

**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**

CLAUDIA APARECIDA DALAVIA

**MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: ELABORAÇÃO DE
MATERIAL PARADIDÁTICO PARA DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE**

VOLTA REDONDA

2018

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

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: ELABORAÇÃO DE
MATERIAL PARADIDÁTICO PARA DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE

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

Aluna: Cláudia Aparecida Dalavia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Alves de Oliveira

VOLTA REDONDA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

D136m Dalavia, Cláudia Aparecida.

Métodos contraceptivos hormonais: elaboração de material
paradidático para docentes da área da saúde. / Cláudia Aparecida
Dalavia - Volta Redonda: UniFOA, 2018.

130 p. Il.

Orientador(a): Maria de Fátima Alves de Oliveira

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Claudia Aparecida Dalavia

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: ELABORAÇÃO DE MATERIAL PARADIDÁTICO PARA DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE

Orientadora:

Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira

Banca Examinadora

Maria de Fátima Alves de Oliveira

Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira

Denise Celeste Godoy de Andrade Rodrigues

Profa. Dra. Denise Celeste Godoy de Andrade Rodrigues

Rosane Moreira Silva de Meirelles

Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles

Dedico este trabalho à minha família que sempre me apoiou, acreditou e me incentivou. Passar por esta etapa não foi fácil para ninguém. Gostamos de ficar sempre juntinhos uns dos outros e ao nos separarmos nestes momentos foi sacrificante. Hueslei, meu esposo, que aceitou ficar sozinho cuidando da Marcela, do Rafa e do pequenino Rodrigo, valeu à pena todo o esforço! Estamos juntos e eu amo vocês. Obrigada!

Agradeço à Deus por me possibilitar esta oportunidade tão sonhada e por cuidar de toda a minha família nos momentos de minha ausência. Agradeço também à professora Maria de Fátima Alves de Oliveira pelo carinho e paciência para comigo sempre durante as orientações. Que eu não perca o foco de trabalhar me preocupando com o próximo.

“Um feto é um paciente, e a medicina é feita para curar... Toda a discussão técnica, moral ou jurídica é supérflua: é preciso simplesmente escolher entre a medicina que cura e a medicina que mata”.

Jerôme Lejeune

RESUMO

No século XX surgiu a pílula anticoncepcional e até hoje passa por modificações na dosagem de hormônios devido aos efeitos colaterais havendo conseqüentemente mudanças em seu mecanismo de ação. A importância do ensino sobre o tema nos remete à necessidade de informações relacionadas ao efeito no organismo, visando à oportunidade de escolha do usuário para o que mais lhe atenda. O objetivo do estudo foi investigar o discurso dos enfermeiros sobre o Método Contraceptivo Hormonal (MCH) para elaboração de material paradidático de auxílio para docentes em saúde. A pesquisa é descritiva com abordagem qualitativa. O campo de pesquisa foi o curso técnico de enfermagem - Fundação de Apoio à Escola Técnica (FAETEC), Volta Redonda, Rio de Janeiro, com os 8 enfermeiros docentes que lecionam no ensino médio. Foi utilizado uma entrevista semiestruturada para coletar os dados. Os resultados revelaram que há diferenças de opiniões entre os enfermeiros. Numa visão geral sobre o entendimento e embasamento científico destes profissionais em relação ao contraceptivo hormonal, através de tabulação e análise dos dados coletados, foi concebível e legítimo entender que é muito fraco. Em algumas falas identificamos entendimento e embasamento modesto, incorreto e desagregado, visto que, os que possuem a ciência que os MCH são abortivos, não conseguem identificar dentre os contraceptivos aqueles que são Hormonais, sugerindo a necessidade de maior embasamento teórico para o grupo de docentes, pois a população tem o direito e dever de ter acesso às informações corretas. Cabe ao profissional de saúde a incumbência fidedigna de repassar as informações estudadas para que assim a usuária faça sua escolha pelo método contraceptivo que lhe melhor convém. O estudo contribuiu para traçar a elaboração de material paradidático para docentes da área de saúde esclarecendo questões no uso do planejamento familiar, acreditando que sua prática de orientação à população possa se tornar mais fidedigna e eficaz. Utilizou-se como base para desenvolver o material educativo o discurso produzido pelos enfermeiros, que proporcionará uma aproximação e mediação na discussão sobre o tema.

Palavras Chave: método contraceptivo hormonal; aborto; ensino e saúde.

ABSTRAT

In the twentieth century came the contraceptive pill and to this day goes through modifications in the hormone dosage due to the side effects and consequently changes in its mechanism of action. The importance of teaching on the subject reminds us of the need for information related to the effect in the organism, aiming at the opportunity of choosing the user for what suits him the most. The objective of the study was to investigate the nurses' discourse about the Hormonal Contraceptive Method (MCH) for the elaboration of paraidological material of aid for health professors. The research is descriptive with a qualitative approach. The research field was the technical nursing course - Technical Support Foundation (FAETEC), Volta Redonda, Rio de Janeiro, with 8 teaching nurses who teach in high school. A semi-structured interview was used to collect the data. The results revealed that there are differences of opinion among nurses. In an overview about the understanding and scientific basis of these professionals in relation to hormonal contraceptive, through tabulation and analysis of the data collected, it was conceivable and legitimate to understand that it is very weak. In some lines, we have identified modest, incorrect and disaggregated understanding and background, since those who have the knowledge that HCM are abortive can not identify those that are Hormonal from contraceptives, suggesting the need for a more theoretical basis for the group of teachers , since the population has the right and duty to have access to the correct information. It is the responsibility of the health care professional to reliably review the information studied so that the user can make her choice according to the contraceptive method that suits her best. The study contributed to the development of educational material for health teachers clarifying issues in the use of family planning, believing that their practice of orientation to the population can become more reliable and effective. The discourse produced by the nurses was used as a basis for developing the educational material, which will provide an approximation and mediation in the discussion about the theme.

Keywords: Hormonal contraceptive method; abortion; Education and health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Capa da cartilha.....	97
Figura 2 – Capa do manual	98
Figura 3 – Demonstração dos dois Produtos.....	99

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Justificativa.....	13
1.2 Questões Norteadoras	14
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos	15
CAPÍTULO 2 - O ABORTO E OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	
HORMONAIS.....	16
2.1 Início da Vida Humana	16
2.1.1 Teoria Concepcionista.....	16
2.1.2 Teoria Genético-Desenvolvimentista.....	19
2.1.2.1 <i>Teoria da Nidação.....</i>	<i>19</i>
2.1.2.2 <i>Teoria da Potencialidade da Pessoa Humana.....</i>	<i>22</i>
2.1.2.3 <i>Teoria da Gastrulação.....</i>	<i>22</i>
2.1.2.4 <i>Teoria das Primeiras Atividades Cerebrais.....</i>	<i>23</i>
2.1.2.5 <i>Teoria Natalista.....</i>	<i>24</i>
2.2 Gestação.....	26
2.3 Aborto.....	26
2.3.1 Tipos de Aborto	27
2.3.1.1 <i>Aborto Espontâneo ou Natural.....</i>	<i>27</i>
2.3.1.2 <i>Aborto Acidental.....</i>	<i>28</i>
2.3.1.3 <i>Aborto Provocado.....</i>	<i>28</i>
2.4 Algumas Situações em que as Mulheres Realizam Aborto	30
2.5 Entendendo a relação dos MCH e o Aborto.....	36
2.6 Métodos Contraceptivos.....	37
2.6.1 Métodos Contraceptivos Não Hormonais	39
2.6.1.1 <i>Métodos Comportamentais.....</i>	<i>39</i>
2.6.1.2 <i>Métodos Definitivos ou de Esterilização.....</i>	<i>40</i>
2.6.1.3 <i>Métodos de Barreira.....</i>	<i>41</i>
2.7 Métodos Contraceptivos Hormonais	42
2.7.1 Pílula Anticoncepcional.....	43

2.7.2 Implante Subdérmico.....	45
2.7.3 Adesivo Transdérmico.....	45
2.7.4 DIU.....	45
2.7.4.1 <i>Early Pregnancy Factor (EPF)</i>	48
2.7.4.1.1 <u>EPF no Contraceptivo de Emergência</u>	49
2.7.4.1.2 <u>Discussão sobre CE</u>	54
2.7.4.1.3 <u>Conclusão dos estudos sobre o CE-LNG</u>	56
CAPÍTULO - 3 O ENSINO EM ENFERMAGEM E OS MÉTODOS CONTRA- CEPTIVOS HORMONAIS.....	58
3.1 Aspectos Históricos do Ensino em Enfermagem no Brasil.....	58
3.2 Competências do Enfermeiro.....	61
3.3 Enfermagem e Saúde.....	63
3.4 A Enfermagem na Saúde da Mulher.....	66
3.5 Educação em Saúde e a Enfermagem.....	69
3.6 Estratégia de Ensino na Enfermagem.....	71
3.7 Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas.....	75
3.8 A Prática Educativa na Enfermagem.....	77
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	83
4.1 Pesquisa de Campo.....	84
4.2 Análise dos Resultados.....	85
4.3 Desenvolvimento dos Produtos.....	86
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	87
5.1 Apresentação dos Produtos.....	96
5.2 Resultados da Pesquisa de Campo.....	101
5.3 Avaliação dos Produtos.....	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
6.1 Contribuição na área de ensino.....	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	126
APÊNDICE 2 – Questionário para levantamento dos dados.....	127
APÊNDICE 3 – Questionário para avaliação do produto.....	128
APÊNDICE 4 – Termo de Permissão para a Entrevista.....	129
ANEXO 1 – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa.....	130

APRESENTAÇÃO

Sempre atuei na área materno-infantil, seja nos hospitais ou em salas de aulas nas disciplinas de saúde da mulher e da criança. Sendo docente da Fundação de Apoio à Escola Técnica – FAETEC, onde leciono no curso técnico em enfermagem há mais de 14 anos, observo uma carência de materiais didáticos referentes ao mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais e se possui relação com o aborto. Surgem grandes questionamentos em sala de aula na disciplina Saúde da Mulher quando ministrado o conteúdo Planejamento Familiar e os métodos contraceptivos. Percebo também dúvidas de certas mulheres em outros lugares quando partilham a respeito do assunto abordado, seja na Unidade Básica de Saúde, no hospital ou em uma conversa simples e repentina.

Sendo assim, surgiu a ideia de elaborar atividades de ensino para o enfermeiro docente sobre mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais, pois percebo muito interesse das pessoas em relação a temática e também acanhamento dos profissionais de enfermagem em abordar o assunto tão participativo do cotidiano, mas que acaba gerando muitas dúvidas. A educação contribui na reprodução e mudança da estrutura social, principalmente pela sua função no processo ensino aprendizagem do ser humano. A escola é um meio muito fértil para a elaboração de novas formas de saber e para a conscientização dos alunos sobre o seu papel na sociedade.

Diante da possível contribuição do enfermeiro em ambientes educacionais, propõe-se o ensino de mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais para enfermeiros e técnicos de enfermagem em formação. A cartilha “Atividades de Ensino sobre Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais” e o manual “Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais” desenvolvido como apoio para uso da cartilha foram elaborados por uma enfermeira, tendo como orientadora uma doutora bióloga e são produtos finais da dissertação de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário Fundação Oswaldo Aranha – UniFOA.

1 INTRODUÇÃO

Para lecionar a disciplina de saúde da mulher o conteúdo de planejamento familiar e especificamente o método contraceptivo hormonal e o aborto, o enfermeiro necessita saber quais são os métodos e adquirir competências relacionadas ao mecanismo de ação.

A competência de um profissional não está baseada apenas no vasto conhecimento que ele possui (PERRENOUD, 2001), mas na sua capacidade de realizar uma atividade com resultados desejáveis. Profissionais competentes são pessoas que têm apreendido em um grupo adequado de habilidades e conhecimentos para fazer seu trabalho satisfatoriamente. O exercício da prática profissional exige dos profissionais de saúde o domínio de um grande número de competências para oferecer serviços de qualidade.

Ao abordar planejamento familiar, a percepção sobre “gerar filhos” e o mandamento bíblico “crescei e multiplicai” permanece, consciente ou inconscientemente, na cultura ocidental como mandato divino. Certamente, a valorização da reprodução constitui um elemento cultural anterior à própria tradição bíblica e presente em várias outras sociedades, porquanto em muitos povos “casar e ter filhos” significa uma honra, *sendo uma vergonha morrer sem posteridade* (LÉVIS-STRAUSS, 2012).

No passado, se uma família não tivesse filhos, buscavam-se modos de resolver o problema. Na Roma antiga adotava-se, com a finalidade de controle patrimonial, ou buscavam-se “mães substitutas”, quando uma esposa estéril concedia a seu marido ter filho com outra mulher para depois criá-lo como se dela fosse (MCLAREN, 1993), prática utilizada em muitos povos.

Se “ter filhos” é usualmente visto como adequado não significa que as pessoas de hoje, ou de antigamente, concordassem que ter muitos filhos é desejável. A obra de Angus McLaren (1993) retrata exatamente a história dos povos, desde a Antiguidade até os nossos dias, no esforço de poder controlar o número de filhos. Algo que só se conseguiu de modo mais eficaz, no século XX, a partir do conhecimento

mais preciso do processo reprodutivo humano e ciclo menstrual, com os estudos dos médicos Knauss e Ogino em 1929, introduzindo o uso da chamada tabela de Ogino-Knauss a famosa “tabelinha” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Posteriormente, com os doutores Chang e Rock na Fundação Worcester, Pincus descobriu os estrógenos e progestágenos, derivados da progesterona que inibiam a ovulação, sendo assim, foi descoberta a pílula anticoncepcional. Os primeiros ensaios, realizados em Porto Rico e Haiti, demonstraram sua eficácia. Uma larga série de modificações ocorreu desde então com sucessivos aperfeiçoamentos e correções dos efeitos secundários. Dessa forma, o século XX havia reencontrado sua pílula reguladora da maternidade como uma de suas mais transcendentais invenções (RIBEIRO, 2011).

A primeira pílula foi produzida e lançada nos Estados Unidos em 1960; em 1962, ela surge no Brasil sendo utilizada, por 23% das mulheres em idade reprodutiva (LIPOVETSKY, 2000). Entretanto, as doses hormonais elevadas causavam efeitos colaterais indesejáveis nas mulheres.

1.1 **Justificativa**

Até meados da década de 60 o conceito de concepção - início da vida a partir da fecundação do óvulo pelo espermatozoide - foi mantido. Se um método artificial através de hormônio prevenisse a gestação este era considerado método contraceptivo, se este mesmo método tivesse em uma de suas ações interferir no organismo após a concepção este método era considerado abortivo. Entretanto, os defensores do aborto perceberam a necessidade de unirem a ação contraceptiva e a ação abortiva dos métodos contraceptivos hormonais, dizendo ser tudo ação contraceptiva (CLOWES, 1997, p. 65).

Em 1965, Conselho Americano de Ginecologia e Obstetrícia, disse: “A concepção é a implantação de um óvulo fertilizado” e esse é o motivo pelo qual o DIU e drogas são considerados “anticoncepcionais”, ou seja, mudou o significado da palavra concepção para implantação. Não foi feito estudo técnico científico, só distorceram as palavras, manipulando as falas e enganando (CLOWES, 1997), ou

seja, continuam tendo ação abortiva e isso não vai mudar, o que mudou é que não se fala mais que são abortivos e as pessoas acreditam.

A motivação que leva a pesquisa é pelo fato de não haverem escritos voltados à elaboração de material paradidático para docentes da área da saúde sobre mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais, afetando no processo de orientação dos profissionais às mulheres ao optarem ou decidirem por qual método contraceptivo será mais adequado para si. Algumas vezes encontramos mulheres/pacientes que tiveram decisões tomadas, embora apresentem muitas dúvidas a respeito devido à falta de um direcionamento facilitador ao seu entendimento. Enquanto eu profissional da área de saúde, percebendo a carência de estudos sobre o tema para nossa área, desenvolvi o trabalho.

1.2 Questões Norteadoras

A - Qual o entendimento e embasamento científico dos enfermeiros a respeito da ação dos métodos contraceptivos hormonais e o aborto?

B - Que ações de ensino poderiam ser discutidas para a abordagem do tema?

C - Como obter opiniões a respeito das ações de ensino elaboradas?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Discutir como o ensino em saúde da mulher sobre as ações dos métodos contraceptivos hormonais tem sido trabalhado e as competências do enfermeiro para a mediação sobre o tema.

1.3.2 Específicos

- Investigar o discurso de enfermeiros docentes a respeito dos métodos contraceptivos hormonais e o aborto;
- Elaborar um produto educativo visando à mediação do tema entre enfermeiros em formação;
- Avaliar o produto com o público alvo.

2 O ABORTO E OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

2.1 Início da Vida Humana

O direito à vida teve origem nos direitos de primeira dimensão, que são ligados à liberdade. Esse direito é essencial ao ser humano, onde condiciona todos os demais direitos da personalidade. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, caput, assegura que:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

A norma Constitucional, portanto assegura a inviolabilidade do direito à vida, ou seja, a integridade existencial, conseqüentemente a vida é um bem jurídico tutelado como direito fundamental básico desde a concepção (DINIZ, ALMEIDA, 2009. p. 20). Existem algumas teorias para explicar o início da vida.

2.1.1 Teoria Concepcionista ou da Fecundação ou da Formação do Genótipo

Callahan (1970) define como humano todo ser que tem um código genético. Desde que o genótipo esteja presente no momento da fertilização, isso significa que o indivíduo que está se desenvolvendo é humano a partir da concepção.

A jurista Stella Maris Martínez, que utiliza em sua obra a denominação “Teoria da Fecundação ou da Formação do Genótipo”, traz como fundamento biológico para a adoção dessa teoria:

Argumentam que os últimos descobrimentos da biologia não fazem mais do que avaliar seu posicionamento ao demonstrar que, uma vez penetrado o óvulo pelo espermatozoide, surge uma nova vida, distinta da de seus progenitores, titular de um patrimônio genético único, inédito e até agora irrepetível, e que, a partir deste princípio, se inicia um processo uniforme, autogovernado pelo próprio embrião, que não reconhece, em sua evolução, posteriores saltos qualitativos com suficiente qualificação para postergar, até um ulterior momento, a certeza de que tal formação vital possui qualidade de ser humano. Este pensamento recebe o nome de teoria da fecundação ou da formação do genótipo (MARTINEZ, 1994. p. 77).

Para a teoria concepcionista, a vida surge no exato instante em que o espermatozoide se une ao óvulo, o que ocorre no momento da concepção. Nesse sentido, Maria Helena Diniz defende que:

[...] a vida humana começa com a concepção. Desde esse instante tem-se um autêntico ser humano e, seja qual for o grau de evolução vital em que se encontre, precisa, antes do nascimento, do útero e do respeito a sua vida. O feto é um ser com individualidade própria; diferencia-se, desde a concepção, tanto de sua mãe como de seu pai e de qualquer pessoa e, independentemente do que a lei estabeleça, é um ser humano (DINIZ, 2002 p.27).

O médico Dornival da Silva Brandão ensina que por ser gerado por um casal humano e devido à sua constituição genética, o embrião é verdadeiramente um ser humano no início de sua vida (FERREIRA, 2005).

De acordo com Houillon (1972), Brandão (1999), Junqueira e Carneiro (2008), Moore e Persaud (2008), a fecundação é a união dos cromossomos do gameta masculino, o espermatozoide, com o gameta feminino, o ovócito, formando o zigoto, que dará origem ao novo indivíduo. A fecundação ocorre na ampola da tuba uterina, na porção maior e mais dilatada. A tuba uterina é uma estrutura que forma, junto com o útero, os ovários e a vagina, o órgão reprodutor feminino.

A gravidez acontece quando o espermatozoide se funde com o óvulo para dar origem ao ovo, representando o início de um novo ser (REZENDE FILHO, 2008). Além disso, há outros fatores envolvidos na dinâmica da fertilização. Define-se como fertilização o momento em que os DNA, ou seja, a carga genética, dos gametas feminino e masculino se fundem, formando uma célula diploide (2n), com 46 cromossomos (COTA, XAVIER, LAMAITA, 2007).

Após a fusão dos gametas, surge o zigoto, com DNA próprio, sendo possuidor e executor do seu programa genético e autoimpulsionador do seu próprio desenvolvimento. Possui as características de um ser humano adulto, como sexo, grupo sanguíneo, olhos, cor da pele etc., até mesmo eventuais alterações genéticas de manifestação futura determinadas (VASCONCELLOS, 2006).

Portanto, além do fundamento de que o zigoto possui patrimônio genético próprio da espécie humana, outro argumento corrente entre os que defendem ser a fecundação o marco inicial da pessoa, é a potencialidade, ou seja, o fato do óvulo fecundado trazer consigo a “capacidade de realizar seu destino humano” (PAPALIA, WENDKOS, FELDMAN, 2009 p.65), que se desenvolverá em fases sucessivas. Segundo este entendimento, “não é a forma semelhante à de um adulto, ou o fato de já haver ocorrido ou não a instalação de órgãos e funções, que deve prevalecer na decisão de humanidade de um indivíduo, mas sim a constatação de sua capacidade de produzir-se a si mesmo” (DINIZ, 1996 p.122).

De acordo com Lílian Piñero-Eça (2007), pesquisadora em biologia molecular da Universidade de Bauru e presidente do Instituto de Pesquisa com células-tronco (IPCTRON) que estuda sinais de células de embriões no útero:

“O início da vida se dá na fecundação, porque cerca de 2 a 3 horas depois, o embrião já se comunica com a mãe. Esta comunicação entre o embrião e a mãe é a prova de que existe vida desde o primeiro momento” (MONTENEGRO, 2007 p.6).

A corroborar esta linha de pensamento, é de fundamental importância trazer à baila a redação do Pacto de São José da Costa Rica, referendado pelo Congresso Nacional pelo Dec. 678 de novembro de 1992. Em seu art. 4.º, I, está expresso:

“Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”.

Sendo assim, não só a ciência afirma que a vida começa na concepção, mas que também o nosso ordenamento jurídico a reconhece a partir do mesmo momento. Como pode a lei ressaltar os direitos do nascituro desde a concepção, como prevê o art. 2º do atual Código Civil, e permitir que, através o uso de métodos contraceptivos hormonais, todos esses direitos sejam violados, inclusive o direito à vida? (COSTA, GIOLO, 2015).

2.1.2 Teoria Genético-Desenvolvimentista

Todas as teorias trazem a ideia de que o nascituro é possuidor de vida já no ventre materno, apesar de cada uma destacar estágios diferenciados para início da vida intra-uterina. Essas teorias são denominadas genético-desenvolvimentistas (ROCHA, 2008), sendo assim, estas relacionam o início da vida às diferentes etapas do desenvolvimento embrionário, adquirindo status jurídico à medida que o seu desenvolvimento transcorre no tempo observando alguns fatores capazes de individualizar a existência humana.

Essa teoria evoluiu e ramificou em diversas outras teorias, tais como: a Teoria da Nidação, a Teoria da Gastrulação, a Teoria da Formação Rudimentar do Sistema Nervoso Central, dentre outras, contudo com menos repercussão no mundo acadêmico.

2.1.2.1 Teoria da Nidação

Para essa teoria, a vida se inicia a partir do implante do embrião no útero materno, permitindo o início da gravidez, ou seja, é pela implantação que o ovo no útero adquire viabilidade, e determina o estado gravídico da mulher, pois é a partir de então que os hormônios femininos começam a se alterar (SOUZA, 2008).

Argumentam que a nidação ocorre por volta do 6º dia, momento em que ocorrem as trocas materno-fetais, e termina entre o 7º e o 12º dia da fecundação. Assim, de acordo com essa teoria, enquanto esse estágio evolutivo não for atingido, existe tão somente um aglomerado de células¹, que constituiriam as bases do embrião

¹. A princípio, o termo “aglomerado de células” parece sugerir que o embrião não tem vida própria, não tem controle próprio e autonomia, não tem viabilidade, agindo como um “parasita” que não sobreviveria fora do útero. Um estudo feito por Shahbazi et al. (2016), que foi publicado em uma das revistas científicas mais renomadas do mundo (grupo Nature), demonstrou que esse argumento é totalmente errôneo. Neste estudo, os pesquisadores utilizaram um aparato experimental que permitiu avaliar o desenvolvimento de embriões humanos, incluindo a transição da fase pré para a fase pós-implantação, sem utilizar qualquer tecido materno. Para entender os processos que ocorrem antes e após a implantação do embrião no útero materno, os pesquisadores colocaram os embriões humanos em incubadoras contendo apenas nutrientes necessários para o seu desenvolvimento. Com uma série de experimentos, eles demonstraram que o embrião possui uma capacidade de organização autônoma, independente da presença do útero materno, que nunca tinha sido demonstrada antes pela ciência. Estas células se organizam e se desenvolvem de forma autônoma, mesmo não estando no útero e mesmo não passando pelo processo de implantação.

(VASCONCELOS, 2006). Só com a implantação que as células podem ser consideradas capazes de gerar um indivíduo distinto.

Completa Scarparo (1991, p. 42):

Não seria viável falar de vida humana enquanto o blastócito ainda não conseguiu a nidação, o que se daria somente no sétimo dia, quando passa a ser alimentado pela mãe.

Essa teoria é defendida por ginecologistas que utilizam o argumento de que o embrião fecundado em laboratório morre se não for implantado no útero de uma mulher, não possuindo, portanto, relevância jurídica. Como o início da vida ocorre com a implantação e nidação do ovo no útero materno, não há nenhuma vida humana em um embrião fertilizado em laboratório, portanto não precisa de proteção como pessoa humana (SOUZA, 2008).

A tese defendida por essa concepção, de que a vida se inicia a partir do implante do embrião no útero materno, não corresponde à realidade, uma vez que o poder do ovo é tanto, que o mesmo pode evoluir nas trompas, no peritônio ou onde possa desenvolver-se. Já dizia Rezende (2008) que:

A gravidez ectópica tubária acontece quando o ovo se implanta fora do útero, principalmente nas tubas uterinas. Com relação à incidência da gestação ectópica, é de 1,5 a 2,0% das gestações, sendo mais comum nas mulheres que já conceberam previamente este tipo de gravidez. Assim, o ovo pode estar localizado em qualquer posição das trompas, dando origem a gestação tubária ampolar, ístmica e intersticial, podendo ser implantado com maior frequência na extremidade fimbrial (REZENDE FILHO, 2008 p. 607).

Não é difícil encontrar histórias de gravidezes geradas fora do útero, das quais os obstetras só perceberam no momento do parto (REZENDE, 2013; FIGUEIREDO, 2016), pois quando estas gravidezes ectópicas (nidação do ovo fora do útero) são diagnosticadas no início, sua prática é a cirurgia de retirada do embrião (aborto) com a justificativa de risco de morte para a mãe.

Acontece, no caso de uma gravidez ectópica, que muitas crianças são vítimas da pressa e da falta de princípios dos profissionais da saúde que administram metotrexato (MTX), para provocar sangramento (aborto). Sendo que mais de 65% dos

casos, a gravidez termina em aborto espontâneo ou o embrião morre e é reabsorvido pela trompa. Nenhuma intervenção é necessária (SPAGNOLO, DI PIETRO, 1995).

A solução mais óbvia para a gravidez ectópica seria transportar a criança da trompa para o útero. Essa cirurgia, conhecida como operação Wallace ou conversão tubário-uterina, foi feita com sucesso em 1915 por Wallace (1917). Foram relatados alguns outros poucos casos de sucesso, mas infelizmente a pesquisa nesse campo tem sido praticamente nula.

Jodar (2016) em sua tese sobre “Direito Fundamental à Vida do Embrião: Seleção e Destinação à Pesquisa” estuda algumas teorias e considerando que o ovo ou zigoto pode evoluir em outras cavidades do ser humano, entende que a teoria da nidação não corresponde ao início da vida.

Consequência lógica disso é a afirmação de que até que não esteja completa a fixação, não há gravidez. O resultado da adoção desta teoria traz considerações diferenciadas, com relação à teoria da fecundação, como assim descreve Stella Maris Martínez (1994):

Recordemos que esta temática adquiriu particular relevância no tocante à avaliação de certos métodos de controle da natalidade, já que, adotada esta teoria, todos os sistemas que impedem a fixação do óvulo fecundado (seja por meios mecânicos, ou pela ingestão de hormônios, ou outro tipo de drogas) serão considerados anticoncepcionais, mas não abortivos; ao contrário, para os defensores da tese da fecundação, vedar, por qualquer meio, a fixação do embrião, configura-se uma manobra abortiva (MARTÍNEZ, 1994 p. 84).

Levando em consideração as condutas reiteradas da sociedade, como a utilização de métodos contraceptivos como DIU e a “pílula do dia seguinte”, e não sendo estas consideradas condutas abortivas, o doutrinador Julio Fabbrini Mirabete assevera:

É considerada a primeira posição quando o objeto material do delito é o produto da fecundação (ovo, embrião ou feto). Segundo a doutrina, a vida intrauterina se inicia com a fecundação ou constituição do ovo, ou seja, a concepção. Já se tem apontado, porém, como início da gravidez, a implantação do ovo no útero materno (nidação). Considerando que é permitida a venda do DIU e pílulas anticoncepcionais cujo o efeito é acelerar a passagem do ovo pela trompa, de modo que atinja ele o útero sem condições de implantar-se, ou transformar o endométrio para criar nele

condições adversas para a implantação do ovo, forçoso é concluir-se que se deve aceitar a segunda posição, tendo em vista a lei penal. Caso contrário, dever-se-á incriminar como aborto o resultado da ação de pílulas e dos dispositivos intrauterinos que atuam após a fecundação (MIRABETE, 2007, p.62).

2.1.2.2 Teoria da Potencialidade da Pessoa Humana

Essa teoria classifica o embrião como ser humano desde a concepção, porém não afasta a ideia de o embrião vir a se tornar humano, a corrente aponta ao embrião desde o primeiro momento de sua existência uma autonomia que não é “humana” nem “biológica”, e sim “embrionária”.

Essa teoria advoga que o embrião é uma pessoa em potencial, surgindo como alternativa para a Teoria da Concepção. Transpassado os conceitos das teorias sobre a origem da vida humana, vale frisar que para o melhor entendimento dos aspectos jurídicos o termo pré-embrião (extracorpóreo) e embrião (corpóreo) terão igual valor (SILVA, CAMPOS, 2009).

2.1.2.3 Teoria da Gastrulação

Existe ainda a Teoria da Gastrulação, processo de desenvolvimento embrionário da gástrula até a nêurula, na qual usa as características fisiológicas do embrião para designar um marco inicial da vida como um ser humano.

Segundo essa teoria, será considerado embrião o organismo formado ao final dessa fase, na qual ocorre o desenvolvimento da gástrula que compreende a conversão das células do embrioblasto para a formação do ectoderme, mesoderme e endoderme – que são as três camadas germinais primitivas. Ao se fixarem na parede uterina, estas camadas vão se transformar em condutores de nutrientes da mãe para o feto. É nesta fase que se forma a placa neural, a qual se invaginará, dando origem ao tubo neural e por intermédio deste se desenvolve o sistema nervoso central. Salienta-se que este estágio é concluído somente após o 18º dia de gestação (MARTÍNEZ, 1994).

2.1.2.4 Teoria das Primeiras Atividades Cerebrais, ou Teoria da Formação dos Rudimentos do Sistema Nervoso Central

Contemporaneamente surgiu uma nova teoria, que expressa seus argumentos para dizer que a vida somente passará a existir quando o embrião se tornar sensível, isto é, quando o seu tecido nervoso estiver formado, o que dará ao feto sensações de dor e de prazer. A essa teoria filia-se Peter Singer (1998), que defende que “o fato de o córtex cerebral (responsável pelas sensações) só iniciar seu desenvolvimento a partir da décima oitava semana de gestação, faz com que o feto só sinta dor a partir desse ponto da gestação”.

Assim, o marco do início da vida seria quando se desenvolve a organização básica do sistema nervoso central. A não formação do córtex central, na maior parte das vezes, gera o aborto espontâneo, uma vez que o organismo materno nega o embrião, como se não o reconhecesse, eliminando-o. Este é o principal motivo que leva os fetos anencéfalos a não nascerem no tempo normal (MARTÍNEZ, 1994).

Barroso (2006, p. 27) destaca:

Se a vida humana se extingue, para a legislação vigente, quando o sistema nervoso para de funcionar, o início da vida teria lugar apenas quando este se formasse, ou, pelo menos, começasse a se formar. E isso ocorre por volta do 14º dia após a fecundação, com a formação da chamada placa neural.

Também adepta a essa teoria, a vice-presidente da seccional paulista da Ordem de Advogados do Brasil, Márcia Regina Machado Melaré (2005), relata:

Esse critério para a definição do momento da morte, para fins de doação de órgãos, absolutamente pragmático, deve servir de orientação para a definição do início da vida, em termos legais. Nesse sentido, o embrião humano, ainda sem atividade encefálica, pode ser utilizado para pesquisas em prol de outras vidas humanas. (MELARÉ, 2005 p.1)

Portanto, para esta teoria considera-se que a vida só surgiria após o quarto mês de gestação, pois, conclui que somente depois deste período é que o feto possui consciência, assim devendo ser protegido contra a prática de aborto (CASTRO, 2014).

2.1.2.5 Teoria Natalista

Segundo essa teoria, no Art. 20 do código civil (2002) contempla que a personalidade da pessoa tem início a partir do nascimento com vida. O nascituro seria um ser em potencial, pois para que tenha os direitos que lhe são reservados ainda em sua existência intrauterina é necessário que nasça com vida. O nascituro revela-se um ser com expectativa de direitos.

Nesse contexto, surge a lei de biossegurança e suas repercussões sobre o referido tema, surgindo opiniões sobre a relação constitucionalidade da lei e o exato momento do início da vida. De um lado, têm-se os que apoiaram o Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (2004) que a vida humana começa na concepção, e que a partir daí o embrião já possui o direito constitucional a vida.

Para os defensores desta lei da concepção, o uso desses embriões para pesquisa, significaria um homicídio ou um aborto, incorrendo assim em crime, tirando a vida do embrião. O Dr. Dernival da Silva Brandão (Fonteles, 2005 p.2), especialista em ginecologia e defensor dessa teoria, relata:

O embrião é o ser humano na fase inicial de sua vida. É um ser humano em virtude de sua constituição genética específica e própria e de ser gerado por um casal humano através de gametas humanos – espermatozoide e óvulo. Compreende a fase de desenvolvimento que vai desde a concepção, com a formação do zigoto na união dos gametas, até completar a oitava semana de vida. Desde o primeiro momento de sua existência esse novo se já tem determinado as suas características pessoais fundamentais como sexo, grupo sanguíneo, cor da pele e dos olhos, etc.

Continua a fundamentar o Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos (Fonteles, 2005, p.4), livre docente pela Universidade de São Paulo, Professor de Bioética da UNIFESP: [...] “nessa nova vida se encontram todas as informações, que se chama código genético”, suficientes para que o embrião saiba como fazer para se desenvolver”.

Nesse sentido, vários cientistas da área médica, corroboram para o entendimento de que a vida humana tem início na concepção, levando em consideração fatores científicos, logo para estes, a utilização da célula tronco de

embriões e sua destruição atinge o direito à vida, levando a concluir que a Lei 11.105/05 é inconstitucional. No entanto, em março de 2005, optou-se pela constitucionalidade da lei, permitindo a pesquisa com embriões, pois levou-se em consideração a inviabilidade do desenvolvimento da célula fecundada em laboratório, e a liberdade de pesquisas com esta para tentar salvar outras vidas.

Em maio do mesmo ano, o Procurador Geral da República propôs uma ação direta de inconstitucionalidade (ADI 3.510), justamente contra o artigo que tratava da aprovação das pesquisas com células-tronco embrionárias para fins terapêuticos. Partindo da premissa de que o embrião é um ser humano, pois no seu entendimento, a vida começa na fecundação, o autor da ação alegou que o art. 5º da referida lei afrontava os princípios constitucionais de inviolabilidade do direito à vida e da dignidade da pessoa humana. Para uma melhor visualização do problema, destaca-se que a lei de biossegurança permite a realização de pesquisas com células-tronco embrionárias, exigindo, no entanto, que:

- a) os embriões tenham resultado de tratamentos de fertilização in vitro (art. 5º, caput);
- b) os embriões sejam inviáveis (art. 5º, I) ou que não tenham sido implantados no respectivo procedimento de fertilização, estando congelados há mais de três anos (art. 5º, II);
- c) os genitores dêem seu consentimento (art. 5º, § 1º);
- d) a pesquisa seja aprovada pelo comitê de ética da instituição (art. 5º, § 2º) (BARROSO, 2008).

Barroso (2008) menciona ainda que a lei proíbe a comercialização de embriões, células ou tecidos, a clonagem humana e a engenharia genética em célula germinal humana, zigoto humano e embrião humano. Importante destacar que a lei também proíbe a produção de embriões apenas para pesquisa, só podem ser utilizados os resultantes das fertilizações in vitro, que seriam descartados pelas clínicas de fertilização. Após um longo debate, que envolveu o meio jurídico e científico, a ação direta de inconstitucionalidade nº. 3510 foi julgada improcedente pelo Supremo Tribunal Federal (STF), porém a discussão está longe de chegar a um consenso.

Enfim, de todas as teorias apresentadas, a mais coerente é a teoria da concepção, uma vez que é absolutamente inquestionável que com a penetração do

espermatozoide no óvulo já se pode falar em vida humana. Após a fusão surge o zigoto, com DNA próprio, sendo possuidor e executor do seu programa genético e auto impulsor do seu próprio desenvolvimento (VASCONCELOS,2006) que é o embrião. O que o embrião atravessa são fases de desenvolvimento do ser humano: zigoto, mórula, blástula e feto, sendo que não se pode falar em mórula sem antes ter-se originado o zigoto, assim, sucessivamente. Todas estas fases fazem parte da gestação.

2.2 Gestação

A gestação prolonga-se por nove meses do calendário solar, dez meses do lunar ou aproximadamente 40 semanas de idade gestacional. Divide-se em 3 períodos chamados de trimestres. O primeiro trimestre compreende da 1ª a 12ª semana; o segundo trimestre da 13ª a 24ª e o terceiro trimestre da 25ª a 40ª semana da gestação (LOWDERMILK, PERRY, BOBAK, 2002).

De acordo com idade gestacional no nascimento foi categorizada em seis grupos (prematureo precoce: < 34 semanas; prematureo tardio: 34 a < 37 semanas; termo precoce: 37 a < 39 semanas; termo: 39 a < 41 semanas; termo tardio: 41 a < 42 semanas; e pós-termo: 42 < 45 semanas), tendo em vista o uso destas faixas de idade gestacional na literatura científica para a análise de fatores de risco e resultados perinatais (SPONG et al., 2011; ACOG, 2013).

Sob o ponto de vista médico legal, quando a gestação é interrompida antes da 20ª ou 22ª semana, ou quando o feto pesa até 500 gramas ou ainda, quando o feto mede até 16,5 cm, considera-se aborto (...) Este conceito foi formulado baseado na viabilidade fetal extrauterina e é mundialmente aceito pela literatura médica. O penalista Heleno Cláudio Fragoso (1986) ensina que o aborto consiste na interrupção da gravidez com a morte do feto.

2.3 Aborto

A palavra aborto vem do latim abortus que significa privação do nascimento, a interrupção voluntária da gravidez com a expulsão do feto do interior do corpo

materno, tendo como resultado a destruição do produto da concepção (PIERANDELI, 2005).

Mirabette (2011, p. 57) em sua obra, conceitua o referido assunto:

Aborto é a interrupção da gravidez, com a interrupção do produto da concepção e a morte do ovo (até 3 semanas de gestação), embrião (de 3 semanas a 3 meses) o feto (após 3 meses), não implicando necessariamente sua expulsão. O produto da concepção pode ser dissolvido, reabsorvido, pelo organismo da mulher, ou até mumificado, ou pode a gestante morrer antes da expulsão não deixando de haver, no caso, o aborto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aborto é a interrupção espontânea ou induzida da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção desde a fecundação até 20 a 22 semanas completas de gestação, tendo peso inferior a 500 gramas (WHO, 1977; RESENDE, 1991; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

É considerado espontâneo, quando se inicia independentemente de qualquer procedimento ou mecanismo externo. É considerado provocado, quando resulta da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico (SEDGH, et al., 2007).

2.3.1 Tipos de aborto

2.3.1.1 *Aborto Espontâneo ou Natural*

Para Nucci (2010) aborto espontâneo, involuntário ou casual, é a interrupção da gravidez oriunda de causas patológicas, que ocorrem de maneira espontânea. Assim também nos ensina Diniz (2008, p.30):

[...] aborto espontâneo ou natural é geralmente causado por doenças no curso da gravidez por péssimas ou precárias condições de saúde da gestante preexistentes a fecundação, alguns exemplos são: sífilis, anemia profunda, cardiopatia, diabetes, nefrite crônica entre outras. Ou por defeitos estruturais no ovo, embrião ou feto.

O abortamento espontâneo é uma intercorrência frequente na gravidez, sendo sua incidência estimada entre 10% e 25% de todas as gestações. A causa imediata do abortamento espontâneo é a desagregação total ou parcial do embrião causada por hemorragias (LLEWELLYN-JONES, 2001).

2.3.1.2 Aborto Acidental

Nas palavras de Teles (2006, p.130):

O aborto acidental também pode ser chamado de ocasional ou circunstancial, acontece quando inexistente qualquer propósito em interromper o ciclo gravídico, geralmente provocado por um agente externo, como emoção violenta, susto, queda, ocasionando traumatismo, não existindo ato culposos, ou seja, negligência imprudência ou imperícia.

Neste sentido também discorre a respeito Belo (1999, p.21):

O aborto espontâneo e acidental, não são puníveis. No primeiro a interrupção espontânea da gravidez, ocorrendo por exemplo, quando presente alguma anormalidade no crescimento do feto, ou uma doença infecciosa, ou ainda um distúrbio glandular. No segundo o aborto acidental, ocorre com interferência externa involuntária, como por exemplo a queda.

2.3.1.3 Aborto Provocado que se divide em 6 tipos

1) Químico (CAPEZ, 2014, p. 147): Misoprostol. Prostaglandina é um fármaco via oral ou intravaginal que provoca o aborto ou trabalho de parto independente do tempo da gestação. O bebê pode nascer vivo.

2) Histerotomia: cirurgia semelhante a cesárea; se o bebê nasce vivo, é abandonado para morrer. Método usado em IG avançada (CAPEZ, 2014).

3) Aspiração ou sucção: O colo uterino deve ser dilatado de modo forçado. A sonda colocada dentro do útero aplica uma força de aspiração de 25 a 30 vezes superior ao aspirador comum e reduz a pedaços o embrião ou feto arrancando a placenta fortemente presa à parede uterina (CAPEZ, 2014).

4) Curetagem: substitui o aspirador por uma forte pinça e colheres de cabo longo e bordos cortantes que extraem aos pedaços, o feto e a placenta. A perda de sangue pode ser abundante. Em princípio, a curetagem e a aspiração são realizadas no máximo até 12s IG (2 meses e meio) (CAPEZ, 2014).

5) Solução salina: a partir da 16^ªs IG pela injeção de solução salina concentrada dentro do saco amniótico através de longa agulha. O feto aspira e engole este líquido que o envenena; ele se debate, às vezes apresenta convulsões em lenta agonia;

nasce com queimaduras pelo sal que chega a tirar toda sua pele. Apesar disso pode nascer vivo.

6) Nascimento parcial: após o 5º mês de gestação. Realiza-se o parto normal pélvico tracionando o bebê pelos membros inferiores. Ao surgir o pescoço, o médico atravessa um orifício da nuca e esvazia o cérebro, matando-o. Para concluir, só falta retirar a cabeça diminuída de volume. Nos EUA é de ordem legal este método.

Segundo Diniz e Almeida (1998), existem quatro formas de abortar:

A - Interrupção eugênica da gestação: é a interrupção da gravidez por valores racistas, sexistas, étnicas; é praticado contra a vontade da gestante. Segundo Bittencourt (2011), o “aborto eugênico”, recebe críticas pois a ideia de eugenia é bastante preconceituosa, subentendendo a purificação da raça humana e remetendo ao nazismo que exterminou milhões de judeus no século passado;

B - Interrupção terapêutica da gestação: ocorre em nome da saúde materna, ou seja, para salvar a vida da gestante;

C - Interrupção seletiva da gestação: ocorre em situação de anomalias fetais, por exemplo anencefalia;

D - Interrupção voluntária da gestação: são os casos que ocorrem pela autonomia reprodutiva da gestante ou do casal, ou seja, a mulher ou o casal não deseja a gravidez, seja fruto de um estupro ou de uma relação consensual.

O aborto só é criminoso quando provocado, pois, possui a finalidade de interromper a gravidez e eliminar o produto da concepção, sendo exercido sobre a gestante, ou sobre o próprio feto ou embrião (BITENCOURT, 2007).

A contracepção não elimina a prática do aborto, mas abre as portas para ele. Declara-o o ex-diretor médico de uma entidade financiadora e promotora do aborto e do controle da natalidade: “À medida que as pessoas adotam métodos contraceptivos, aumenta e não decresce o número dos abortos” (ANDREW SCHOLBERG, 1980).

2.4 Algumas Situações em que as Mulheres Realizam Aborto

Para Souza, Diniz (2011) aborto provocado ou induzido, em sua definição, é o ato de interromper a gestação por motivo externo e intencional antes da viabilidade extrauterina.

O aborto vem sendo reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública desde 1994, quando houve a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo. Esse reconhecimento se deu principalmente pelas consequências físicas e emocionais que o aborto acarreta, podendo levar a sequelas irreversíveis, e até mesmo à morte das mulheres (SOUZA, DINIZ, 2011).

“Aborto legal” é uma expressão brasileira para descrever a ambiguidade do marco punitivo e de políticas públicas. O aborto é tipificado como crime contra a vida pelo Código Penal de 1940; uma mulher que o provoque em si mesma (aborto provocado) será punida com prisão (BRASIL, 1940).

Ao mesmo tempo em que o Código Penal determina regime de castigo tão severo, reconhece exceções em que o aborto não deve ser punido – quando a gravidez for resultante de estupro e quando a vida da mulher estiver em risco. Um mesmo ato é ou não punível a depender de seus moduladores para o regime de causalidade: no estupro, a mulher é uma vítima de violência; no risco de vida, a mulher é vítima de doença. Mais recentemente, em novo permissivo para o aborto por decisão do Supremo Tribunal Federal (2012) entendeu-se que, em caso de anencefalia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012; BRASIL, 2013), não há crime contra a vida, pois o feto não sobrevive ao parto (DINIZ, DIOS, MASTRELLA, MADEIRO, 2014).

Anencefalia é uma patologia letal que pode ser facilmente identificada pela ausência dos ossos frontal, parietal e occipital que formam a abóboda craniana (GRILLO, 2003)

Um feto com anencefalia é um feto morto, ou potencialmente morto momentos após o parto. O feto não resiste mais do que minutos ou horas, assim como não há

qualquer possibilidade de tratamento ou reversão do quadro” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA BAHIA, 2004, p. 32).

Temos vários casos no mundo de bebês diagnosticados como anencéfalos que não foram abortados e sobreviveram. No Brasil temos os casos da famosa Vitória de Cristo, a anencéfala que viveu milagrosamente 2 anos e 5 meses e morreu em 2012, a medicina nunca explicou (ANENCEPHALY INFO, 2010); encontramos também o caso de Ruhama, a anencéfala brasileira de 5 anos de idade gêmea junto com um menino sem nenhuma anomalia. Esta Potiguar intriga a medicina e vive ainda (LIMA, 2014).

Então dizer que o feto anencéfalo não sobrevive após o parto é uma falácia. Embora a ciência afirme que bebês anencéfalos morrem horas ou poucos dias após o nascimento e esta é a justificativa pela qual o aborto neste caso é legal, como explicar a sobrevivência de alguns casos aos quais estes bebês sobrevivem quando a família não o aborta?

O especialista em bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), José R. Goldim defende que é um equívoco afirmar que os bebês anencéfalos são "natimortos cerebrais". Ele diz que o Conselho Federal de Medicina revogou uma resolução em 2010 que tratava os casos de anencéfalos como morte encefálica, já que eles apresentam uma "viabilidade vital" (CHAGAS, 2010).

É certo que com o comprometimento de sua saúde, o feto não sobreviverá por tanto tempo, mas esse tempo já se mostrou impossível de ser mensurado. Conforme depoimento do Professor José Roberto Goldim ao portal Terra em,

“O mais importante é desmistificar a visão de que a anencefalia é incompatível com a vida extrauterina. Temos um caso em Porto Alegre, no Hospital de Clínicas da UFRGS, de paciente que viveu quatro meses. Enquanto para algumas mães é um sofrimento levar adiante uma gestação que vai resultar em morte, para outras é importante permitir o curso natural até a morte” (CHAGAS, 2010 p,1).

Os casos de bebês que apresentam uma sobrevivência maior - de até 2 anos - os especialistas concordam que não podem ser considerados anencefalia. Segundo Thomaz Gollop médico docente em genética na Universidade de São Paulo (USP) e

especialista em medicina fetal, cita como exemplo a menina Marcela de Jesus G. Ferreira, que sobreviveu 1 ano e 8 meses (2008) após ser diagnosticada como anencéfala. Para o geneticista, esse é um caso extremamente raro de uma anomalia chamada merocrania - quando há resquícios do cérebro revestido por uma membrana que protege contra infecções e prolonga a expectativa de vida (CHAGAS, 2010).

É questionável então a permissão do aborto quando o feto é anencéfalo, pois se justifica a prática pelo fato destes bebês não sobreviverem após o nascimento e quando o diagnóstico é feito pelo médico e a mãe não o aborta e estes bebês sobrevivem além do esperado, estudiosos relatam diagnósticos errados de anencefalia. Então os médicos se confundem ao diagnosticar bebês anencéfalos? Se esta hipótese existe, quer dizer que bebês são abortados diagnosticados como anencéfalos e na verdade não o são?

Há necessidade de estudos mais apurados sobre a anencefalia e o aborto destes fetos, tendo em vista que o aborto é agressivo ao organismo da mulher, gera morte do feto e consequências sérias para esta mulher.

Diante de outras situações pelas quais as mulheres procuram o aborto, sabemos que existe o aborto clandestino, um estudo baseado em pesquisa qualitativa, que aconteceu em três unidades de saúde da família do município de Cabo Frio, RJ, compatível com o tratamento do tema como fenômeno social complexo ao qual foram entrevistadas 44 mulheres jovens, de 18 a 29 anos destas, 22 de suas gravidezes resultaram em aborto.

Estas mulheres foram abordadas na ocasião da sua consulta de enfermagem. Dos 22 casos de aborto, 12 tiveram algum tipo de complicação, aos quais 9 ocorreram no primeiro aborto e 3 nos subsequentes. A mais citada foi a hemorragia (08), assim como cólica, desmaio, febre e dores, e segue dizendo:

Essas mulheres ficaram expostas a um perigo iminente de complicações graves e até a ocorrência de morte. Percebemos que a maioria desses procedimentos são feitos no próprio domicílio da mulher ou na casa de parentes, amigas ou parceiro, o que aumenta o risco de complicação e agrava ainda mais o seu estado de saúde (CARVALHO, PAES, 2014).

Ao provocar o aborto, o resultado morte do feto ou embrião pode se dar por diversos meios: químicos, através da ingestão de medicamentos abortivos ou outras substâncias; físicos, tais como agressão corporal, introdução de algum objeto no útero ou emprego de corrente elétrica; psíquicos, como provocação de susto; ou até mesmo por omissão, quando o médico, enfermeira ou parteira não tomam as medidas disponíveis para evitar o resultado morte (CAPEZ, 2014, p. 147).

A maioria dos abortos são realizados através do misoprostol, que é uma medicação comercialmente conhecida como Cytotec e é utilizada para o tratamento de úlceras gástricas. Porém, por se tratar de um análogo da prostaglandina, estimula o útero causando contrações.

Segundo a Cartilha de orientação de como fazer aborto usando Cytotec do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012), a utilização do misoprostol é classificado para o abortamento farmacológico. A dose depende da idade gestacional, variando no primeiro e segundo trimestre de gravidez.

Dentre os efeitos colaterais e as complicações estão a diarreia, febre (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012) e o sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino, preferencialmente por meio de aspiração manual ou elétrica. O uso do Cytotec geralmente causa o abortamento completo, que consiste na expulsão do material ovular no caso de gestação com menos oito semanas (BRASIL, 2005).

Portanto, quando utilizado clandestinamente e sem acompanhamento de um profissional da saúde, a mulher corre riscos de hemorragia grave, entretanto, apesar destas informações estranhamente o MS em 2012 desenvolveu o Protocolo do Misoprostol (ESTADÃO, 2012; BRASIL 2012), sendo uma cartilha contendo informações de orientação de como fazer o aborto utilizando este fármaco, só não explicaram que havendo 23.000 médicos no Brasil fizeram uma tiragem de 300.000 apostilas, dez vezes mais que o número de médicos supondo que todos os médicos estivessem envolvidos na prática de aborto legal (BRASIL 2012; GARCIA, LOPES, 2013).

Todavia, no Brasil, a droga supracitada também é utilizada para se alcançar uma finalidade, até o momento, ilegal, ou seja, o aborto, até mesmo porque a comercialização deste fármaco foi proibida no Brasil desde 2005, muito embora em algumas capitais são encontrados no mercado negro facilmente (JUNIOR, 2016).

Existem os “métodos” alternativos, ou seja, chás, receitas caseiras vindas de experiências e mitos populares. Dentre esses métodos estão: buchinha do norte, jornal queimado com cachaça e canela e chá de cuminho com cachaça (CARVALHO, PAES, 2014).

Segundo Carvalho, Paes, (2014) o aborto realizado em condições inseguras tem maior probabilidade de complicações, sendo causa da maioria das mortes de mulheres que realizam o procedimento de forma clandestina. Suas consequências no âmbito físico para a mulher são hemorragias, infecções, lacerações uterinas, choque e em casos mais graves morte; já no aspecto psicológico, a culpa, a vergonha e o estresse pós-traumático (SOUZA, DINIZ, 2011).

Clínicas clandestinas são muito procuradas pelas mulheres que desejam abortar, segundo a OMS (2008), abortos ilegais são frequentemente realizados por pessoas que não têm qualificações para tanto, sendo alguns autoinduzidos e/ou em condições inadequadas de higiene, por isso são considerados inseguros. Assim, muitas vezes, tanto os procedimentos quanto a administração medicamentosa são feitos de modo incorreto e perigoso, o que somado a condições insalubres, corresponde à riscos para a saúde e para a vida das mulheres.

Seria serviço de saúde pública e obrigação da OMS informar às mulheres sobre os riscos que as mesmas se sujeitam ao procurar um tipo de serviço como o aborto clandestino. Sendo orientadas quanto às consequências e riscos, estes abortos arriscados diminuiriam seus índices.

A prática do aborto acaba trazendo um conflito de dever estabelecido moralmente, que acarreta culpa às mulheres que por decisão individual não optam pela manutenção da gestação, pois a expectativa social da maternidade é vista como

vivência maravilhosa, ideal e a mãe deve desempenhar seu papel com perfeição (BENUTE et al.; 2009).

Argumentos contra ou a favor do aborto não têm favorecido as mulheres no sentido de amenizar os traumas físicos e/ou emocionais decorrentes dessa vivência, e os serviços de saúde têm sido apontados como inoperantes neste processo (MARIUTTI, FUREGATO, 2010).

Pesquisadores têm chamado a atenção para a qualificação da atenção à saúde das mulheres, especialmente no que se refere aos aspectos reprodutivos e ao processo pré e pós-aborto, afirmando a necessidade de implantação de estratégias urgentes (MELO et al.; 2014).

Um exemplo é encontrado no estudo de Sell et al.; (2015) de revisão integrativa, compreendendo o período 2001 a 2011 com a finalidade de identificar o motivo das mulheres induzirem o aborto e o significado desta experiência em suas vidas.

Destacou-se o sentimento de culpa (BOEMER, MARIUTTI, 2003; SOUZA, DINIZ, 2011; OLIVEIRA, BARBOSA, FERNANDES, 2005; MARIUTTI, FUREGATO, 2010; NADER, BLANDINO, MACIEL, 2007), levando a inferir que a prática do aborto requer atenção ao estado emocional das mulheres, comumente pouco valorizado (SELL et al.; 2015).

Outras mulheres, relacionado à prática do aborto o definiram como “uma experiência permeada por grande dor” (MARIUTTI, FUREGATO, 2010; BOEMER, MARIUTTI, 2003). Tiveram também as que apontaram o “medo de ser castigada por Deus” (OLIVEIRA, BARBOSA, FERNANDES, 2005; NADER, BLANDINO, MACIEL, 2007; SOUZA, DINIZ, 2011), aos quais se consideram praticantes de um grande pecado (SELL et al.; 2015).

Os resultados evidenciam aspectos que podem contribuir para melhorar a qualidade da saúde e ratificam a importância das pesquisas para fundamentar a prática da enfermagem (SELL et al.; 2015).

A repetição de abortos e gestações não planejadas sugere um déficit nos serviços quanto à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar, sendo recomendado o aumento das possibilidades de acesso e incentivo ao conhecimento (BOEMER, MARIUTTI, 2003; NADER, BLANDINO, MACIEL, 2007; SILVA, VIEIRA, 2009).

Observa-se com frequência que a etapa da prevenção da gestação vem sendo ultrapassada pela prática do aborto, sendo este utilizado como método de controle da natalidade (SELL et. al.; 2015).

2.5 Entendendo a Relação dos MCH e o Aborto

Em 1963, o Ministério da Saúde, Educação e Bem-estar dos EUA (U.S. Department of Health, Education and Welfare) definiu como *aborto* “todas as medidas que prejudicam a viabilidade do zigoto [ser humano recém-concebido], em qualquer momento desde a fertilização até a finalização do parto” (CLOWES, 1997, p. 65).

Até meados da década de 60, os cientistas em todo o mundo reconheciam que a concepção ocorre no momento em que o espermatozoide fertiliza o óvulo. Entretanto com o objetivo de fazer os abortivos aceitáveis às mulheres, e para contornar as leis contrárias ao aborto, os defensores do aborto perceberam a necessidade de tornarem indistintas a diferença entre a ação contraceptiva e abortiva (CLOWES, 1997, p. 65).

A única maneira de conseguir essa façanha seria mudando a definição de “*concepção*”, não mais a classificando como *fertilização* (a união do espermatozoide com o óvulo), mas apenas como *implantação* (que é ao redor do 10º ao 14º dia). Isso para justificar a fertilização in vitro dizendo que antes de implantar não tem vida, dizendo que isso é uma ação contraceptiva. Visão que queria alcançar sem estudo técnico científico, somente modificando as palavras (CLOWES, 1997; UBATAN 2011).

Em 1965, o Conselho Americano de Ginecologia e Obstetrícia publicou seu primeiro *Boletim de Terminologias*. Esse boletim declara: “A concepção é a implantação de um óvulo fertilizado” (CLOWES, 1997, p. 66). Assim, de acordo com essa definição, um ser humano é concebido não quando o espermatozoide se une ao óvulo, mas uma semana depois quando consegue se implantar na camada do útero.

Nenhuma das alterações, quer seja na atitude ou na terminologia, foi baseada em alguma descoberta revolucionária da tecnologia ou conhecimento médico: as alterações aconteceram puramente para aprofundar os objetivos de controle da população e atividade dos defensores do aborto dentro e fora da profissão médica (CLOWES,1997).

Com essa *nova* definição de *concepção*, se um dispositivo ou droga — tal como o DIU ou a Depo-Provera (injeção hormonal) — impede a implantação, não há nenhuma necessidade de se preocupar com a questão do aborto. De acordo com essa *nova* definição, só ocorre um aborto quando um dispositivo ou droga mata um embrião que já conseguiu se implantar na parede do útero (CLOWES,1997; UBATAN 2011).

Por isso os MCH não são considerados abortivos nas bulas, nos artigos científicos mais recentes e também nos livros atuais. Não foi feito estudo técnico científico, só distorceram as palavras, manipulando as falas e enganando. Apesar dessas fraudes graves na classe médica, o Dr. Richard Sosnowski, presidente da Associação Sulista de Obstetras e Ginecologistas, declarou em 1984:

Não considero algo nobre brincar, numa profissão, de torcer o significado das palavras... Preocupa-me também o fato de que, embora não tivessem nenhuma evidência científica para tornar válida a mudança, tenham redefinido o termo concepção de penetração bem-sucedida do espermatozoide no óvulo para implantação de um óvulo fertilizado. Parece-me que o único motivo para isso foi o dilema criado pela possibilidade de que o DIU tinha função abortiva (CLOWES,1997, p. 66).

2.6 Métodos Contraceptivos

A inserção da mulher no mercado de trabalho se deve também a dois acontecimentos que marcaram a história da humanidade, e modificou a vida das mulheres. Com as guerras os homens tinham que ingressar nas frentes de batalha e as mulheres passaram a assumir os negócios da família e a posição dos homens no trabalho (COSTA, 1998).

Ao final das guerras, o resultado, tinha modificado a paisagem e a estrutura das sociedades mundiais, pois, com o regresso dos homens que lutaram pelo país, onde muitos dos que sobreviveram ao conflito foram mutilados e impossibilitados de voltar ao trabalho, outros ficaram com problemas psicológicos, e muitos outros foram excluídos da vida social das comunidades, entre outras coisas, resultando num novo tipo de sentimento e atitude por parte das mulheres. Nesse momento é que as mulheres novamente deixaram as casas e os filhos para levar para frente os projetos e os trabalhos realizados pelos maridos (ARAÚJO, 2004; BALTAR, LEONE, 2008).

Com a industrialização e a mulher indo para o mercado de trabalho mudanças importantes tem ocorrido (GARCIA, CONFORTO, 2012), não somente preocupada com o espaçamento da gravidez, começa então a se preocupar com o controle e a diminuição do número de filhos, tanto por questões econômicas, sociais e culturais.

A entrada da mulher no mercado de trabalho também se deve ao desenvolvimento de métodos contraceptivos, como o uso do anticoncepcional, com as mulheres diminuindo a quantidade de filhos que queriam ter, se quisessem ter, quando e quanto tê-los, podendo se dividir entre a casa e o trabalho (BAYLÃO, SCHETTINO, 2014).

Segundo Oliveira, Pereira (1997, p.4-13):

As mulheres deixaram de ser apenas meras donas-de-casa e passaram a ser não somente mãe, esposa e também operária, enfermeira, professora e mais tarde, arquiteta, juíza, motorista de ônibus, bancária entre outras das mais diversificadas profissões, ocupando um cenário que antes era masculino (OLIVEIRA, PEREIRA, 1997)

A partir da década de 1970, ocorreram mudanças significativas no aprimoramento de tecnologias contraceptivas, notadamente na anticoncepção hormonal, com diminuição progressiva da quantidade de estrógenos e a descoberta de novos progestágenos. Também houve a descoberta de novas vias de administração (ZUGAIB, 2008).

Nesse mesmo contexto segundo o Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva elaborado pelo Ministério da Saúde (2013), sobre

métodos contraceptivos temos: Métodos Comportamentais; Métodos Definitivos ou de Esterilização; Métodos de Barreira e Métodos Hormonais.

2.6.1 Métodos Contraceptivos Não Hormonais

2.6.1.1 *Métodos Comportamentais*

Os métodos comportamentais, também conhecidos como métodos de abstinência periódica ou de percepção da fertilidade ou métodos naturais, são técnicas para obter ou evitar a gravidez, mediante a identificação do período fértil da mulher. O casal pode concentrar as relações sexuais nessa fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de relações sexuais vaginais, caso deseje evitar a gravidez. São os seguintes:

O método de Ogino-Knaus, também conhecido como tabelinha, ajuda a mulher a descobrir seu período fértil através do controle dos dias do seu ciclo menstrual (ROUMIÉ, 1986).

Curva Térmica Basal é aquele método de identificação que antes da ovulação, a temperatura basal corporal permanece num determinado nível baixo; após a ovulação, se eleva ligeiramente (alguns décimos de grau centígrado), permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Esse aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem um efeito termogênico. O método permite, portanto, por meio da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase infértil pós-ovulatória, ou seja, tendo relação sexual neste período identificado como fase infértil o casal não engravidará (BRASIL 2013).

O método do muco cervical, também conhecido como método de Billings, baseia-se na auto-observação das modificações cíclicas do muco cervical durante todo o ciclo menstrual, o que permite à mulher/ao casal a identificação do período fértil. O muco cervical, produzido pelas criptas cervicais, apresenta-se pegajoso e grumoso no início do ciclo, dando sensação de secura na vulva. No período fértil torna-se transparente, abundante fluido, elástico, escorregadio, como clara de ovo, dando sensação de umidade e lubrificação (BRASIL, 2002; CURITIBA, 2002). O dia do ápice

é o último dia com sensação de umidade lubrificante e pode ser reconhecido pela mudança posterior para secura ou muco pegajoso (CURITIBA, 2002).

O método sintotérmico combina a observação dos sinais e sintomas relacionados à temperatura basal corporal e ao muco-cervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação. Os parâmetros subjetivos relacionados com a ovulação podem ser, entre outros: dor abdominal; sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas; variações de humor e/ou da libido e outros sintomas e sinais (enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual entre outros) (BRASIL, 2002).

O coito interrompido consiste na retirada do pênis da vagina antes da ejaculação.

Método da Lactação e Amenorreia – LAM. Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva (o bebê não recebe nenhum outro tipo de alimento e líquidos), à livre demanda (amamentação frequente, durante o dia e a noite), com amenorreia, está associada a taxas baixíssimas de gravidez (0,5 a 2%) (BRASIL, 2002b; HATCHER et al.; 2001).

2.6.1.2 *Métodos Definitivos ou de Esterilização*

Os métodos cirúrgicos são métodos contraceptivos definitivos – esterilização – que podem ser realizados na mulher, por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária), e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia).

Por serem métodos contraceptivos de caráter definitivo, deve-se levar em consideração a possibilidade de arrependimento da mulher ou do homem e o pouco acesso das pessoas às técnicas de reversão da cirurgia.

Vasectomia é um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte, seguro e rápido. Consiste na ligadura dos ductos deferentes. Tem por objetivo interromper o fluxo de espermatozoides em direção à próstata e vesículas seminais para

constituição do líquido seminal. Pode ser realizado em ambulatório, com anestesia local, desde que se observem os procedimentos adequados para a prevenção de infecções. É também conhecida como esterilização masculina e anticoncepção cirúrgica masculina (HATCHER et al.; 2001; GROMATZKY, LUCON, BAUTZER, 2005).

A laqueadura, também conhecida como ligadura de trompas é uma cirurgia realizada na mulher, no qual bloqueia o trajeto do espermatozoide percorrendo até o óvulo. O lugar para realizar este bloqueio são as tubas uterinas, no qual o óvulo é fecundado e posteriormente chega ao útero. A tuba uterina é presa na forma de alça e amarrada com um fio inabsorvível, no qual impede a passagem do óvulo (MONZU, 1992).

2.6.1.3 *Métodos de Barreira*

Os métodos de barreira são aqueles que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical. Os métodos de barreira disponíveis são: condons masculinos e femininos; diafragma; espermaticidas; capuz cervical; e esponjas vaginais (BRASIL 2013).

O preservativo masculino consiste em um envoltório de látex, poliuretano ou silicone, bem fino, porém resistente, que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo o contato com a vagina (BRASIL 2013).

O preservativo feminino é um saco transparente de poliuretano, macio e fino, para uso vaginal, constituído de dois anéis flexíveis em cada extremidade, medindo 17 cm de comprimento. Um anel, o menor, que está posicionado na extremidade fechada do condom, será colocado internamente na vagina, encaixando-se no colo do útero; o outro, maior, vai se adaptar externamente à vulva, servindo de fixação e recobrimo os lábios vaginais, impedindo, assim, que o dispositivo entre na vagina.

O diafragma é um método vaginal de anticoncepção que consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas.

Os espermaticidas são substâncias químicas que, quando introduzidas na vagina, destroem ou imobilizam os espermatozoides ou ainda inativam as enzimas necessárias para a penetração deles no óvulo. Deve ser usado de forma combinada com o diafragma ou preservativo, a fim de aumentar a eficácia isolada de cada um (CURITIBA, 2002).

Os dispositivos intrauterinos (DIU) são artefatos que exercem efeito anticonceptivo quando colocados na cavidade uterina. Provocam uma reação inflamatória uterina, desencadeando alterações bioquímicas que interferem no transporte dos espermatozoides no aparelho genital feminino e alteram os óvulos e espermatozoides, impedindo a fecundação (CURITIBA, 2002). Se houver fecundação a reação inflamatória da camada endometrial do útero causará efeito abortivo, pois o endométrio não está preparado para nidar o ovo.

2.7 Métodos Contraceptivos Hormonais

A anticoncepção hormonal é a utilização de drogas, classificadas como hormônios, em dose e modos adequados para impedir a ocorrência de uma gravidez não desejada ou não programada, sem qualquer restrição as relações sexuais (POLI et al.; 2009) também impede a continuidade da gestação se por ventura ocorrer a concepção.

Os métodos hormonais podem utilizar apenas de progestágenos ou da combinação estrógeno-progestatina, a diferença mais marcante entre os dois é que a combinação estrógeno-progestatina acarreta padrão menstrual mais previsível (ARIE et al.; 2007).

São considerados métodos contraceptivos hormonais a pílula anticoncepcional, que foi a pioneira na invenção, a chamada “pílula do dia seguinte”, DIU levonorgestrel,

anel transvaginal, implante subdérmico, injeção mensal, injeção trimestral e adesivo transdérmico (SOUZA et al.; 2014).

Os métodos hormonais agem das seguintes formas no organismo feminino: inibem a ovulação, através do bloqueio da liberação de gonadotrofinas pela hipófise, modificam o muco cervical tornando-o hostil à espermomigração, alteram o endométrio que se torna pouco desenvolvido, modificam a contratilidade das tubas (CURITIBA, 2002; GUAZZELLI, 2008).

Contemporaneamente não mais se discute a eficácia dos anticoncepcionais, mas ainda se polemiza a respeito de efeitos adversos e sobre as novas gerações de contraceptivos orais (FUCHS, WANNMACHER, FERREIRA, 2006).

Ao longo dos anos, o Dr. Djerassi (2004), químico austríaco naturalizado norte americano, um dos criadores da pílula anticoncepcional, palestrou para promover a pílula e enfrentou controvérsias sobre possíveis efeitos colaterais, incluindo aumento do risco de coágulos de sangue, câncer e sangramento excessivo durante a menstruação. Ele rejeitou tais alegações, mas as doses de estrogênio e progesterona da pílula foram posteriormente reduzidas para reduzir o risco de efeitos colaterais (DJERASSI, 2015).

Desde 1960, a análise de contraceptivos orais tem se centralizado em somar a segurança da pílula, enquanto diminui seus efeitos colaterais. Os pesquisadores alcançaram estes objetivos por meio da diminuição da quantidade de estrogênio contido na pílula, bem como ampliar distintas variantes da progesterona sintética (VILELA, 2011).

2.7.1 Pílula Anticoncepcional

A pílula anticoncepcional oral é um dos métodos contraceptivos mais utilizados. A primeira que surgiu foi enovid 150 a 100 mcg, com doses altas de estrogênio para inibir a hipófise e inibir a ovulação (ALDRIGHI, SAUERBRONN, PETTA, 2005b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dez anos depois como os efeitos colaterais eram muitos, câncer de fígado e de mama, tromboembolismo, várias complicações vasculares... houve diminuição na dosagem hormonal para diminuir estes efeitos. A medida que diminuía a dosagem do anticoncepcional (80mcg), começou a acontecer um escape na ovulação, porque o organismo tem como uma das funções vitais e instinto também a manutenção da espécie (UBATAN,2011).

Com a dosagem hormonal diminuída, após ingerir a pílula há possibilidade de engravidar em qualquer ciclo. Contudo, a possibilidade desta gravidez desenvolver-se é mínima, porque a pílula pode ser abortiva em qualquer ciclo menstrual (GIBBONS, SANTAMARIA,1981)

De acordo com as doses de estrogênio, as pílulas são classificadas em gerações: Pílulas da 1ª Geração: 0.150mg de etinilestradiol; 2ª Geração: 0.050mg de etinilestradiol; 3ª Geração: 0.030mg de etinilestradiol e 4ª Geração: 0.020mg de etinilestradiol. Ao longo das últimas décadas, as doses hormonais contidas nestas drogas têm sido bastante reduzidas, o que acarreta em melhor aceitação dos anticoncepcionais pelo organismo feminino (MATTOS, 2012).

O estrogênio, presente nos anticoncepcionais, se ligam a receptores específicos de células endoteliais alterando assim a coagulação, aumentando a geração de trombinas e fibrinas, diminuindo assim a anticoagulação normal do corpo. Sendo assim, os anticoncepcionais de 3ª geração apresentam risco tromboembólicos 4 a 6 vezes maior em 1 ano de sua utilização do que mulheres que não utilizam (ANVISA, 2015).

Outro hormônio utilizado como método são os progestágenos, afim de evitar um excesso de estimulação do endométrio, mudam a mucosa uterina da fase proliferativa para a fase secretória. Seus efeitos dependem, entretanto, da dosagem e da fase do ciclo menstrual em que são administrados.

Apesar dos efeitos provocados pelo uso destes hormônios, a pílula é o método de escolha indicado na maior parte das vezes pelo médico, ou seja, as mulheres não sabem sobre os mecanismos de ação, as contraindicações e as reações do método.

A grande parte dessas mulheres necessita de orientação e informação sobre os métodos contraceptivos que dispõe o serviço de saúde (SOUZA et al.; 2016). Vários anos se passaram da descoberta da pílula e outros anticoncepcionais foram surgindo também a partir dessa mesma ação hormonal da pílula.

2.7.2 Implante Subdérmico

Norplant (implante subdérmico) consiste em seis minúsculos grânulos que são inseridos sob a pele do braço. Estes criam uma liberação lenta de uma forma sintética do hormônio feminino progesterona. Tem durabilidade de cinco anos (WILLKE, 2014) e também promove sangramentos irregulares e a ocorrência de amenorreia, a qual é estimada em cerca de 20% das mulheres (POLI et al.; 2009).

Portanto, Norplant atua como um contraceptivo e como abortivo. Também é claro a partir dos estudos que a concepção pode ocorrer em até 20 a 40% dos ciclos. Acontece a fecundação do óvulo, mas os embriões não podem se implantar. Norplant é um contraceptivo, mas também é muito frequentemente abortivo. É mais frequentemente um contraceptivo nos primeiros anos, é mais frequentemente abortivo nos últimos anos de uso (WILLKE, 2014).

2.7.3 Adesivo Transdérmico

Trata-se de um adesivo, aplicado sobre a pele nas seguintes regiões recomendadas: nádegas, tronco, abdome ou antebraço. Da mesma forma que os injetáveis combinados, o adesivo transdérmico é comparável à anticoncepção oral hormonal (ZUGAIB, 2008).

2.7.4 DIU

O conceito de contracepção, com a colocação de corpo estranho (pessários) intrauterino, é antigo e foi pensado por Hipócrates há mais de 2000 anos. Árabes e turcos também inseriam pequenas pedras, através de um tubo no útero dos camelos para prevenir a gravidez durante suas longas jornadas como encontramos no Second Report on Intrauterine Devices, publicado em 1978 (UNITED STATES, 1978).

No século XIX foram adotados pessários intra-uterinos de diversos tipos de materiais. No entanto, em 1889 o médico alemão Howweg patenteou o pessário que desenvolveu, sem mencionar seu efeito, revelando tempos depois que teria aplicado seus pessários em 700 mulheres com o intuito de promover a contracepção (PAPALEO, 2000).

Logo, surgiram “esteriletos” na Alemanha e em outros países da Europa, como contraceptivos e reconhecidamente dotados de capacidade abortiva. Esses dispositivos intrauterinos (os esteriletos) provocavam hemorragias e infecções (complicações provocadas também pelos DIUs atuais), que, juntamente com o conhecimento de sua capacidade abortiva, ensejavam a não-aceitação desses esteriletos nos meios médicos.

Outros modelos de DIU foram sendo descobertos, porém, as complicações (hemorragia e infecções) não desapareceram. O processo de aceitação do DIU pelos médicos foi lento. Em 1974 houve a Terceira Conferência Internacional sobre o DIU, no Cairo. De acordo com Papaleo:

Foi exatamente nessa Conferência que numerosos trabalhos (1/6 dos apresentados) se ocuparam do problema do “escudo de Dalkon” que, difícil de expulsar, dado seu formato, responsável por mais firme inserção, foi acusado de provocar abortos repetidos, não poucos da mais alta gravidade, tendo causado a morte de muitas usuárias (PAPALEO, 2000 p. 186).

Sabemos que o útero é uma víscera muscular que se contrai para expulsar o feto durante trabalho de parto ou se contrai para expulsar a menstruação. Ao colocar um DIU, ou seja, um corpo estranho dentro da cavidade uterina, a reação desse músculo era fazer hipercontratilidade para expulsar o corpo estranho. A fecundação ocorrendo no terço distal da tuba uterina e o útero em hipercontratilidade, já reconhecia esse novo ser que iria se implantar como corpo estranho e o expulsava (UBATAN, 2011).

Sabe-se que outra forma de ação que acontece no organismo em contato com um corpo estranho é o processo inflamatório, alterando o sistema vascular e adquirindo produção exacerbada de glóbulos brancos para defesa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) combatendo neste caso toda gestação que surgir.

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 (SPEROFF, 1996).

Sendo assim, temos dois tipos de DIU, aquele que age somente liberando hormônio progesterona ou levonorgestrel - caracterizado como método hormonal e o composto por cobre (Cu-DIU) ou Tcu 200 e Tcu 380 A - caracterizado como método de barreira (UBATAN, 2011).

O DIU contendo hormônio levonorgestrel (LNG) faz parte da contracepção de longo prazo, sendo recomendada troca após 5 anos de uso (WANNMACHER, 2006). É muito eficiente e tem efeito mínimo no eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Seu mecanismo de ação consiste basicamente na alteração endometrial (ARIE, 2004; MOORE, PERSAUD, TORCHIA, 2013). Quer dizer abortivo em sua ação.

No caso do Cu-DIU seu mecanismo de ação se deve à produção de uma reação inflamatória, citotóxica, que comprometem a qualidade e a viabilidade dos espermatozoides e promovem alterações endometriais hostis ao ovo, dificultando sua implantação (HOLLAND, WHITE, 1988; KANESHIRO, AEBY, 2010).

Ubatan (2011) ainda acrescenta que a ação do Cu-DIU é tipo iônica. A carga positiva do DIU é (Cu^{++}) e a ação desse cobre é matar os espermatozoides, ou seja, inicialmente age como método de barreira, mas este DIU em contato com o sangue menstrual, com as secreções liberadas pelo endométrio e o contato com a própria descamação desse endométrio possui cloretos livres, entretanto, quando esses íons livres que são os cloretos (Cl^-) com carga negativa interagem com o cobre, com a carga positiva (Cu^{++}) oxidam, ou seja, após seis meses de uso, quando retirado seu aspecto foi modificado parecendo ferrugem. Perde sua ação espermicida em pouco tempo de uso, embora a bula garanta esta ação por 5 anos.

Como os íons de cobre também resultam em alterações significativas do endométrio, a qualidade e a viabilidade no nível do endométrio são dificultadas. Este efeito é considerado o principal mecanismo pelo qual o Cu-DIU fornece

“contracepção” (KANESHIRO, AEBY, 2010). Poderíamos substituir neste caso a palavra contracepção por aborto, pois é o que acontece na prática.

2.7.4.1 *Early Pregnancy Factor (EPF)*

Dizer que, no primeiro momento, após a fecundação, o que existe é um amontoado de células é estar na contramão da ciência, que certifica ser uma vida humana desde seu primeiro estágio da célula-ovo.

O Fator de Gravidez Precoce (EPF) é uma proteína imunossupressora secretada pelo ovário 48 horas após a fertilização (ROLFE, 1982; SMART et al.; 1981), que serve para reconhecer o ovo como produto a ser nidado.

Em 1974, EPF foi descoberto por Morton, Hegh, Clunie e foi descrito como o "mais adequado parâmetro sensível para a vigilância de início da gravidez" (STRAUBE et al.; 1989; QUANGANG CHEN, et al.; 2016).

Smart et al.; (1982), fizeram a medição Fator de Gravidez Precoce (EPF) – proteína secretada pelo ovário 48 horas após a fertilização - pelo teste de inibição de roseta ao qual foi realizada em amostras de soro a partir de 14 mulheres que usavam DIU. Para amostras de sangue em série tomadas de 23 ciclos na fase lútea foi demonstrado em 6 dos ciclos o EPF durante o período de 6 a 8 dias após a ovulação. Estas observações suportam o postulado de que o DIU impede a implantação do ovo (aborto silencioso), ao invés de prevenir fertilização (SMART, 1982).

No alentado "Manual de Reproducción Humana", editado pela Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pela Organización Panamericana de la Salud, em 1994, há referências importantes relacionadas ao mecanismo de ação do DIU como:

- "Todos os DIUs estimulam reação de corpo estranho no endométrio".
- "Um grupo científico da OMS considerou ser improvável que um único mecanismo de ação seja provocado pelo DIU".

A colocação pós-coital de um DIU como contraceptivo de emergência (CE) provavelmente envolve os mesmos mecanismos de interferência com a fertilização, também impedindo a implantação de um ovo (DEAN, SCHWARZ, 2011). Estudos para determinar a frequência de aborto devido ao Contraceptivo Emergencial Levonorgestrel (CE-LNG) pré-ovulatório pode beneficiar se o EPF for utilizado.

2.7.4.1.1 Fator de Gravidez Precoce (EPF) no Contraceptivo de Emergência Levonorgestrel (CE-LNG)

Desde a descoberta de EPFs, quase todos os estudos corroboraram sua sensibilidade e especificidade, exceto dois (COOPER, AITKEN 1981; THOMSON et al.; 1980), que se desviou do método original de Morton ao medir EPF (SMART et al.; 1982b). EPF foi descrito em detalhes em múltiplos documentos da década de 1970 até o início de 2000. Acredita-se que seria uma ferramenta importante para resolver a controvérsia sobre o MACE por várias razões (LARIMORE, STANFORD 2000; PIERSON et al.; 2003).

1º) ambos, os animais (ratos, porcos, ovelhas e gado) e humanos exibem EPF no início da gravidez (FAN, ZHENG 1997; SHAHANI, MONIZ 1999).

2º) os níveis de EPF caem do normal dentro de 2-5 dias após o aborto induzido (CHENG et al.; 2008; HÜBEL et al.; 1989). Isso suporta o papel da EPF como marcador para gravidez e não gravidez.

3º) os níveis de EPF se correlacionam bem com Bhcg² (GERHARD, KATZER, RUNNEBAUM, 1991).

4º) historicamente, a EPF foi citada como evidência forte para mostrar que o DIU funciona causando abortos (SMART et al.; 1982a); essa descoberta foi posteriormente corroborada pela pesquisa que mediu a gravidez precoce em usuários de DIU via Bhcg (LANDESMAN, COUTINHO, SAXENA, 1976).

5º) uma revisão dos estudos sobre gravidez muito precoce (ou seja, dentro de 7 dias após a fertilização) mostrou que EPF foi positivo 93,6% dos casos (ou seja, 44/47) (CHEN 1985; FAN, ZHENG 1997; KOH, JONES, 1982).

² Bhcg- Teste sanguíneo que identifica gravidez depois que o ovo se nida no endométrio.

Acredita-se que a EPF também pode ser usada para testar se os anticoncepcionais orais funcionam às vezes por destruição do embrião, como está implícito em diversos trabalhos (LARIMORE, STANFORD 2000; PIERSON et al.; 2003). Em uma revisão de estudos de mulheres que estavam grávidas, seu 1º trimestre mostrou que o EPF era 91% precisas (isto é, 172/189) (MEHTA et al.; 1987; MORTON, ROLFE, CLUNIE 1977; SHU-XIN, ZHEN-QUN 1993; WANG, ZHENG 1990). Portanto, EPF tem uma boa capacidade de detectar gravidez precoce (ou seja, verdadeiros positivos), isto é, tem alta sensibilidade.

6º) a EPF tem boa especificidade (a capacidade de medir negativos verdadeiros). Dois estudos (KOH, JONES 1982; QIN, ZHENG 1987) mostraram que a EPF era negativa no soro em 90 de 94 (isto é, 95,7%) mulheres ou homens não grávidos (os homens foram usados como controles porque eles não podem engravidar).

Quanto à pesquisa relacionada a presença do EPF, não se reformulou estudos mais recentes, talvez pela dificuldade de financiamento neste aspecto ou talvez porque não exista interesse nesta comprovação, pois a indústria que defende que MCH não são abortivos seria prejudicada com as comprovações abortivas.

2.7.4.1.2 Discussão Sobre o Contraceptivo de Emergência (CE)

O Contraceptivo de Emergência (CE) é distribuído na Rede Pública de Saúde do país desde 2001 (BRASIL,2013) e não há necessidade de receita médica para retirá-lo. O CE mais utilizado no mundo é o levonorgestrel (LNG) um potente hormônio progestágeno sintético que está contido em pílulas anticoncepcionais orais (TRUSSELL, RAYMOND 2017).

O CE-LNG é tomado como uma única dose de 1,5 mg ou como duas doses de 0,75 mg 12 horas de intervalo em 120 horas de relações sexuais não protegidas, embora seja mais eficaz quando tomado em 72 horas (PIAGGIO, KAPP, VON HERTZEN 2011). Seu mecanismo de ação varia conforme a fase do ciclo menstrual em que são utilizados (ZUGAIB, 2008).

No artigo americano “O Contraceptivo de Emergência Levonorgestrel (CE-LNG) tem efeito pós-fertilização? Uma revisão de seu mecanismo de ação”, uma análise realizada em conjunto com um estatístico Shaobo Jin, Ph.D. candidato ao Departamento de Estatística, Uppsala University, Suécia, buscou quantificar o grau de efeito de pré-fertilização atribuído à administração pré-ovulatória de CE-LNG (PECK et al.; 2016).

Neste estudo, os cientistas Trussell, Jordan (2006), Croxatto et al., (2001) propuseram que o CE-LNG funciona de seis maneiras possíveis: (1) afetando muco cervical, transporte de esperma ou capacitância de esperma; (2) evitando a fertilização; (3) diminuindo a receptividade endometrial, frustrando a implantação do embrião; (4) retardando ou inibindo a ovulação; (5) prejudicando a formação do corpo lúteo e (6) alterando o transporte precoce de embriões na trompa de Falópio. Discutiremos cada ação.

(1) Afetando muco cervical, transporte de esperma ou capacitância de esperma

Embora o CE-LNG seja recomendado em qualquer momento no ciclo menstrual, independente de quando a relação sexual ocorrer, existe uma "janela fértil" de apenas 6 dias durante a qual a mulher pode engravidar (DUNSON et al., 1999). Esta janela inclui os 5 dias antes da ocorrência da ovulação, e 1 dia (24 horas) que o óvulo pode sobreviver após a ovulação.

O esperma pode viver até 5 dias nas criptas cervicais ou nas trompas de Falópio, esperando fertilizar o óvulo quando liberado (WILCOX, WEINBERG, BAIRD, 1995), a sobrevivência deste esperma é afetada por mudanças no muco cervical, níveis hormonais e no ambiente endometrial. Para poder fertilizar o óvulo quando liberado, o esperma deve também sofrer capacitação, hiperativação e a reação de acrossoma (ODEBLAD, 1978).

Em 1974, Kesseru et al.; mostrou que após uma única dose de D-norgestrel, houve uma modificação do muco cervical e uma diminuição dos espermatozoides recuperados do líquido cervical e uterino como possível consequência da

alcalinização que se manifestou a partir de 7 horas até 48 horas após a exposição de LNG (KESSERU et al.; 1974).

Entretanto, um estudo mais recente duplo-cego realizado por Nascimento et al (2007), controlado com placebo, in vivo, demonstrou que não houve comprometimento no muco cervical após a administração de LNG. Foram encontrados espermatozoides viáveis no trato genital 36-60 horas após o coito e 24-48 horas após a administração de LNG, que é incompatível com o esperma sendo morto em 7 horas pelo meio alcalino induzido como sugerido por Kesseru et al. (1974). Os estudos in vitro revisados não encontraram efeito significativo de LNG na função espermática em doses que seriam realmente alcançadas in vivo (HERMANNY et al.; 2012; YEUNG et al.; 2002).

Pesquisadores observaram a falta de efeito sobre o esperma, muco cervical ou mobilidade ou capacitância de esperma de LNG em doses usuais e postularam que a metodologia de recuperação de espermatozoides que os estudos mais recentes utilizavam era bastante superior aos métodos utilizados nos estudos mais antigos e não pode explicar a eficácia do LNG na prevenção da gravidez (NASCIMENTO et al.; 2007; PECK, et al.; 2016; GEMZELL-DANIELSSON, 2010).

(2) Evitando a fertilização

Glicodelina-A (G-A) é uma grande glicoproteína secretiva controlada por progesterona do endométrio humano. Durante a fase pré-ovulatória, a G-A está ausente do endométrio e torna-se altamente expressa apenas na última semana da fase lútea.

A expressão temporal é significativa porque a G-A foi pensada para ser um inibidor potente da ligação zona-espermática. Através de sua atividade inibitória nas células imunes, também se acredita que a G-A desempenha um papel nos mecanismos de defesa feto-materna.

Foi postulado que o aumento dos níveis de expressão de G-A no soro e no endométrio humano pode resultar da administração pré-ovulatória de LNG, levando a diminuição da fertilização (DURAND et al.; 2005).

No entanto, Nascimento et al.; (2007) e Palomino, Kohen, Devoto (2010) não encontraram efeito de aumento da expressão de G-A ou ação inibitória sobre a capacidade de esperma para fertilizar o óvulo, embora Durand tenha observado um aumento na G-A pré-ovulatória (DURAND et al.; 2005), mas observou que os níveis não foram suficientemente altos para explicar um efeito in vivo (DURAND et al.; 2010).

Além disso, estudos anteriores que mostram possíveis interferências com a G-A na ligação esperma/óvulo, provaram ser um evento que ocorre apenas in vitro. O efeito líquido desta interação foi que os "espermatozoides adquiriram a capacidade de ligação com zona pelúcida melhorada" in vivo (CHIU et al.; 2007).

Assim, é duvidoso que as evidências recentes sobre o aumento induzido por CE-LNG na G-A, levando a uma fertilização prejudicada, sejam um mecanismo de ação credível.

(3) Diminuindo a receptividade endometrial, frustrando a implantação do embrião

Enquanto há dados, ambos em animais e seres humanos, que mostram que o CE-LNG tem pouco efeito sobre o endométrio, outros dados mostram um efeito. Por exemplo, Ugocsai, Rózsa e Ugocsai (2002) observou que, quando foram administradas doses maiores de CE-LNG (isto é, sobre 2 vezes a dose normal) causaram perda óbvia de células ciliadas e pinopodes desaparecido. Isso poderia ter implicações para as mulheres que têm peso corporal e pode sofrer maior concentração de LNG.

À luz dos dados científicos mais recentes observado nestes artigos, a afirmação de moral certeza de ação não abortiva do CE-LNG não é justificável. Observamos anteriormente que o suporte de dados a hipótese de que o esperma funcional e os óvulos não são impedidos de fluir livremente para a trompa de Falópio e não há óbvio pelo que a fertilização não poderia ocorrer (KAHLENBORN, PECK, SEVERS 2015).

Noé et al.; (2011), Kahlenborn, Peck, Severs (2015), notou anteriormente que o CE-LNG pode diminuir o transporte do óvulo recém-fertilizado na trompa de Falópio, o que poderia lhe causar chegar ao endométrio fora da janela de implantação e levar a uma falha no implante.

_ O Contraceptivo de Emergência (CE) pode atuar como método abortivo?

Não é abortivo e ... *“não há encontro entre os gametas masculino e feminino e, portanto, não ocorre a fecundação”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 p. 21).

Entretanto, a fecundação pode ocorrer entre 1 a 5 dias após a relação sexual, estando a mulher em período fértil, e ali, nesse momento, começa a vida. A fertilização ocorre, em média 6 a 8 horas após o coito, quando os espermatozoides atingem o terço distal da tuba (REZENDE, 2011).

A própria OMS tem começado a difundir a ideia de que o momento da concepção ou seja, da gravidez, seria após o “óvulo” ter se implantado no útero, o que leva cerca de 6 a 8 dias após a fecundação, e com base nesse argumento afirmam que o CE não é abortivo (MINISTÉRIO SAÚDE 2011). Lembrando que óvulo nunca é implantado pelo organismo, somente há implante do ovo (óvulo fecundado), ou seja, só há implante se tem gravidez.

Especialistas alertam que o CE é abortivo, pois por ser utilizado até 5 dias depois da relação sexual, pode ocorrer fecundação do óvulo e como consequência impede que este ovo siga o percurso natural de implantação do útero (GALVAN, 2013).

Com o óvulo fecundado começa uma nova vida, ainda minúscula, mas ali já tem o código genético de um novo ser humano. No zigoto, está concentrada toda a potencialidade de desenvolvimento do ser humano (JUNQUEIRA, CARNEIRO, 2005).

Segundo MS (2011), não existe nenhuma sustentação científica para afirmar que CE seja um método que resulte em aborto, nem mesmo em um percentual pequeno de casos.

Ao contrário do que diz o MS, o efeito abortivo do CE é documentado na literatura médica. Foi observado que em 2001, a Corte Suprema do Chile proibiu a fabricação e comercialização do fármaco chamado “Postinal” (idêntico ao Postinor 2, contendo 0,75 mg de LNG). Em 2008, a mesma Corte proibiu a distribuição do CE pelo serviço público de saúde (HENRÍQUEZ, 2008). Existe relatos de outros países que proibiram o uso do CE devido ao efeito abortivo provocado comprovado cientificamente.

(4) Retardando ou inibindo a ovulação

Como já foi dito logo acima no mecanismo de terceira ação do CE-LNG, os óvulos não são impedidos de fluir livremente para a trompa de Falópio e não há óbvio pelo que a fertilização não poderia ocorrer (KAHLENBORN, PECK, SEVERS, 2015).

(5) Prejudicando a formação do corpo lúteo

O corpo lúteo produz progesterona para suportar o endométrio e desempenha papel fundamental na manutenção da gravidez (HACKER, MOORE, 1998). O CE-LNG, quando administrado no período pré-ovulatório, demonstrou ter 100% de eficácia na prevenção da gravidez clínica e sem eficácia quando administrada após a ovulação (NOVIKOVA et al.; 2007; NOÉ et al.; 2011). Deste modo, concluiu-se que a droga não tem efeito pós-fertilização.

No entanto, se o LNG é administrado na fase folicular tardia da janela fértil (antes da ovulação), pode alterar a secreção de LH, diminuir os níveis de progesterona, encurtar a fase lútea e gerar sangramento vaginal (SOULES et al.; 1989). Todas essas descobertas prejudicariam a capacidade do embrião de sobreviver. Assim, a administração pré-ovulatória do fármaco pode levar a efeitos pós-fertilização. Estes possíveis mecanismos de ação pós-fertilização são frequentemente ignorados em trabalhos recentes ou revisões sobre CE-LNG.

(6) Alterando o transporte precoce de embriões na trompa de Falópio

O mecanismo de transporte das trompas é essencial para transportar o embrião para o útero, de modo que a chegada ocorre dentro da janela de implantação estreita (dias 20 a 24) (NORWITZ, SCHUST, FISHER, 2001; WILCOX, BAIRD, WEINBERG, 1999).

Dois estudos analisaram o efeito do LNG na motilidade tubária e na frequência do batimento ciliar epitelial in vitro. Wanggren et al.; (2008) tratou trompas de Falópio obtidas após histerectomia com diferentes produtos individualmente para observar sua influência na motilidade tubária (WANGGREN et al.; 2008).

Um dos agentes foi o LNG, que foi adicionado em duas concentrações de 0,02 e 0,2 μM . Esse documento demonstra que o LNG reduz a motilidade tubária – medida pela área sob a curva - pelo menos 50 vezes mais eficientemente do que a progesterona em dose comparável (PECK, et al.; 2016).

Em um estudo anterior, Mahmood et al.; (1998), mostrou que níveis elevados de progesterona (10 $\mu\text{mol/L}$ ou superior), causaram uma redução significativa na frequência de batimento ciliar na trompa de Falópio (PECK, et al.; 2016).

2.7.4.1.3 Conclusão dos Estudos sobre o CE-LNG

Os argumentos utilizados para justificar o uso de CE-LNG como droga não abortiva apresentam fraquezas substanciais, além do que, a administração pré-ovulatória do CE-LNG não altera consistentemente fluxo e função de esperma ou óvulos, ainda assim é a ausência de gravidez clínica nos casos onde a fertilização é provável, o que sugere que o aborto é um mecanismo provável de ação (KAHLENBORN, PECK, SEVERS, 2015; PECK, et al.; 2016).

Lembrando que o termo “ausência de gravidez clínica” quer dizer que fecundou mas como não nidou ainda alguns autores não consideram gravidez, por isso dizem que não é abortivo, pois não a consideram. No entanto estão contrários à ciência que comprova gravidez a partir da fecundação do óvulo.

O CE-LNG não é tão eficaz quanto sendo promovido pelo Congresso Americano de obstetras e ginecologistas. Profissionais que dispensam CE-LNG para vítimas de estupro no período pré-ovulatório - se for dado dentro de dois dias da projeção ovulação - estão dando CE-LNG em um tempo no ciclo menstrual da mulher quando tem um potencial significativo para trabalhar através da morte do embrião (KAHLENBORN, PECK, SEVERS, 2015).

Profissionais que dispensam CE-LNG no pós-ovulatório, pode aumentar o risco de uma mulher de ficar clinicamente grávida; profissionais que dispensam CE-LNG em qualquer um desses períodos que não informam o paciente esses efeitos não estão permitindo que seus pacientes recebam o consentimento totalmente informado (KAHLENBORN, PECK, SEVERS, 2015).

Desde os dados mais recentes observam claramente que CE-LNG não interrompe efetivamente a ovulação e tem alto potencial para trabalhar via aborto quando administrado antes da ovulação (KAHLENBORN, PECK, SEVERS 2015).

Dado que a informação atualizada apresentada no Noé et al.; (2011) fortemente afirma o fracasso do CE-LNG em inibir a ovulação e fluxo de esperma, não é preciso rotulagem CE-LNG como simplesmente um contraceptivo. A nomenclatura relativa ao CE-LNG deve ser atualizada. Se administrado antes da ovulação, o CE-LNG deve ser rotulado como aborto/CE.

Existem muitas formas e meios de prevenção da gravidez. O importante é que a população tenha acesso às informações para que a mesma tenha liberdade e faça suas opções e que alguns métodos não lhes sejam impostos impedindo o conhecimento. A partir do conhecimento cada um avalia o que é melhor para si.

3 O ENSINO EM ENFERMAGEM E OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

3.1 Aspectos Históricos do Ensino em Enfermagem no Brasil

Em 1919, durante o governo de Epitácio Pessoa (Presidente do Brasil de 1919 a 1922), foi aprovada a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), através do Decreto 3.987 de 2/01/1920 que autorizava o Executivo a reorganizar os serviços de saúde pública dentro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI), com atribuições e mecanismos de financiamento federal amplos, ainda que mantivesse a necessidade de acordos com os estados para obras de saneamento e profilaxia, e a reestruturação do Serviço de Profilaxia Rural, não mais vinculado à Diretoria Geral de Saúde Pública, mas diretamente ao MJNI, o que significava um avanço considerável no papel do poder central nos campos da saúde pública e do saneamento rural (HOCHMAN, 1998).

Em 1923 foi inaugurada a Escola de Enfermeiras do DNSP, que posteriormente chamar-se-ia Escola de Enfermagem Ana Nery, tendo como diretora a enfermeira americana Claire Louise Kieninger (1923-1925); o mérito deste acontecimento deve-se, principalmente, ao sanitarista Carlos Chagas e ao grupo de enfermeiras norte americanas subvencionadas pela Fundação Rockefeller, cuja vinda foi a pedido do sanitarista, para prestarem serviço no Departamento (SANTOS, et al.; 2008).

Sendo assim, a Escola do DNSP foi criada com o propósito de formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condição necessária à continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado pelas epidemias da época. Para essa missão foram enviadas ao Brasil enfermeiras norte-americanas da Fundação Rockefeller (GALLEGUILLLOS, OLIVEIRA, 2001; SILVEIRA, PAIVA, 2011).

Coube a Wickliffe Rose, diretor da International Health Board (IHB) da Fundação Rockefeller, manter os primeiros contatos e convidar Ethel Parsons, enfermeira com formação especializada em saúde pública nos EUA que na época era enfermeira chefe da divisão de higiene infantil e enfermagem de saúde pública do Estado do Texas, para chefiar a Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil (FARIA, 1994).

Ethel Parsons iniciou seu trabalho no Brasil preparando um relatório após estudos sobre a situação encontrada nos hospitais do Rio de Janeiro, registrando que eram, na sua maior parte, bem construídos, mas superlotados; que os médicos eram homens interessados e a enfermagem era exercida por pessoas de ambos os sexos, porém as condições de atendimento não eram boas (SAUTHIER, BARREIRA, 1999).

Barros (1985), considera que a transposição do modelo norte-americano constituiu uma discrepância quanto à realidade existente no Brasil, pois mesmo criando esse mercado de trabalho em saúde pública, as verdadeiras perspectivas de trabalho se encontravam nos hospitais.

Ressalta-se que as enfermeiras norte americanas ocuparam as páginas da imprensa pelo trabalho realizado. Dito de outra maneira, oito dessas foram fotografadas, dentre outras imagens, para a Revista da Semana na matéria intitulada “Uma nobre missão da mulher”, que foi analisada e discutida, resultando pela postura representação de mulheres atenciosas, disciplinares, discretas, contidas, também, podendo ser entendida como apagadas em virtude dos trajes ostentados (AYRES, et al.; 2010).

A Fundação Rockefeller desempenhou papel fundamental no processo de valorização e na criação do campo da enfermagem de saúde pública no Brasil. Essa instituição apoiou com recursos humanos e financeiros a criação de serviços de enfermagem, valorizando, particularmente, o campo da saúde pública. Além disso, incentivou, com base em um modelo pedagógico desenvolvido pelas lideranças das enfermeiras norte americanas, a formação do ensino profissional da enfermeira para que atuasse nos serviços sanitários e como em qualquer outra área relacionada com a enfermagem. Havia uma preocupação em não formar profissionais menos capacitados e, por isso, o treinamento incluía o embasamento hospitalar (CASTRO, FARIA, 2003).

A partir de 1925, com a formatura da primeira turma da Escola de Enfermeiras do DNSP, teve início a inserção das enfermeiras brasileiras nos serviços do DNSP e o aperfeiçoamento de cursos no exterior. As enfermeiras eram admitidas no serviço de enfermeiras do DNSP, onde cumpriam um período probatório de um ano, e as que

se destacavam no curso eram premiadas com bolsas de estudos em universidades nos Estados Unidos (SAUTHIER, BARREIRA, 1999).

No período de 1925 a 1928, a escola foi dirigida por Loraine Geneviève Dennhardt. Apesar do acordo da Fundação Rockefeller com o governo brasileiro, para implantação da enfermagem moderna no Rio de Janeiro se esgotar em 1928, a Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil continuava atuando com apoio do poder central. Bertha Pullen ocupava o cargo de diretora da Escola nessa época, sua gestão se prorrogou até 1931 (SANTOS, et al.; 2008).

De 1949 até 1961, o ensino de enfermagem esteve entre os níveis médio e superior, pois havia escolas funcionando em ambos os níveis. As escolas de enfermagem não possuíam status de instituição de nível superior, sendo colocadas na periferia de um sistema de ensino superior de tradição intelectualista, já que a enfermagem possuía atividades técnicas. Além disso, era uma profissão essencialmente feminina, sendo que na sociedade predominava o conceito da competência masculina para certos ramos de atividade técnico científica (ABEn, 1980).

Desde o princípio, os programas de ensino eram semelhantes ao de escolas norte americanas, centrado na subordinação a prática médica. Muitas modificações foram realizadas ao longo dos anos nos currículos das escolas de enfermagem, estas mudanças sofreram influências das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil e no mundo. Neste contexto a enfermagem tem buscado construir um corpo específico de conhecimentos que leve a autonomia e especificidade. Entretanto, o modelo político pedagógico de formação curativa ainda é predominante e historicamente, não prioriza questões de saúde pública, de promoção da saúde e prevenção do adoecimento (GALLEGUILLLOS, OLIVEIRA, 2001; ITO et al.; 2006; SILVEIRA, PAIVA, 2011).

3.2 Competências do Enfermeiro

O enfermeiro deve desenvolver competências, mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes, em situações concretas de trabalho, que o levem a articular a prática pedagógica de caráter emancipatório e transformador pela visão crítica e global da sociedade, na perspectiva do cuidado integral e de qualidade (VILLAS BOAS, ARAÚJO, TIMÓTEO, 2008). Considerando o tema em estudo, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF, 2001) buscam orientar as instituições para uma adequada formação dos currículos, com a intenção de construir um perfil acadêmico e profissional voltado para competências gerais e específicas a serem alcançadas pelo profissional recém-formado.

O profissional de saúde qualificado é aquele que tenha sido educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes e nascimentos normais e período pós-parto imediato (WHO, 2004). Por isto existe uma necessidade do profissional que leciona esta especialidade, que seja devidamente preparado.

No documento da Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2002) sobre as Competências Essenciais para o Exercício Básico da Obstetrícia é preconizado, para o alcance de uma prática segura, que os profissionais tenham conhecimentos e habilidades específicos e essenciais na atenção, durante a gravidez. O documento salienta que o Modelo de Cuidado em Obstetrícia deva estar baseado na premissa de que os profissionais devem assumir a responsabilidade e responder por sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados nos cuidados de saúde de cada mulher, de forma competente (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2002).

A competência pode ser definida como a habilidade de desempenhar uma tarefa específica, de modo a produzir resultados desejáveis. A competência é considerada o principal marco do desenvolvimento profissional, mas ao mesmo tempo não é o ponto final. Ela vem com a proficiência e o resultado de status de *expert* e com muitos anos de experiência e crescimento profissional (KAK, BURKHALTER, COOPER, 2001).

Desempenhar e desenvolver as competências, de acordo com os padrões, é a base de sustentação para um adequado desempenho de atividades e para garantia da qualidade na saúde. A importância de desempenhar tarefas, de acordo com os padrões estabelecidos, está na definição para ambos, profissionais e clientes, da necessidade de realizar um serviço de qualidade (MARQUEZ, 2001).

Os padrões e protocolos nacionais que definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde são essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade (MACDONALD, STARRS, 2003).

No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação. Nesse sentido, a ICM vem assumindo o compromisso de estabelecer as competências essenciais em obstetrícia de que um profissional necessita para atender de forma competente.

Os profissionais que prestam cuidados diretos a mulher e ao recém-nascido possuem como competências: Cuidados de Enfermagem à Mulher e Família, no seu Ciclo Reprodutivo, e ao Recém-nascido. São legalmente habilitados para a assistência à gestação e parto normal e capacitados para avaliar riscos e complicações que possam surgir (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES 2002; COREN, 2016).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção:

Planeamento familiar e pré-concepcional: assistência à mulher no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; Gravidez: assistência à mulher durante o período pré-natal; Parto: assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto; Puerpério: assistência à mulher durante o período pós-natal; Climatério: assistência durante o período perimenopáusic; Ginecologia: assistência à mulher nos processos ginecológicos; Comunidade: assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES: 2002; DIÁRIO DA REPUBLICA, 122/2011).

A Ordem dos Enfermeiros publicou em Diário da República a 18 de fevereiro de 2011, em forma de regulamento o perfil de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e o perfil de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) (DIÁRIO DA REPUBLICA, 127/2011). Estes documentos legais são o resultado do trabalho desenvolvido desde 2005, envolvendo um grupo alargado de peritos, auscultados todos os enfermeiros e aprovado na Assembleia Geral de 29 de maio de 2010.

O parto na água, portanto parto natural, enquadra-se nas competências/prática clínica dos EEESMO, e para a sua realização não necessita de “acompanhamento” médico (MCEESMO, 2014). Quanto às competências dos EEESMO, a legislação em vigor diz-nos que estes profissionais estão habilitados a: I. Lei 9/2009 de 4 de março, artigo 39º:

Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto no útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados; Fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência; ... designadamente a extração manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual; Examinar e assistir o recém-nascido, tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata; Cuidar da parturiente... (MCEESMO nº 51/2014, p.2).

A Enfermagem historicamente se destaca como a “ciência do cuidar” desde os tempos de Florence Nightingale, com isso o enfermeiro deve buscar competências para o desempenho de um papel estratégico e para seus resultados, que envolvem, sem dúvida, o alcance de uma prática assistencial de excelência. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação. Nesse sentido, as competências essenciais em obstetrícia de que um profissional necessita para atender de forma competente estão estabelecidas.

3.3 Enfermagem e Saúde

A enfermagem contribui para a saúde na medida em que o fazer ciência passa a ser um descobrir, um desvelar de verdades em torno do mundo, dos seres vivos, das coisas que até então repousavam à espera do desnudamento, dando sentido,

objetivo a algo que novas necessidades emergentes da prática profissional impõem (FREIRE, 2012).

A enfermagem, enquanto ciência e profissão, existe desde o século XIX, e tem por intuito ajudar o homem em sua trajetória, como um ser de cuidado. O cuidado tem sido considerado por muitos autores da enfermagem, como a sua essência, o modo de ser desta profissão, e é conceituado por Waldow (1998, p.127), como o conjunto de “comportamento e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”.

A enfermagem consiste em um misto de ciência e arte que tem como pilar profissional o cuidado humano (RAVELLI, MOTTA, 2005). Nesse contexto, encontrou suporte para se desenvolver como profissão comprometida com o cuidado holístico e com a transcendência do ser humano. A relação de proximidade com os sujeitos, fez com que o enfermeiro adquirisse consciência sobre questões que vão além da doença em si, mas que exercem significativa influência sobre o processo saúde-enfermidade-cuidado.

A Organização Mundial de Saúde, após a Conferência Internacional de Saúde em 1946, definiu saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou incapacidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Este conceito de saúde bastante amplo e ainda muito utilizado, é apontado como utopia desde aquela época, visto que, o “completo bem-estar” é dinâmico e subjetivo para cada ser humano em seu contexto e sua individualidade (SEGRE, FERRAZ, 1997; SCLIAR, 2007).

O máximo de aproximação que a ciência epidemiológica tem se permitido definir como saúde é um atributo de determinado grupo não doente entre todos expostos aos fatores de riscos em uma dada população (ALMEIDA FILHO, 2011).

Há de se lembrar que apesar de tão ampla e subjetiva, a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, prevista pela Constituição Federal e o Estado têm o dever de atender as necessidades de saúde de toda a população de modo integral e igualitário

tomando medidas que visem à redução do risco à doença e de outros agravos e por meio de ações e serviços que levem a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A lei que ordena a saúde, na verdade garante a proteção da saúde como valor irrenunciável e essencial, não abstendo o dever do poder público em promover o bem-estar das pessoas, seja resguardando-os de atos que possam afetar-lhes a saúde, seja promovendo políticas de proteção desse valor. Entretanto, a saúde não depende apenas de políticas públicas, mas também de práticas e comportamentos individuais e coletivos, ou seja, de um conjunto de fatores e circunstâncias que se interagem. Ter o direito não garante a saúde de ninguém (MILAGRES, 2010).

Pensando no direito à saúde e em outros fatores acima citados, a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (2006) apresenta em um dos seus fundamentos, efetivar a integralidade, em seus vários aspectos, buscando a ação interdisciplinar e em equipe. A integralidade nesse sentido é o cuidado integral, da promoção da saúde à cura e à reabilitação permitindo que o usuário do Sistema Único de Saúde, obtenha além da atenção à doença, um atendimento digno e atenção integral para caminhar em direção à promoção de saúde. Essa preocupação deve estar presente no cotidiano de todos os profissionais de saúde em qualquer nível de atenção e, em especial na atenção básica (GARCIA, EGRY, 2010).

Sendo assim, como atuante da PNAB o enfermeiro participa como um integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência (COFEN, 2007).

O enfermeiro desenvolve suas ações nos três níveis de complexidade do SUS (Primário – unidades básicas de saúde; Secundário – unidades de pronto atendimento; Terciário – hospitais) e, como tal, deve se engajar plenamente na luta pelos valores por ele preconizados, bem como na concretização do princípio da integralidade. (PINHO, SIQUEIRA, PINHO, 2006). Trata-se de um discurso presente na formação de enfermeiro de que o cuidado ao paciente ou cliente deve ser integral

e de que suas ações nesse fazer devem ser de totalidade, procurando cuidar sempre de modo holístico (BRASIL, 2001).

3.4 A Enfermagem na Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiar (BRASIL, 2011).

No início do século XX e até meados da década de 70, a mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. As ações eram verticalizadas e centralizadoras, o que distanciava as medidas adotadas das reais necessidades dessa população-alvo (COELHO, 2003).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda da política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MOURA, SILVA, 2004; PEREIRA, 2011).

Nesse contexto, marcado por reivindicações surge em 1983 à proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (LEITE, PAES, 2009), que adotava, com dificuldade, políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios

de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984; OSIS et al.; 2006; BRASIL, 2011b).

A mulher até então, era vista em suas especificidades biológicas e sociais na gravidez e no parto, caracterizando-a como mãe cuidadora dos filhos, da casa, e com políticas voltadas ao atendimento materno infantil, e após a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) as duas áreas técnicas (Mulher e Criança) foram separadas em: Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde da Mulher. (BRASIL, 2011b; RATNER, 2014).

A partir desse contexto de mudança de paradigmas é que a temática Saúde da Mulher é ampliada nas preocupações nas políticas públicas surgindo assim em 2005 a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, momento no qual a mulher passa a ter o direito de decidir sobre o momento de ter filhos, através do acesso aos métodos contraceptivos bem como a assistência quanto a infertilidade, posterior surge o Plano Nacional de Políticas para mulheres, cuja implantação compreende o período de 2004 a 2008, com uma preocupação diferenciada que busca promover a independência financeira da mulher, considerando as dimensões étnico-raciais e a questão de gênero nas relações de trabalho (BRASIL, 2008).

No período de 2004 a 2011 é trabalhada na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que objetiva promover melhorias das condições de vida das mulheres mediante garantia de direitos e ampliação dos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nessa perspectiva a assistência a mulher negra também é pautada nas políticas de assistência a mulher sobre a ótica de promover equidade junto a esse grupo até então não amparado nessas políticas, estudos sobre a mortalidade de mulheres em idade de 10 a 49 anos busca contribuir na definição de estratégias de ação locais que levem à melhoria da qualidade da atenção em todo o país (BRASIL, 2008).

Preocupações quanto ao tráfico de pessoas, violência doméstica e sexual, doenças sexualmente transmissíveis passam a ter discussões ampliadas e debatidas através de ações documentadas dentro das políticas nacionais, objetivando instrumentalizar profissionais e usuários em todo o território brasileiro (BRASIL, 2011).

Através da nova visão do programa como política nacional, algumas conferências são realizadas para discussão da implantação de um plano nacional, de atenção à saúde da mulher, onde em 2011, na 3ª conferência, ocorre sua autenticação, tendo como um de seus objetivos, a preocupação e o compromisso na implementação de ações, para a redução dos índices de morbimortalidade obstétrica, por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2014a), enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para tanto, além de disponibilizar recursos e ampliar a cobertura, a implantação de programas deveria ser usada com efetividade e de forma equitativa. O foco dado no atendimento à saúde reprodutiva, a atenção ao pré-natal e ao parto, na presença de profissionais especializados é que promove a mudança no atendimento e corrobora com a redução do índice de mortalidade materna (CAVALCANTI et al.; 2013; BRASIL, 2013c).

Para Merighi e Gualda (2009), a mortalidade materna no Brasil, está relacionada a questões que envolvem vários aspectos, entre eles sociais, culturais e patologias associadas na gestação. Deste modo, também inclui como um dos fatores envolvidos, a prestação dos cuidados pelos profissionais de enfermagem, de forma isolada, sem a visão do todo, favorecendo o atendimento coletivo e não individual.

Sendo assim, a saúde da mulher no Brasil avançou muito nos últimos 25 anos e o SUS deve ser reconhecido como responsável por esses avanços. Mas é preciso reconhecer ainda que esses avanços ainda não atingiram a vida cotidiana da maioria das mulheres brasileiras e que ainda convivemos com situações de injustiça que causam indignação, pois são facilmente modificáveis (BRASIL, 2011).

3.3 Educação em Saúde e a Enfermagem

Acompanhando as evolutivas exigências curriculares, as Diretrizes Curriculares, promulgadas em 2001, definem que a formação do enfermeiro objetiva dotar o profissional dos conhecimentos necessários ao exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde preconiza que as ações do enfermeiro na atenção primária à saúde visam promoção, proteção e recuperação da saúde, com uma abordagem integral da família, destacando, dentre diversas atribuições comuns à equipe de enfermagem, a organização de grupos e atividades de educação para a saúde (BRASIL, 2012). Como membro dessa equipe, o enfermeiro realiza um conjunto de atividades como planejamento, organização, execução e avaliação, atuando com um olhar voltado para as necessidades da comunidade, adotando uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente a fim de promover uma aliança política entre o saber popular e o saber técnico-científico (DONADUZZI, 2009).

Gurgel e colaboradores, (2011) salientam que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida do indivíduo, da família e da coletividade. E, como é o profissional mais presente junto aos usuários e na maioria das ações, está apto a assumir um papel estratégico no desenvolvimento da promoção da saúde, principalmente no que se refere às ações de educação em saúde e práticas educativas. Assim, o profissional enfermeiro é o agente potencial de mudança e desenvolve ações educativas, abrindo grandes possibilidades de discussões entre o senso comum e a ciência (PROGIANTI, COSTA, 2012).

A ação educativa está no centro da prática profissional do enfermeiro e permeia todo o trabalho assistencial fazendo parte do cuidado em enfermagem (ACIOLI, 2008; LEONELLO, OLIVEIRA, 2008).

Segundo Lopes, Anjos e Pinheiro (2009), o enfermeiro como educador ao desenvolver ações educativas deve sistematizar o cuidado, dedicando-se não apenas

à doença, mas estimulando a autonomia. As autoras também destacam a importância da enfermagem como profissão de compromisso social, sensível aos problemas e direitos humanos e como ciência que busca novas metodologias para o alcance da melhoria da qualidade de vida e da assistência, mediante atividades educativas de saúde e intervenções apropriadas.

Amaral et al.; (2011) reforçam ainda que a ação do enfermeiro é relevante como educador por sua formação, que possibilita a compreensão das particularidades de cada ser que demanda seus cuidados.

Assim, a enfermagem, como profissão do campo da saúde, tem o trabalho com grupos como uma ação usual e o enfermeiro como principal agente do trabalho grupal (ABRAHÃO; FREITAS, 2009; SOUZA, 2011). Isso se dá porque o enfermeiro apresenta em todo o seu percurso, da graduação até no exercício profissional, atividades em grupos. Como afirmam Munari e Fugerato (2003, p.11) “na área da enfermagem a utilização de grupos não constitui propriamente uma novidade”.

Nessa perspectiva, ressalta-se que os profissionais de saúde podem utilizar várias ferramentas para executar as ações de educação em saúde, como palestras, explicações, debates, sempre incluindo o usuário, fazendo com que ele participe, expressando seus sentimentos e dúvidas. Um bom programa de educação é aquele no qual o usuário tem a oportunidade de visualizar a prática apreendida e também realizá-la. A educação em saúde pode ser promovida em qualquer momento e lugar. (ZAMBOM, ZANOTTI, CRUZ, 2009).

Assim, pode-se ressaltar que o enfermeiro utiliza a educação em saúde constantemente, sendo esta peça chave dentro de uma boa assistência em enfermagem, pois através desta se modificam padrões de estilo de vida que predisõem pessoas aos riscos de saúde (ARAUJO, OLIVEIRA, 2009).

Ao realizar ações de educação em saúde, o profissional deve buscar a construção compartilhada de conhecimento. Este processo inclui o diálogo, valorização das vivências do usuário, troca de experiências, respeito pelo indivíduo e potencialização da autonomia, contribuindo para a prevenção de doença e para a

promoção da saúde (SILVA, DIAS, RODRIGUES, 2009; CANDATEN, GERMANI, 2012).

Atualmente é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para a assistência integral e contínua dos usuários da unidade básica, identificando situações de risco e muito mais do que isto, que ele esteja preparado para desenvolver ações educativas em parceria com a comunidade, para a melhoria do autocuidado dos indivíduos (ALVES, 2005).

3.6 Estratégia de Ensino na Enfermagem

O método tradicional de ensino são as aulas expositivas, transmissão de informação e conhecimentos em que a participação do aluno é mais passiva. Denomina-se esta prática de “educação bancária”, na qual o papel do aluno é limitado a receber depósitos, guardar, arquivar, preocupando-se basicamente com a transmissão do conhecimento e com a experiência do professor, sem atender para os alunos como pessoas que fazem parte de um contexto maior. A cada dia os professores procuram buscar técnicas diferentes para fazer os alunos aprenderem além daquela técnica tradicional (MOURA, MESQUITA, 2010).

A aprendizagem é definida como uma mudança no comportamento (conhecimento, atitudes e/ou habilidades) que pode ser observada ou medida e que ocorre a qualquer momento ou em qualquer lugar como resultado da exposição a um estímulo ambiental. A aprendizagem é a ação pela qual o conhecimento, as habilidades e as atitudes são consciente ou inconscientemente adquiridos, de modo que o comportamento é alterado de alguma maneira. O sucesso do empenho do educador enfermeiro em ensinar é medido não por quanto conteúdo tenha sido ministrado, mas, principalmente, pelo quanto o aluno aprendeu (BASTABLE, 2010).

Um conjunto crescente de evidências sugere que a educação efetiva e a participação do aluno andam lado a lado, conforme Bastable, (2010). O enfermeiro docente deve agir como um facilitador, criando um ambiente voltado à aprendizagem, que motive e possibilite a pessoa a querer aprender. A análise da concepção de um plano de ensino, o implemento de métodos e materiais educativos, e a avaliação do

ensino e da aprendizagem devem incluir a participação tanto do docente quanto do aluno.

A formação em todos os níveis busca a transformação social. No ensino superior especificamente de enfermagem pode-se afirmar que alunos e docentes têm o consenso quanto a formar profissionais capacitados e comprometidos com a ética e o bem-estar da comunidade a ser assistida. Estudiosos da área de ensino superior de Enfermagem preocupam-se em analisar componentes curriculares da Enfermagem, reformulação de projetos pedagógicos, bem como caracterizar o ensino superior de Enfermagem (MOURA; MESQUITA, 2010).

Por consequência, é durante os cursos de graduação que o docente possui o papel fundamental não apenas no ensino-aprendizagem de temas técnicos, como também na formação ética do caráter que será projetado nas atitudes do futuro profissional. Assim há que se focalizar um ensino reflexivo, a fim de desafiar, estimular e ajudar os alunos no estabelecimento de habilidades e competências que fortaleçam o compromisso profissional (ARAÚJO, 2014).

Atualmente o enfermeiro segundo Moura e Mesquita (2010) possui formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, características essenciais que o qualificam com rigor científico e intelectual pautado nos princípios legais e éticos. Em adição o curso de enfermagem é baseado na ciência e arte do cuidar. Essa temática é deveras relevante ao profissional enfermeiro docente, pois deste se exige domínio técnico e didático para exercer as funções profissionais, fato que merece destaque pelo predomínio curricular de práticas técnicas.

Os docentes não se consideram mais simples transmissores de conteúdo. Para Bastable (2010), na verdade, o papel do docente mudou da posição tradicional de fornecedor de informações para o de arquiteto e coordenador de um processo. A alteração de papéis, da abordagem tradicional centrada no docente para aquela centrada no aluno, é uma mudança de paradigma que requer habilidades de análise diagnóstica das necessidades do estudante, além da habilidade de envolvê-lo no planejamento, conectá-lo com as fontes de aprendizagem e encorajá-lo em sua iniciativa.

O novo paradigma educacional tem como foco a aprendizagem do aluno e não o ensino do docente. Isto é, o educador se torna um guia, assistindo o aluno em seu esforço para determinar os objetivos e as metas do aprendizado, são parceiros ativos nas tomadas de decisão por meio da aprendizagem (BASTABLE, 2010).

O docente de enfermagem precisa instrumentalizar-se teoricamente por meio da leitura e da reflexão, no que diz respeito às tendências pedagógicas, ampliando seus conhecimentos na área de ensino e, como resultado, escolhendo estratégias de ensino adequadas para facilitar o aprendizado, fazendo com que seus alunos reflitam criticamente e edifiquem o próprio saber (ARAÚJO, 2014).

Estratégias de ensino são condições que orientam o caminho para o mister de ensinar, englobando os meios facilitadores da relação docente-aluno, na conquista do conhecimento e de novas perspectivas pedagógicas. Também podem ser definidas como o caminho escolhido ou criado pelo docente para direcionar o aluno, fundamentado numa teorização a ser aplicada na sua prática educativa (ALMEIDA; SOARES, 2010).

Na leitura e decodificação de Morita (2006), o conceito de estratégias de ensino e aprendizagem pode ser ampliado, considerando estratégias como meios utilizados pelo docente para facilitar o processo de aprendizagem dos alunos. Observa-se que as estratégias constituem uma arte de decidir sobre o conjunto de dispositivos que favoreçam o alcance dos objetivos educacionais pelo aprendiz.

Na graduação de Enfermagem, a aprendizagem pode ser facilitada com a utilização de toda uma variedade de estratégias de capacitação. O aluno deve ter a oportunidade de praticar inicialmente as habilidades sob situações controladas ou simuladas com o auxílio de modelos anatômicos e videoteipe com simulações de procedimentos de enfermagem (MORITA, 2006).

É fundamental, para o ensino teórico de qualquer conduta, a necessidade de se assegurar que cada procedimento ensinado esteja relacionado com o mundo em que vai ser utilizado. E a repetição é necessária, para que os alunos alcancem

habilidades, no sentido de que, quanto mais realista for a situação de aprendizagem, mais eficaz esta será (ARAÚJO, 2014).

Portanto, para se ter uma qualidade no ensino, o docente deve estar capacitado para esta diversidade e prever a necessidade da utilização de métodos e recursos variados para o ensino-aprendizagem, motivando e estimulando a participação dos alunos nesse processo, além de estar tecnicamente muito bem preparado (ARAÚJO, 2014).

Desta forma, entendemos que o docente deve buscar novas estratégias de ensino, que extrapolem o simples repasse de conhecimento, despertando uma consciência crítica no aluno, que possivelmente ajudará a alicerçar uma nova Enfermagem. Para tanto, acreditamos que a formação do profissional deve privilegiar situações de aprendizagem, concedendo atitudes criativas, críticas e transformadoras (ARAÚJO, 2014).

Enfatizamos que a dinâmica de perguntar, raciocinar e questionar contribui no desenvolvimento da forma de pensar. Não de ser incluídos meios de desenvolver o pensamento crítico como parte integral na formação do enfermeiro, para que possa repercutir diretamente na sua liderança (ARAÚJO, 2014).

O professor deverá ser um verdadeiro estrategista, o que justifica a adoção do termo estratégia, no sentido de estudar, selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas facilitadoras a fim de que os estudantes se apropriem do conhecimento (ANASTASIOU, ALVES, 2004).

As estratégias de ensino-aprendizagem são aspectos fundamentais na atuação do docente. O sucesso de uma estratégia de ensino-aprendizagem, porém, vai depender da integração de fatores relacionados, tanto ao professor quanto ao aluno, fatores estes que implicam motivação, conhecimento e, principalmente, persistência. O envolvimento desse processo resulta na formação para o ensino superior em uma troca significativa de saberes onde o docente também é aprendiz e pode possibilitar, ao aluno que seja docente, numa troca valorosa de papéis (MOURA, MESQUITA, 2010).

O conceito de estratégias de ensino-aprendizagem como propiciadoras de participação ativa do aluno estabelece que a relação entre como ensinar e os conteúdos explorados determina a contribuição da prática pedagógica para a conservação e superação da sociedade mais ampla. O professor repassa o conteúdo, mas o aluno participa, e isso facilita o aprendizado, a aula fica mais fácil e os alunos gostam dessa interação (MOURA, MESQUITA, 2010).

3.4 Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas

Já sabemos que educar é um desafio. Camacho e Santo (2001), já entendiam que para empreenderem ações na área de enfermagem, é preciso a busca constante de conhecimento, que pode iniciar-se na sala de aula, onde o aluno aprende a refletir, analisar e compreender a prática.

Frente a estes desafios para educar, as estratégias de ensino em sala de aula são alternativas para melhorar a qualidade de ensino-aprendizagem na educação profissional. Porém, é preciso embasamento teórico-científico, ou seja, capacitação docente contínua, além de investimentos nos recursos físicos e materiais (OKANE, TAKAHASHI, 2006; CAMELO, 2009).

O ensino de graduação, sobretudo na área da enfermagem, não pode estar voltado apenas para o desempenho técnico. As instituições de Ensino Superior devem se orientar para uma formação profissional com competência técnica e científica e, especialmente, com ampla visão da dimensão humana, no sentido de oferecer, ao aluno, conhecimento e habilidade para falar, ouvir, reconhecer e expressar sentimentos, desenvolvendo sua própria grandeza como pessoa e profissional (CAMILLO, SILVA, NASCIMENTO, 2007; KESTENBERG et al.; 2006).

Adotam-se então novas formas de ensino-aprendizagem e organização curricular, buscam-se desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações capazes de transformar a realidade social, ganha destaque neste contexto as metodologias ativas de aprendizagem: Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas, que ancoram-se na pedagogia crítica e tem em comum o fato de trabalharem intencionalmente com problemas para o

desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e valorizam o aprender a aprender (MARIN et al.; 2010).

É indispensável que o professor esteja preparado tanto para as habilidades específicas de sua área, como também, para as habilidades relacionais que podem favorecer ou dificultar o aprendizado desejado, pois o docente passa a ser não mais o transmissor, mas sim o mediador para se alcançar o conhecimento (LIMA, APPOLINÁRIO, 2011). Diante dessa necessidade de mudança da formação profissional entendemos que a metodologia da problematização implica em alcançar resultados que vão além do domínio cognitivo.

A problematização é mais propícia para encorajar os alunos [...] a refletirem sobre a situação global de estudo de uma realidade concreta, com seus conflitos e contradições. [...] A problematização volta-se com o fito de questionar o quanto determinada experiência mudou a compreensão, a apreensão, as atitudes e o comportamento de cada grupo (alunos e professores), visando a consciência crítica e não apenas à compreensão dos conceitos e mecanismos básicos da ciência. Supera, portanto, o domínio cognitivo do conhecimento (CYRINO, PEREIRA, 2004, p.785).

Considerando esse contexto, as técnicas de ensino devem incluir de forma planejada e organizada alguns dos seguintes aspectos: o que se deve ensinar – conteúdo programático, para que ensinar – o objetivo, como ensinar – as estratégias (VILAGRA, 2012).

Através das estratégias aplicamos ou exploramos meios, modos, jeitos, formas, de evidenciar o pensamento, portanto, respeitando as condições favoráveis para se executar ou fazer algo. Por isso, o conhecimento do aluno pelo professor e seu crescente autoconhecimento é essencial para a escolha e a efetivação da estratégia, com seu modo de ser, agir, estar e sua dinâmica pessoal (ANASTASIOