticoncepcional em condições típicas.

3.9 CONTRACEPÇÃO NO ENSINO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

No Brasil e demais países, a gravidez na adolescência é vista como um problema de saúde pública. Devido à ausência de orientação sexual, falta de conhecimento do próprio corpo e as condições precárias de vida, contribuem para que essas adolescentes não busquem informações adequadas quanto aos métodos contraceptivos, elevando assim o número de adolescentes grávidas (SILVA *et al.*, 2010).

O mesmo autor coloca outro fato relevante que é o afastamento dessas mães da escola, durante a gravidez, ou após o parto, pois muitas têm a necessidade de trabalhar para sustentar o filho e, às vezes, por preconceito, levando à diminuição da escolaridade e de instrução das adolescentes.

As famílias, de modo geral, se preocupam com as meninas, devido à possibilidade de ocorrer gravidez na fase da adolescência e, na maioria das vezes, interrompendo os estudos. Sendo assim, não conseguem romper o ciclo de pobreza e entrar para o mercado de trabalho, ficando clara a necessidade de se levar informações sobre o uso de métodos contraceptivos para essas mulheres, o que ajudará a melhorar seus níveis de saúde, nutrição e redução das taxas de fertilidade (ONU, 2013).

Segundo Yazalle (2006), quando uma adolescente engravida, em muitos casos, não aceita o fato, retardando o acompanhamento médico, o que pode gerar complicações como prematuridade, aborto espontâneo, ruptura dos tecidos da vagina durante o parto, aumento do número de cesáreas e outros.

Nessa perspectiva, a informação sexual deve ser trabalhada nas escolas, abordando-se não só os métodos contraceptivos como também doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, conforme apontam os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1988).

É relevante integrar a Orientação Sexual nas escolas, através da transversalidade, por se tratar de um tema que se encontra contemplado em diversas áreas do conhecimento, penetrando toda a prática educativa. Nessa perspectiva, a informação sexual deve ser trabalhada nas escolas, abordando não só os métodos contraceptivos como também doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, conforme apontam os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1988).

Os diversos temas que podem ser abordados como transversais, devem ser individualizados e adaptados para cada região, cidade, bairro ou mesmo escolas. As características de cada comunidade exigem abordagens diferentes. Os Temas

Transversais podem ser adaptados, como por exemplo, o uso de drogas em determinada região, pode requerer tratamento intenso e específico. E em outras, as taxas de gestação em adolescentes requerem mais atenção, sendo assim cada contexto social, político e econômico gera um assunto que deve ser incluído como tema básico (BRASIL, 1997).

Na Inglaterra, o Ministério da Saúde, traçou uma estratégia para reduzir as taxas de gravidez na adolescência, através de uma política de saúde que envolvia a agência de saúde e educação. Apesar do sucesso deste projeto ela ainda possui o mais alto índice de gravidez entre as adolescentes da Europa. O Instituto Nacional de Saúde deste país incentiva o uso de Métodos Reversíveis de Longa Duração como o DIU. Entendem que se trata de um desafio que deve ser abordado no início da idade adulta quando as mulheres são mais sensíveis em sua formação e educação. Contudo, desejam que o impacto desta estratégia seja garantido para além da adolescência (RICHARD, 2016).

De acordo com Pirotta *et al.* (2013), a orientação sexual é um campo de saberes e de práticas essencial para a construção de uma sociedade mais justa e equilibrada, onde a saúde sexual e reprodutiva possa ser desfrutada desde a infância e nas diversas fases da vida. Prevalece o tratamento dessas questões sob uma ótica repressora, focada na ideia de risco e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez.

Nesse sentido, as escolas oferecem respostas prontas, indicando que os professores não se sentem respaldados para utilizar uma metodologia construtivista. A visão dos alunos reproduz essa lógica, levando-os a adotar posturas pouco responsáveis para sua vida e saúde. É um desafio para a escola e para a sociedade modificar a abordagem da orientação sexual nas escolas por meio de uma eficaz política pública (PIROTTA *et al.*, 2013).

3.10 WORKSHOP COMO FERRAMENTA PARA O ENSINO DA CONTRACEPÇÃO

No processo educativo, determinadas práticas educativas, muitas vezes, perdem a vitalidade, onde os educadores tendem a repetir práticas de ensino-aprendizagem tradicionais, sem a participação ou a criatividade. Todavia, existem instrumentos pedagógicos que contribuem para dinamizar o processo de ensino aprendizagem que estimulam a criatividade e participação dos alunos (DEMO, 2008).

Segundo Demo (2008):

Existe uma pressão elevada nas Instituições de Ensino privadas em manter os alunos como receptáculos passivos das aulas. Eles vão assistir às aulas, anotar dados e regurgitar nas provas porque o professor é pago para dar aula e o aluno deseja a aula e posterior aprovação nas disciplinas. (DEMO, 2008, p.12).

O mesmo autor afirma ainda que é necessário aprender que aula não implica necessariamente em aprendizagem, trata-se de didática auxiliar para informação e motivação. Com certeza, aluno que perde aula, não perde nada, uma vez que aula não significa obrigatoriamente aprendizagem.

Nesse contexto, um dos instrumentos pedagógicos que contribuem para que ocorra a transformação, o diálogo entre aluno e professor, professor e aluno, são as oficinas pedagógicas. Esse instrumento favorece a articulação entre diferentes níveis do ensino e tipos de saberes por se tratar de uma ação pedagógica em que professor e aluno se voltam para uma prática histórica real onde o educador e o educando são sujeitos do processo educativo, nessa perspectiva, ambos crescem juntos (FREIRE, 2006).

A educação em saúde por meio de ferramentas pedagógicas como oficinas didáticas é uma das formas mais apropriadas para o diálogo com os alunos para se tratar de determinados assuntos, como a sexualidade e, conseqüentemente, a contracepção. A atividade deve ser realizada de forma dialógica, utilizando-se de práticas, permitindo a reflexão, troca de saberes entre eles, buscando promover o conhecimento e o autocuidado (SOUZA *et al.*, 2007).

Pode-se afirmar que por meio dessa atividade pedagógica, “WORKSHOP do DIU” foi uma oportunidade de valorizar os saberes dos alunos, dando-lhes espaço para discutirem sobre o tema, cabendo ao professor mostrar-lhes os métodos contraceptivos existentes, de forma diferenciada, bem como os benefícios e a eficácia de cada um.

Sendo assim, ao realizar a atividade com os alunos, por se tratar de uma ferramenta de grande relevância para o ensino, esta troca de informações, sobre anticoncepção com os alunos, trouxe mais conhecimentos sobre o uso de métodos e técnicas, como o DIU, com a finalidade de impedir que a prática de relacionamento sexual resulte em gravidez.

3.10.1 Teoria de Aprendizagem

O processo de ensino e aprendizagem tem como característica uma troca de significados entre professor e aluno, em que o efeito pressupõe a iniciação do aprendiz em determinado conhecimento. Ensinar e aprender são o compartilhamento de significados. Tal ideia desenvolvida se baseia na visão humanista de Novak (1981), em que a experiência de ensinar e aprender pressupõe troca de significados e sentimentos, logo, o desejo de aprender com afetividade.

Aprendizagem significativa é o processo por meio do qual um novo conhecimento se relaciona de maneira não arbitrária, ou seja, o material potencialmente significativo se relaciona com o conhecimento já existente na estrutura cognitiva do aprendiz, evidenciando que a influência da aprendizagem está atrelada aquilo que o aprendiz já conhece (AUSUBEL, NOVAK, HANESIA, 1980).

O relacionamento não é com qualquer aspecto da estrutura cognitiva, e sim com conhecimentos especificamente relevantes, os quais Ausubel (1963) chama subsunçores. Nesse sentido, pode-se afirmar que a aprendizagem significativa é o mecanismo humano por excelência, o qual leva o indivíduo a adquirir e armazenar

ampla quantidade de ideias e informações representadas em qualquer campo de conhecimento.

Na perspectiva ausubeliana, o conhecimento prévio, a estrutura cognitiva do aprendiz é a variável essencial para a aprendizagem significativa. No momento em que o material de aprendizagem é relacionável à estrutura cognitiva de maneira arbitrária e literal, não resultando na aquisição de significados para o sujeito, trata-se de uma aprendizagem denominada mecânica. Sendo assim, a principal diferença entre aprendizagem significativa e aprendizagem mecânica é pautada na estrutura cognitiva (AUSUBEL, 1976).

Pontes Neto (2001) destaca algumas vantagens da aprendizagem significativa sobre a aprendizagem mecânica, tais como: possibilita maior diferenciação e enriquecimento dos conceitos integradores, favorecendo absorção imediata; retenção por mais tempo; facilitação de novas aprendizagens, favorecendo o pensamento criativo, o pensamento crítico, em que, através da aprendizagem, se constrói o conhecimento.

Ausubel (2003) registra que

o conhecimento é significativo por definição. É o produto significativo de um processo psicológico cognitivo (“saber”) que envolve a interação entre ideias “logicamente” (culturalmente) significativas, ideias anteriores (“ancoradas”) relevantes da estrutura cognitiva particular do aprendiz (ou estrutura dos conhecimentos deste) e o “mecanismo” mental do mesmo para aprender de forma significativa ou para adquirir e reter conhecimentos (AUSUBEL, 2003).

Portanto, aprender significativamente é compreender a organização lógica do que se vai aprender, delineando essa aprendizagem significativa que, de acordo com Moreira (2011) é:

- a) *aprendizagem subordinada*: um processo por meio do qual uma nova informação relaciona-se com um aspecto relevante da estrutura cognitiva do indivíduo, admitindo um avanço contínuo e interativo;
- b) *aprendizagem superordenada*: acontece de modo diferente do anterior, quando um novo conceito é somado, partindo-se de conceitos subsunçores já existentes na memória do indivíduo, assim, ocorre a

interação entre conceitos subsunçores, que poderá gerar outro conceito mais abrangente;

- c) *aprendizagem combinatória*: nesse tipo de aprendizagem, não existe relação de subordinação e de superordenação, mas sim com conteúdo mais amplo. Essa aprendizagem é a de proposições e conceitos. É significativa porque apresenta relação com a estrutura cognitiva propriamente dita e não com elementos específicos.

Nessa perspectiva, Novak (1981) aponta que uma teoria de educação não deve se esquecer de que seres humanos pensam, sentem e agem e deve ajudar a explicar como se pode melhorar as formas pelas quais fazem isso. Nesse sentido, um evento educativo é um momento de ação para trocar significados, pensar e trocar sentimentos entre professor e aprendiz, possibilitando a aprendizagem significativa de um novo conhecimento.

Dessa forma, segundo Ponte e Neto (2003), entre as vantagens da aprendizagem significativa sobre aprendizagem mecânica, está o favorecimento de assimilações subsequentes, permitindo o enriquecimento dos conceitos integradores, reduzindo a barreira de novas aprendizagens afins, favorecendo pensamento criativo, crítico, novas aprendizagens, beneficiando a construção do conhecimento.

Na educação médica, o movimento de mudança está relacionado a diversas características, tais como: a globalização, a rapidez na produção e na circulação das informações, as diferentes necessidades de saúde da população, a crescente incorporação de tecnologia à medicina e a necessidade de formação de um profissional crítico e reflexivo, capaz de exercer suas atividades em equipe em diversos cenários da prática (BEHRENS, 2005).

As metodologias ativas, como oficinas pedagógicas, têm se constituído em uma alternativa benéfica ao aprendizado com o foco no discente de medicina e na sua relação com os docentes, de modo que a aprendizagem significativa seja favorecida. Deve-se considerar o conhecimento prévio já acumulado e o novo conhecimento adquirido (AUSUBEL, 1976). O mesmo autor afirma ainda o fator

isolado mais importante que influencia o aprendizado é aquilo que o aprendiz já conhece.

Ensinar e aprender faz parte do caráter pedagógico do docente, com qualidade teórica e científica para organizar e conduzir o seu trabalho. A atividade de ensino e pesquisa, na sua formação continuada, são exigências do século XXI, uma prática que vai ao encontro das “novas demandas” sociais. A universidade deve ser pensada, prioritariamente como um espaço institucional da educação (RIOS, 2012).

Neste contexto, conforme as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), a Educação em Saúde é um desdobramento necessário para articular conhecimentos, habilidades e atitudes, integrando-se à Atenção à Saúde e à Gestão em Saúde. Vale registrar que quando se fala em Educação em Saúde considera-se que o profissional médico estará sempre em processo de formação continuada durante o exercício da profissão e que também atua como educador, já que deve ter essa postura nos atendimentos, sejam eles de promoção, prevenção, recuperação ou de reabilitação da saúde.

Art. 3º O graduando em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre a determinação social do processo de saúde e doença. (DCNs, 2014).

Na Educação em Saúde, o graduando deve ter responsabilidade diante de sua formação profissional, aprendendo a aprender como parte do processo de ensino-aprendizagem para resolver as questões que se apresentam com respostas cientificamente consolidadas.

Deve ter autonomia no seu aprendizado e perceber que a educação continuada ultrapassa as barreiras da sua faculdade. Assim, logo no início de seu curso, no primeiro ano de sua formação, precisa contar com a mediação de seus professores, preceptores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, entende-se que o Workshop do DIU se configura como uma simulação da realidade, onde ele deverá aprender em situações e ambiente protegido e controlado, com possibilidades de avaliar erros e acertos como insumo de aprendizagem profissional e com suporte pedagógico.

Sendo assim, os participantes receberam treinamento para o desenvolvimento de habilidades em inserção do DIU e conteúdo atualizado para incorporar em seu conhecimento, uma vez que, tenham adquirido orientação quanto ao uso de DIU, os alunos ficaram seguros para divulgar, ensinar às mulheres em suas comunidades ao exercerem sua atividade médica.

Ao realizar o Workshop do DIU, observou-se que os alunos participaram da atividade com motivação, com espírito de equipe e criatividade, tendo sido possível desenvolver habilidades de inserção e retirada do DIU individualmente em modelos uterinos de plástico. Foi discutido casos clínicos conhecimentos sobre conteúdos de métodos contraceptivos adquiridos durante a realização do Curso de Medicina, visando promover conhecimentos sobre o uso do DIU, bem como a socialização entre os envolvidos.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

O presente trabalho foi desenvolvido no Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, e o público-alvo foram os discentes do 9º ao 12º período do Curso de Medicina, tendo participado desta atividade 16 alunos tal atividade foi considerada de grande relevância para a aprendizagem e sua formação.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Volta Redonda para aprovação, por meio da carta de anuência (ANEXO A), conforme Parecer do COEPS , sob o número CAAE 52781415.6.0000.5237 (ANEXO B), do TCLE (APÊNDICE A) e da aprovação dos questionários de avaliação (APÊNDICE B) para mensurar os níveis de conhecimento dos alunos e o questionário de opinião (APÊNDICE C).

4.1 UTILIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

Foi aplicado 01 (um) questionário em dois momentos (APÊNDICE B), sendo o primeiro momento prévio e outro após a realização do “Workshop do DIU”, para que se possa fazer uma análise comparativa. O questionário prévio à realização da atividade teve como meta avaliar o nível de conhecimento dos alunos sobre a utilização do DIU como método anticonceptivo, e o outro avaliou o aprendizado com a atividade educativa.

Após a realização da oficina o mesmo questionário será reaplicado, respeitando-se um período de 30 dias da realização do Workshop.

4.2 CONSTRUÇÃO DO WORKSHOP DO DIU

Para a realização da atividade foi necessário:

- a) uma sala para dispor, no máximo, 60 pessoas;
- b) um computador com data show;
- c) dois vídeos sobre inserção do DIU, tipo Mirena e tipo Tcu, e a retirada do mesmo;
- d) trinta DIU's;
- e) trinta amostras de útero de plástico;
- f) cem folhas A4.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi utilizado o teste de McNemar para avaliar o grau de discordância entre o pré e o pós teste para cada questão a que os participantes foram submetidos. Foi utilizado o nível de significância de $< 0,05$ a 1 grau de liberdade.

O teste de McNemar é um teste de hipóteses não paramétrico, ou seja, ele não especifica condições sobre os parâmetros da população da qual a amostra foi obtida. Ele é aplicável em experimentos em que se deseja comparar resultados antes e após determinada intervenção, com cada indivíduo sendo seu próprio controle. Este teste trabalha com 2 hipóteses: H_0 – não houve mudança entre o pré e pós intervenção; H_1 – houve mudança após a intervenção.

4.4 TEMPO DE DURAÇÃO DO WORKSHOP

O tempo previsto para a duração do *Workshop* será de, aproximadamente, 4 horas, conforme Planejamento Pedagógico (Tabela 3).

Tabela 3 – Planejamento Pedagógico do Workshop do DIU

PASSOS	CONTEÚDO	TEMPO
Primeiro momento	Aplicação do pré-teste; Solicitar assinatura do TCLE.	30 minutos
Segundo momento	Apresentação do tema; Abordagem dos diversos tipos de anticoncepcionais; Demonstração dos caminhos a serem percorridos para realização do Workshop, utilizando-se de Datashow e slides.	40 minutos
Terceiro momento	Desmitificando o uso do DIU; Dividir os alunos em grupo, seis em cada grupo; Distribuir os casos clínicos (APÊNCE D) para análise e discussão; Apresentação da análise dos casos clínicos discutidos; Realização do Workshop mediação de conflitos.	60 minutos
Quarto momento	Questionamento e vídeos Exibição dos vídeos sobre inserção do DIU; Resolução de problemas que poderão surgir; < https://www.youtube.com/watch?v=quSG8-ol39o > tempo 3'30" < https://www.youtube.com/watch?v=TAmL4WN3P54 > Tempo: 2'40".	40 minutos
Quinto momento	Como usar o DIU Treinamento em duplas para inserir o DIU em modelos uterinos de plástico.	50 minutos
Sexto momento	Finalização Após realização da oficina: Aplicar o questionário pós teste; Aplicar o questionário de avaliação sobre a oficina; Fazer comentários finais; Encerrar a atividade.	30 minutos

Fonte: Elaborado pelo autor

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em seis momentos tendo sido aplicado um questionário pré e após a realização do workshop do DIU, com a participação de 16 alunos do 11º período do Curso de Medicina.

No primeiro momento, foi solicitada aos alunos a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual não houve recusa em participar da atividade.

Deste momento em diante os alunos foram convidados a responder o questionário contendo 10 questões de múltipla escolha visando arguir aos alunos quanto ao nível de conhecimento sobre o método contraceptivo “DIU”.

Foi utilizado ainda um conjunto de slides demonstrando de forma objetiva a evolução do DIU durante os últimos 100 anos. Desde seu início rudimentar, com anéis de prata, ouro e aço, até o surgimento dos modernos dispositivos de plástico envolvidos em bário para se tornar radiopacos e contendo o cobre ou progesterona.

Os alunos puderam visualizar a eficácia do DIU em relação aos demais métodos anticoncepcionais, por meio dos slides, e ainda comparar custos, vida útil do DIU, como também idealizar e calcular o número de pílulas que uma mulher usaria no período de 10 anos.

Em seguida, os alunos foram divididos em quatro grupos para analisar e discutir os casos clínicos formulados. Com as respostas resolvidas, foram reagrupados e apresentaram os resultados, sendo os conflitos mediados pelo professor.

Foram ainda exibidos dois vídeos sobre inserção e retirada de DIU e resolução de pequenos problemas que podem surgir com as usuárias do DIU. Dando continuidade ao workshop, os alunos tiveram a oportunidade de treinarem a inserção e a retirada do DIU, utilizando-se de modelos uterinos de plástico.

Posteriormente, aplicou-se o pós-teste e o questionário de avaliação sobre o workshop do DIU, momento em que foi feito comentários finais sobre a atividade.

O workshop do DIU, (evento educativo), envolve direta e indiretamente o aprendiz, o professor o conhecimento sobre o dispositivo intrauterino e o contexto social. Ao se aplicar tal ferramenta, essas ações conduzirão ao engrandecimento humano, à integração construtiva entre pensamentos e a aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1978).

Aqui, observamos o “aprender a fazer”, um dos quatro pilares da educação para o século XXI definidos pela UNESCO (aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser) (DELORS, 2000)

Cabe registrar que durante o Workshop, foi trabalhado com os alunos que se deve:

- a) aprender a conhecer: a partir do repertório dos alunos, haverá construção de outros conhecimentos;
- b) aprender a fazer: durante a atividade prática de inserção e retirada do DIU;
- c) aprender a conviver: oportunizada por meio do trabalho em grupo, no qual haverá necessidade de argumentação e consenso;
- d) aprender a ser: na conduta médica, quando o profissional reflete sobre o custo-benefício do DIU, propondo um planejamento familiar que se adéque a realidade econômica da paciente, de forma segura e saudável.

5.1 ANÁLISES DAS QUESTÕES DO PRÉ E PÓS-TESTE

Na primeira questão onde foram analisados os conhecimentos prévios que os alunos já possuíam, era esperada uma resposta positiva que confirmasse seu conhecimento, uma vez que o graduando traz de seu meio social e familiar os primeiros conceitos. Durante sua formação essas informações são novamente oferecidas no ensino médio e fundamentadas no ensino superior.

O resultado obtido foi de 31,25 % de acertos no pré-teste, que se modificou para um aumento de 87,5% de acertos no pós-teste. Que se mostrou significativo quando se utilizou o teste de MacNemar ($p < 0,01$).

Tabela 4 – Percentuais de acertos das questões pré e pós-teste realizados com os 16 alunos participantes da atividade.

Temas abordados nas questões pré e pós-teste	% de acertos	
	Pré-teste	Pós-teste
1- Conhecimentos já adquiridos pelo aluno sobre Planejamento Familiar.	31,25%	87,5%
2 - Apresentação de caso em que a paciente é portadora de hipertensão e diabetes. Qual o método contraceptivo seria indicado?	100%	100%
3 - Questionou-se qual a medida do DIU (haste vertical).	18,75%	93,75 %
4 - Tempo de vida útil do DIU de cobre (TCu-380 A).	87,5%	93,75 %
5 - Qual a fase do ciclo menstrual mais utilizada para se introduzir o DIU?	37,5%	81,25 %
6 - Qual é o mecanismo de ação do DIU?	25%	75%
7 - Como atender a uma paciente múltipara que solicita a retirada do DIU?	43,75%	62,5%
8 - Uma das vantagens do uso do DIU.	100%	100%
9 - Contraindicação ao uso do DIU.	75%	100%
10 - Existe mais de um tipo de DIU?	100%	100%

Fonte: Kleber Domingues de Souza Filho.

Na segunda questão apresentamos um problema clínico para solução, no qual a paciente era portadora de hipertensão arterial e diabetes e necessitava de um método contraceptivo adequado. Todos os alunos indicaram a utilização de um Dispositivo Intrauterino com 100 % de acertos nos testes pré e pós workshop.

Na terceira pergunta foi feito o seguinte questionamento: Qual a medida do DIU (haste vertical). A resposta desta pergunta teve aumento significativo no número de acertos ($p < 0,01$), sendo 18,75% de acertos no pré-teste e um aumento para 93,75% no pós-teste. Neste momento, aprender a conhecer e aprender a fazer, se tornam indissociáveis, pôr em prática seus conhecimentos associados ao contato visual e tátil com o artefato durante o treinamento para inserção e retirada do DIU trouxe um resultado consistente neste teste. Aprender a aprender, aprender a fazer, conviver e ser (DELORS, 2000).

Para a quarta pergunta: Tempo de vida útil do DIU de cobre (Tcu 380 A), as variações de acerto do pré-teste 87,5% e pós-teste 93,75 confirmaram que pelo teste estatístico empregado não ocorreu um aumento significativo ($p > 0,05$). A maioria dos alunos já tinha conhecimento prévio da validade do DIU de cobre porque já no primeiro questionário a grande maioria respondeu corretamente.

Na quinta pergunta tivemos 37,5% de acertos no pré-teste, enquanto no pós-teste 81,25% para o questionamento: Qual a fase do ciclo menstrual mais utilizada para se introduzir o DIU? Novamente o teste de MacNemar demonstrou um aumento significativo ($p < 0,05$). Segundo a FEBRASGO (2015) o DIU pode ser inserido em qualquer momento do ciclo menstrual, uma vez que a gravidez seja excluída. Contudo é prática usual inserir o DIU no período menstrual sendo inclusive uma recomendação da Secretaria de Saúde Municipal de Volta Redonda, pois neste momento descarta-se a gravidez.

Quanto à sexta pergunta onde se questiona qual é o mecanismo de ação do DIU? O resultado da questão em tela, no pré teste foi de 25% de acertos e no pós teste foi de 75%. Observamos um aumento no número de acertos significativo ($p < 0,01$). Encontramos respostas de que o DIU era método de barreira, não é

realidade, uma vez que nessa categoria se encontra o diafragma, os espermicidas e o preservativo feminino e masculino, tais métodos são de fato barreiras mecânicas ou químicas à fecundação. Na realidade o DIU provoca uma reação inflamatória com modificações histológicas e bioquímicas que impedem a espermomigração, fertilização e implantação (BEREK *et al.*, 2008).

A pergunta de número sete tem como objetivo fazer com que o graduando se posicione frente a uma solicitação da cliente que tenha vários filhos e mesmo assim resolve retirar o DIU. Nessa situação você pode enumerar vantagens e desvantagens do método, mas não deve se interpor frente ao pedido realizado. De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a escolha de ter ou não ter filhos, deve ser garantida a todas as mulheres. Fornecer os métodos, promover ações educativas e respeitar seus direitos sexuais e reprodutivos.

Nessa questão, observamos que tivemos 43,75% de acertos no pré teste e 62,5% de acertos no pós teste, o que demonstra um resultado não significativo ($p > 0.05$). Muito embora a percentagem de acertos tenha aumentado, boa parcela dos alunos errou no primeiro instante e conseguiram acertar no segundo momento.

Levando-se em consideração às vantagens e desvantagens do DIU, na oitava pergunta questionou-se sobre uma das vantagens de utilização deste método contraceptivo. Como resposta, todos os alunos encontraram a alternativa correta de que o DIU é altamente eficaz e de longa duração, o que caracteriza de acordo com a teoria de Ausubel (1980), que este saber já existia na estrutura cognitiva do aprendiz, isso já era um conhecimento relevante para eles.

Todas as respostas foram corretas no pré e pós-teste, demonstrando um teste matemático que não foi significativo, ($p > 0,05$).

Para a nona pergunta, novamente utilizamos um problema clínico que os alunos souberam responder em sua grande maioria. Quando a cavidade uterina fica irregular em decorrência de miomas uterinos, existe contraindicação ao uso do DIU (FEBRASGO, 2015).

Nesta questão no pré teste tivemos 75% de acertos e nos pós teste 100%. O teste de Mac Nemar não foi significativo, ($p>0,05$).

A décima questão, buscou evidenciar o conhecimento dos alunos quanto ao tipos de DIU existentes. A resposta foi unânime e todos demonstraram conhecer o DIU de cobre, e o de progesterona. Encontramos 100% de acertos.

5.2 ANÁLISES DAS QUESTÕES DE OPINIÃO

Após realização do Workshop do DIU, foi feita uma pesquisa de opinião sobre a atividade educativa desenvolvida com os acadêmicos participantes.

Nesse questionamento foi perguntado primeiramente se o Workshop do DIU contribuiu para desenvolver suas atividades no planejamento familiar com mais segurança.

Os dezesseis alunos responderam que sim.

Foi solicitado que avaliassem a ferramenta pedagógica utilizada, todos consideraram a atividade como excelente.

Questionou-se também quanto aos conhecimentos recebidos se serão aplicados em suas atividades profissionais em uma comunidade.

A resposta de todos foi sim.

A última pergunta questionou-se se esse modelo de atividade poderia ser utilizada em sua formação.

Todos disseram que sim e foi sugerido que a atividade realizada fosse incluída no currículo da IES.

6 CONCLUSÃO

A partir do Workshop do DIU foi possível concluir que os dezesseis alunos do Curso de Medicina do UniFOA, adquiriram conhecimento sobre o uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) como método contraceptivo.

O Workshop do DIU se tornou um cenário e ambiente de aprendizagem onde se utilizou de metodologia que privilegia a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração de conteúdos. Eles tiveram a prática de inserção e retirada do DIU utilizando-se de manequim.

De fato, neste ambiente, o aluno participa como sujeito da aprendizagem apoiado no professor como facilitador e mediador do processo. Trabalha em ambiente controlado e protegido, em simulação da realidade, como insumo na aprendizagem profissional.

Os alunos que participaram do Workshop do DIU tiveram a oportunidade de agregar conhecimentos específicos aos conhecimentos acumulados durante sua vida acadêmica. Dentro de um ambiente seguro e confortável o qual permitiu a troca de informações e sugestões entre os participantes garantindo-lhes a oportunidade de aprender respeitando as capacidades individuais.

Foi muito relevante desenvolver este projeto porque ele ultrapassou as rotinas individuais, tendo sido possível trabalhar em solidariedade e foi um prazer observar o esforço comum onde todos desenvolveram habilidades técnicas. Vale salientar que o Workshop do DIU nunca estará acabado, na certa ficou mais rico após esta experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGHA S; FAREED. A. KEATING J. **Clinical training alone is not sufficient for reducing barriers to IUD provision among private providers in Pakistan Reprod Health.** 2011. Disponível em: < <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-8-40> >. Acesso em: 25 ago. 2016.

ALDRIGHI. J. M.; PETTA. C. A. **ANTICONCEPÇÃO: Manual de Orientação.** São Paulo: Ponto, 2004, 308p. Disponível em: <abefo.redesindical.com.br/arqs/manuais/073.pdf>. Acesso em: 05 out. 2014.

ALVES, R. **Conversas sobre educação.** Campinas: Verus: 2003.

ALMEIDA, *et al.* **Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas / Percepcion y perspectiva de las mujeres embarazadas sobre el proceso de parto a partir de talleres educativos / Pregnant women's perception and perspective on the labour process in educational workshops.** Disponível em: <pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-600153>. Acesso em: 24 ago. 2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS.ACOG **Intrauterine growth restriction.** 2000.

AMORIM, M. M. R. **Dispositivo Intrauterino.** Ginecologia Clínica-Diagnóstico e Tratamento. 264-272. Santos, L.C. et.al. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda., 2007.

ARAUJO, J.R.; PINTO, M.F. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre as ações de educação em saúde no planejamento familiar. In: **Anais do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal.** Teresina. Brasil. 2009.

AUSUBEL, D. P. **The psychology of meaningful verbal learning.** New York: Grune & Stratton, 1963.

AUSUBEL, D.; NOVAK,J. D.; HANESIAN, H. **Educational Psychology, a Cognitive View.** New York: Holt, Reinhart and Winston, 1978.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional.** Tradução: Eva Nick. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda., 1980.

BARAM, I. *et.al.* **The IUB, a newly invented IUD: a brief report.** Contraception 2014 Feb; 89:139.

BEMFAM. **Relatório de retroalimentação para gestores e profissionais de saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda.** Período de 2011 e 1º semestre de 2012.

BEAUMORD, C.F. MATOS, T.M.G. **Planejamento familiar.** Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG. 247-263SOGIMIG. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

BEREK J. S. *et. al.* **Tratado de ginecologia.**14. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.

BRANDÃO, C.R. **O que é educação.** 48. ed. São Paulo. Brasiliense. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006.** Dispõe sobre as Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília 2009. 300 p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Lei n. 9.263 de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. . **Diário Oficial.** Brasília, 2010. Disponível em: <www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 07 abr. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988:Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação, 2014. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução de N° 3 de 20 de junho de 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, DF. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2006. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2007. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B721527B6-FE7A-40DF-91C4098BE8C704E0%7D/Boletim2007_internet090108.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais/Secretaria de Educação Fundamental. - Brasília: MEC/SEF. 1997

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, DF. 2009. ISBN 85-334-1043-3.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 150 p.: il. ISBN 85-334-0513-8 1.

CACHAPUZ, A. F.; PRAIA, J. F.; JORGE, M. P. **Perspectivas de Ensino das Ciências**. In: Cachapuz, A. (Org.). Formação de Professores/Ciências. Porto: CEEC, 2000.

CANDAU, V. M.; ZENAIDE, M. N. T. **Oficinas Aprendendo e Ensinando Direitos Humanos, João Pessoa**: Programa Nacional de Direitos Humanos; Secretaria da Segurança Pública do estado da Paraíba; Conselho Estadual da Defesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1999.

CDC – US. Department of Health and Human Service. **Effectiveness of Family Planning Methods.** Disponível em: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/PDF/Contraceptive_methods_508.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

COLL, C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica a elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática; 2000.

COLORADO, R. *et al.* **Determinacion de subunidade beta de gonadotrofina coriônica em mujeres portadoras de dispositivo intrauterino/ Determination of the beta subunit of chorionic gonadotrophin in women with contraceptive intrauterine.** *Perinatol. reprod. hum*; 4(1): 23-5. 1990.

CYRINO, E. G.; TORALLES, P. M. L. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde**: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):780-788.

DELORS, Jacques (Coord.). **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC: UNESCO, 2000.

DEMO, P. **Universidade, aprendizagem e avaliação**: horizontes reconstrutivos. 3. ed. Porto Alegre, 2008.

DEUS, E. A. B. *et al.* Oficina educativa com Gestantes: relato de experiência do grupo tutorial PRO/PET Saúde III-Rede Cegonha. VIII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2013.

EBEL, L. *et al.* **Migracion de Dspositivo Intrauterino a Vejiga**: aportacion de cuatro casos / **Intrauterino device migration to the bladder**: four cases report. *Actas Urol Esp*; v. 32, n.5, p. 530-532. 2008.

EGARTER, C. *et al.* **Women's perception and reasons for choosing the Pill, Patch or Ring in the Choice study**: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. *BMC Womens Health*; 13: 9, 2013.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Anticoncepção da FEBRASGO**. Disponível em <www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 08 set. 2015.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Gestação de Alto Risco**. Disponível em: <www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 06 out. 2014.

FERNANDES, J. D. et al.; Diretrizes estratégicas para a implanta o de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Revista Enfermagem**. v. 56, n. 54, p. 392-395. 2003.

FERRARI, A. A. N. Dispositivo intrauterino: seu uso em clínica ginecológica. **Revista AMIRGS**, Rio Grande do Sul, v.22, n.2, p.7-11, abr./jun 1978.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários   prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Educa o e mudança**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários   prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 55. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

Finotti, M. **Manual de anticoncep o**. Marta Finotti. São Paulo: Federa o Brasileira das Associa es de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

GIB, M.C. et al., C. Projeto de Complementa o do ensino médico em cirurgias ambulatoriais. **Revista Brasileira. Educ Med**. p. 25 - 64. 2011.

GIRIBELA, A. H. IN **Anticoncep o, endocrinologia e infertilidade: solu es para as questões da ciclicidade feminina**. Aroldo Fernandes Camargo et al., Belo Horizonte. Coopmed, 2011.

GRIMALDO, A. J.; HERRERA, A. A.; GARCIA, T. A. **Perforation of the large intestine caused by a type 7 medicated copper IUD**. **Ginecol Obstet Mex**. 61: 235-237.1993.

HOFFMAN, et al. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto Alegre; AMGH Editora Ltda., 2014.

HOHMANN, H. L. *et al.* Knowledge and attitudes about intrauterine devices among women's health care providers in El Salvador. **Revista Panam Salud Publica**; v 29. N. 3. P. 198-200. 2011.

HUBACHER, D. *et al.* **Use of copper intrauterine device and the risk of tubal infertility among nulligravid women.** N Engl J Med 2001; 345: 561- 567 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. José Alencar Gomes da Silva. **Câncer do colo do útero.** Disponível em: < [http:// www2.inca.gov.br](http://www2.inca.gov.br) > Acesso em: 26 out. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. José Alencar Gomes da Silva. **Câncer do colo do útero.** Disponível em: < [http:// www2.inca.gov.br](http://www2.inca.gov.br) > Acesso em: 03 ago. 2016.

JOÃO PAULO II. Papa. **Carta Encíclica Humanae Vitae.** De 25 de Jun de 1996. Sobre os métodos anticoncepcionais mais recomendados pela Igreja Católica. Disponível em: <<http://www.vaticano.va>>. Acesso em 30 mar. 2014.

LACERDA, C. C. **Problemas de Aprendizagem no Contexto Escolar: dúvidas ou desafios?** disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1157>>: Acesso em: 25 ago. 2016.

LEMOS, C. N. C.; COSTA, F. V. C.; PEREIRA L. M. R. **Tratamento da obstrução tubária causada por doenças sexualmente transmissíveis.** Anticoncepção, endocrinologia e infertilidade: soluções para as questões de ciclicidade feminina/ Aroldo Fernandes et. al. Belo Horizonte: Coopmed. 2011.

MACHADO, R. B. IN **Anticoncepção, endocrinologia e infertilidade: soluções para as questões da ciclicidade feminina.** Aroldo Fernandes Camargo et. Al Belo Horizonte. Coopmed, 2011.

MARON, C. L. *et al.* **Oficina com adolescentes sobre DSTs e Métodos Contraceptivos:** um relato de experiência. Salão do Conhecimento. Ciência. XIV Jornada de Extensão Saúde.Esporte. Unijui. 2013.

MATEOS, F. *et al.* **Evaluation of beta-human chorionic gonadotropin, estradiol and progesterone in women with intrauterine devices.** Progresos de Obstetricia Y Ginecologia. v. 44. n 02. 2001.

MEDEROS R.; HUMARAN I.; MINERVINI D. **Surgical removal of na intrauterine device perforatingthe sigmoid colon: a case report.** Int. J surg. 6 e 60-2 2008.

MONTEIRO, M. F; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões. In **Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais.** Belo Horizonte: ABEP, 2006.

MOREIRA, M. A. **Teorias de aprendizagem.** São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda. 2011.

MOURA, E. R. F; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 39, n. 5, p 795 – 801. 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Relatório do desenvolvimento humano global.** 2013. Disponível em: <[http:// www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br)>. Acesso em: 26 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais.** 4. ed. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Abortamento seguro:** orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013.

OSIS, M. J. D. *et al.* Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, dez. 2004.

PARRILLA, J. J. *et.al.* Determinacion de la subunidad de la HCG em mujeres portadoras de DIU. **Revista Espanola de Obstetricia y Ginecologia.** v. 38. n. 248. p. 468-70. 1979.

PIROTTA, K. C. M, *et al.* Programas de orientação sexual nas escolas: uma análise das lacunas na implementação de políticas públicas a partir da percepção dos alunos da rede municipal de ensino de São Paulo. **Revista Gestão & Políticas Públicas.** v. 3. n. 1. 2013. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/97893/96686>>. Acesso em 31 de out de 2016.

RIACARD, M. A. England's Teenage Pregnancy strategy has been a success:bow let's work on the rest. **Revista The Lancet**. vol 388. P 1981.2016. Acesso em 30 de Out. de 2016. Disponível em WWW.thelancet.com.

RIOS, T. A. IN **Didática e docência universitária**. Melo, G.F. Naves, M.L.P., Organizadoras – Uberlândia: EDUFU, 2012.

SEABRA, L. O *et al.* **Conhecimento de Métodos Contraceptivos por Universitários da área de saúde**. Disponível em <www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/328/130>. Acesso em 12 de Nov. de 2016.

SILVA, et.al. **Avaliação da influência de métodos contraceptivos sobre os resultados dos esfregaços de Papanicolau**. Acta Sci. Helt Sci. Maringá, v 28,n 1, p. 65-70, 2006.

SILVA, A. F. et al. **Gravidez na adolescência e abandono escolar: conscientização de alunos de ensino fundamental e médio de João Pessoa – PB**. Universidade Federal da Paraíba- XII Encontro de Extensão; João Pessoa, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. **Manual de Ginecologia – Anticoncepção**. Disponível em: <www.sbrh.org.br>. Acesso em: 08 set. 2015.

SOUZA, J. M. M. *et al.* Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28, n.5, p. 271-277. 2006.

SOUZA, M. M. *et al.* Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília. Vol. 60, n.16, p.102-105, jan-fev 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a20v60n1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SPEROFF, L.; DArney , P. D. **Contracepção clínica e cirúrgica**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda., 1996.

TARAS, A. R.; KAUFMAN, J.A. **Laparoscopic retrieval of intrauterine device perforating the sigmoid colon**. JSLS: v. 14. n. 3. p. 453-5 2010.

THIERY, M. **Pioneers of the intrauterine device.**The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.v. 2, n. 1. 1997.

THIERY, M. **Intrauterine Contraception:** from silver ring to intrauterine contraceptive implant. European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology, 90:145-152, 2000.

TREIMAN, K. L.; RINEHART, W. **Population Reports, Series B.** n° 6. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health. Population Information Program. v. .XII – 1995.

VIEIRA, E.; VOLQUIND, L. **Oficinas de ensino: O quê? Por quê? Como?** 4. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

VYGOTSKY, L. **A Formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

WHO. **Family Planning: A Global Handbook for Providers.** 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

YAZLLE, M. E. H. D.; Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia.** vol. 28 n° 8, Rio de Janeiro, Ag. 2006.

WINNER, B. *et. al.* **Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception.** N Engl J MED 366; 21 May 24, 2012.

WHO - **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** Fifth edition, 2015. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf>. Acesso em 03 de set. de 2016.

WHO. **Family Planning a Global Handbook For Providers.** 2011. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2014.

ANEXO A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste solicitar autorização para realizar uma oficina: **Oficina do DIU**, junto aos alunos do 11º período de Medicina, do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, localizado na Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1.325, Três Poços, Volta Redonda, CNPJ número 32.504.995/0001-14, sob minha responsabilidade, para apresentação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa. O Objetivo dessa pesquisa é aplicar uma oficina pedagógica: *Oficina do DIU*. Os alunos serão submetidos a avaliação pré e pós a atividade por meio de um questionário, sobre o Planejamento Familiar e o Dispositivo Intrauterino (DIU). A pesquisa será realizada pelo Mestrando Pesquisador Kleber Domingues de Souza Filho, orientado pelo Professor Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira.

Atenciosamente,

Kleber Domingues de Souza Filho

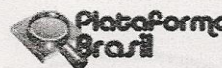
De acordo em 24 / 08 / 2015.

Fátima Tavares
Coordenadora do Curso de Medicina
UniFOA
Mat. 02213

(Nome, Cargo/carimbo)

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA CoEPS DOS ALUNOS.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO

**PARECER DO COLEGIADO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: OFICINA DO DIU: Contraceção esquecível

Pesquisador: Kleber Domingues de Souza Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52781415.6.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.403.877

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho tem como objetivo elaborar e aplicar uma oficina pedagógica, "OFICINA DO DIU", para alunos do 11º período do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, visando contribuir com a construção do conhecimento, levando-os a discutir e refletir sobre métodos anticoncepcionais, de modo especial ao Dispositivo Intrauterino – DIU. Os alunos terão a oportunidade de se aprofundarem no conhecimento quanto à eficácia do DIU, suas vantagens, durabilidade, bem como a relevância de sua divulgação. Será elaborado um questionário de 10 (dez) perguntas sobre Planejamento Familiar e Métodos Anticoncepcionais para avaliar os conhecimentos dos alunos antes da realização da oficina, "pré-teste". Após a realização da oficina, os alunos responderão o mesmo questionário "pós-teste" para que seja feita uma análise comparativa antes e depois da realização da "Oficina do DIU".

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar e aplicar uma oficina pedagógica, "OFICINA DO DIU", para alunos do 11º período do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos quando da aplicação de questionários.

Endereço: Avenida Paulo Ezequiel Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 01 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560

UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400

Fax: (24)3340-8404

E-mail: coeps@foa.org.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto apresentado pela segunda vez e faltavam a carta de coordenação do Curso de Medicina.

Os documentos acima foram apresentados e estão em conformidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatórios:

Termos apresentados corretamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo:

Tipo Documento	Arquivo
Outros	Folha_de_Rosto_Kleber_Dominguesassinada.pdf
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_596656.pdf
Outros	DeclaracaoOrientador.pdf
Outros	Anuencia.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Kleber.pdf
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcl.docx

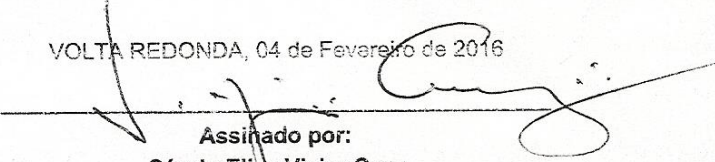


CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer: 1.403.877

VOLTA REDONDA, 04 de Fevereiro de 2016


Assinado por:
Sérgio Elias Vieira Cury
(Coordenador)

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 01 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560
UF: RJ Município: VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 Fax: (24)3340-8404 E-mail: cceps@foa.org.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:
Título do Projeto: Oficina do DIU: Contracepção Inesquecível
Coordenador do Projeto: Kleber Domingues de Souza Filho.
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 98182-4076
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Pró-reitoria de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão – Campus OezioGalotti - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, prédio 3, sala 5, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560.

2- Informações ao participante ou responsável:

(a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como Objetivo: aplicar uma oficina pedagógica para alunos do 11º período do Curso de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, denominada *Oficina do DIU*.

(b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

1. Você irá participar de uma atividade pedagógica, "*Oficina do DIU*" que envolve a agregação de conhecimentos sobre a eficácia de seu uso como método anticonceptivo, para que após aplicação da atividade, sejam capazes de orientar, informar e divulgar o uso desse método na unidades básicas dirimindo mitos e tabus;
2. Você participará de um pré-teste que contém perguntas sobre o uso do DIU, que será respondido, e um pós-teste, que será respondido de forma individual, para que possamos avaliar o grau de satisfação de nosso trabalho.

(c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento da realização da atividade, "*Oficina do DIU*", você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento;

(d) A sua participação como voluntário, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa.;

(e) A sua participação não envolve riscos de nenhuma espécie, por se tratar de uma pesquisa sem o uso de materiais biológicos e outros;

(f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo;

(g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes;

(h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta

(i) pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, _____ de _____ de 2015.

Participante _____.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PRÉ E PÓS-AVALIAÇÃO

I – Marque a alternativa correta:

01 – Como aluno do Curso de Medicina, você já recebeu informação suficiente sobre Planejamento Familiar, um serviço oferecido pela Secretaria de Saúde de Volta Redonda?

- a) sim,
- b) não,
- c) sim, mas não recebi orientação quanto sua eficácia,
- d) não, mas conheço os métodos disponíveis,**
- e) sim, mas não saberia explicar a eficácia de nenhum deles

02 – Você foi procurado no PSF por uma cliente hipertensa e diabética que estava em uso de contracepção hormonal. Que método contraceptivo você indicaria para essa situação e que deveria de grande eficácia, longa duração e reversível?

- a) condom,
- b) injetáveis trimestrais,
- c) DIU,**
- d) vasectomia,
- e) salpingectomia.

03 – O DIU, (Haste vertical) possui a medida de:

- a) 5 cm,
- b) 2 cm,
- c) 3 cm,**
- d) 8 cm,
- e) 4 cm.

04 – Qual o tempo de vida útil de um DIU de cobre (TCu-380 A) uma vez inserido em uma paciente?

- a) 6 meses,
- b) 3 meses,
- c) 1 ano,
- d) 10 anos,**
- e) 2 anos.

05 – Levando-se em consideração que o organismo feminino passa por ciclos relacionados à ovulação refletindo diretamente na produção hormonal, pode-se afirmar que época mais utilizada para colocação do DIU é:

- a) 1ª fase do ciclo menstrual,
- b) período menstrual,**
- c) pós-parto imediato,
- d) 30 a 40 dias após o parto,
- e) 2ª fase do ciclo menstrual.

06 – Identifique abaixo qual é o mecanismo de ação do Dispositivo Intrauterino,DIU:

- a) provoca um pequeno aborto,
- b) um método de barreira,
- c) inibe a ovulação,
- d) provoca uma reação inflamatória hostil ao espermatozoide,**
- e) torna o muco cervical muito espesso.

07 – A remoção do DIU é um procedimento de rotina e não é complicado. Se uma paciente multipara procurar o Serviço de Saúde solicitando sua retirada, como proceder?

- a) esclarecer que o ciclo ficará regular e não retirar,
- b) manter o DIU pois ela já tem muitos filhos,
- c) atender prontamente a solicitação,**
- d) esclarecer vantagens e desvantagens na manutenção do DIU,
- e) ponderar e adiar a retirada para 6 meses.

08 – O DIU é uma peça que é inserida no útero das pacientes por um médico qualificado. Uma das vantagens do uso desse método contraceptivo é:

- a) é de curta duração,
- b) ser de longa duração e altamente eficaz,**
- c) deve ser usado associado a uma camisinha,
- d) interfere nas relações sexuais,
- e) é um método irreversível.

09 –O DIU é considerado um anticoncepcional de grande eficácia podendo ser indicado em várias situações clínicas adversas com exceção de pacientes:

- a) diabéticas,
- b) hipertensas,
- c) adolescentes,
- d) com vários miomas,**
- e) com vários filhos.

10 – Existe mais de um tipo de DIU?

- a) não,
- b) sim.

Se você conhece, quais são?

APÊNDICE C – CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

Paciente R.D.G.A., 33 anos, foi encaminhada, pelo seu neurologista, para o serviço de ginecologia para colocar um DIU. Apresentou um quadro clínico de trombose cerebral (AVC) e se encontra usando anticoagulantes orais. Gesta II Para II, duas cesarianas e utilizava o anel vaginal de estrogênio combinado com progesterona. Antecedentes pessoais de Enxaqueca, Mamoplastia e ooforectomia unilateral por cisto hemático. Nega diabetes familiar, Mãe faleceu de AVC com 47 anos.

Foi prontamente atendida e colocado o DIU Tcu 380 A que usa até hoje. Depois de duas semanas ela levou a sua filha de 15 anos, que já tinha vida sexual ativa, para colocar o DIU também.

Qual a conduta, considerando a idade da filha e sua paridade, você atenderia a mãe?

Resposta: Mulheres com história de Tromboembolismo não devem usar contraceptivos hormonais combinados com estrogênios. O emprego de Dispositivo intrauterino (cobre ou progesterona-Mirena®) podem ser utilizados assim como pílulas que contenham só progestagênios (MACHADO, 2011).

Segundo a OMS (2009) o DIU de cobre é seguro para mulheres que não tenham filhos, solteiras e em qualquer idade, incluindo adolescentes, e indicado para mulheres com mais de 40 anos.

Caso Clínico 2

Paciente, M.C.F. L, 40 anos, Gesta I para I, Parto Normal, apresenta distúrbio de coagulação grave e raro que cursa com deficiência de agregação plaquetária (Tromboastenia de Glanzmann). Tem forte enxaqueca no período pré-menstrual, o que a faz utilizar Topiramato e propranolol. Seu ginecologista utilizou vários contraceptivos combinados sem obter melhoras da enxaqueca e do fluxo menstrual intenso.

Qual a melhor conduta lembrando que ela é casada e tem vida sexual ativa?

Resposta: Segundo Finotti (2015), a presença de enxaqueca com aura em usuárias de pílulas é um risco para acidente vascular cerebral, muito embora, represente um evento raro. Não podemos esquecer dos clássicos fatores de risco: Hipertensão Arterial, Dislipidemias e Diabetes.

O DIU de cobre pode ser usado, porém aumenta a perda sanguínea durante as menstruações. Sendo assim, o DIU de progesterona torna-se a opção ideal frente a este caso clínico.

Caso Clínico 3

Paciente G.A.S.N, 35 anos, Gesta I Para I, Parto Cesariana. Sem antecedentes clínicos. Mãe em tratamento adjuvante para câncer de intestino. Usuária de pílulas combinadas procurou seu ginecologista ao apresentar um nódulo na mama.

O resultado de sua Mamografia foi de categoria 4 e o exame histopatológico confirmou a suspeita clínica de câncer de mama.

Ao iniciar o seu tratamento foi indicado o Uso de DIU Tcu 380 A, contudo, seus familiares fizeram grave barreira à inserção do mesmo alegando que esse método anticonceptivo provoca câncer de colo do útero.

Como argumentar com a família, lembrando-se que esta postura é um mito difundido nas comunidades. Poderíamos também utilizar o DIU de progesterona (Mirena®)?

Resposta: De acordo com a OMS (2009), existe contraindicação para todos os métodos hormonais em casos de câncer de mama, inclusive o DIU de progesterona. Considerando-o critério 4 de elegibilidade, ou seja, contraindicação absoluta.

Já o DIU de cobre é um método seguro e a literatura ainda não demonstrou relação deste artefato com o câncer de colo de útero (INCA, 2016). O DIU de Cobre é categoria 1, portanto pode ser usado sem qualquer restrição em situações semelhantes ao do caso em estudo (OMS, 2015).

Caso Clínico 4

Paciente A.M.O.S., 34a anos. Gesta II Para II, dois Partos Normais. Hipertensa em uso de losartana 100 mg por dia. Sua mãe também é hipertensa, pai saudável. Usuária de DIU de cobre há 5 anos. Procurou atendimento médico em virtude de apresentar os seguintes sinais e sintomas: atraso menstrual de 15 dias, náuseas, poliúria e vômitos.

Exame de sangue solicitado, BHCG, foi positivo. Ao fazer o exame toco ginecológico o médico conseguiu visualizar os fios do DIU. Tempo de amenorreia de seis semanas e três dias.

Qual a conduta a ser adotada e quais os riscos?

Resposta: Apesar da sua alta eficácia, somente seis a oito em cada mil usuárias de DIU engravidam no primeiro ano de uso e 20 em cada mil após dez anos de uso. Atenção especial para verificar se a gravidez é ectópica, isto pode ocorrer de seis a oito em cada 100(OMS, 2011).

A retirada precoce do DIU é a conduta mais apropriada. Caso o DIU permaneça *In Situ*, a gestante deve ser encaminhada para o serviço de Gestação de Alto Risco em virtude de: taxas aumentadas de aborto, parto prematuro e corioamniotite (GIRIBELA, 2011).

Segundo a OMS (2011) não há evidências de aumento das malformações congênitas na ocorrência de gravidez com o DIU intraútero.

Caso Clínico 5

Paciente, M.A.G.S, 26 anos, Gesta II Para II, dois Partos Normais, usuária de DIU de cobre há 3 anos. Antecedentes de apendicectomia e viroses comuns na infância. Pai falecido em decorrência de acidente automobilístico, mãe saudável. Ao colher o preventivo de câncer de colo de útero na sua UBSF, a enfermeira não visualizou os fios de DIU, quando então a encaminhou para atendimento médico especializado na Policlínica da Mulher. A paciente apresentava ciclos menstruais regulares, 04 dias de fluxo menstrual e 28 dias de intervalo entre uma regra e outra, e não sentia nada de anormal.

Como conduzir e cuidar desta cliente?

Resposta: A paciente deve ser primeiramente estimulada a usar outro método contraceptivo (camisinha), enquanto está sendo investigada. Tente gentilmente com uma escova endocervical de preventivos tracionar os fios do canal uterino.

Considere solicitar um exame de BHCG e uma ultrassonografia transvaginal.

Estando o DIU bem posicionado e no prazo de validade nada deve ser feito. Contudo, se o DIU estiver em localização abdominal, sua remoção cirúrgica é indicada (DECHERNEY, 2013).

Caso clínico 6

Paciente, FCS, 36 anos, Gesta II Para II, dois partos cesariana. Portadora de Síndrome Negrótica, hipertensa, em uso de medicamentos. Antecedentes familiares, mãe hipertensa e pai falecido devido a carcinoma hepático. Após 10 anos de uso de um DIU de cobre, procurou serviço médico para retirar e colocar um outro DIU. Nesta ocasião, o médico se prontificou a retirar o dispositivo, porém para recolocar impôs um período de 04 meses de descanso.

Você concorda com essa conduta? Justifique:

Resposta: O DIU vencido pode ser retirado e substituído ao mesmo tempo em qualquer dia do ciclo menstrual (OMS, 2015).

A fertilidade retorna imediatamente após a retirada do DIU, assim, adiar a colocação do mesmo possibilita a ocorrência de gestação indesejada (GIRIBELA, 2011).

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO

Questionário de opinião

01 - A atividade desenvolvida, "*Oficina do DIU*", contribuiu para desenvolver suas atividades no Planejamento Familiar com mais segurança?

- a) sim
- b) não

02 – Avalie se a atividade "*Oficina do DIU*", uma ferramenta pedagógica lhe transmitiu conhecimentos sobre a eficácia do método anticoncepcional DIU.

- a) excelente,
- b) muito bom,
- c) bom.
- d) razoável,
- e) fraco.

03 – Os conhecimentos adquiridos serão úteis quando estiver atuando em uma comunidade?

- a) sim,
- b) não.

04 – Você gostaria que atividade desse modelo fosse realizada durante sua formação?

- a) sim
- b) não.
- c) Sugestões:
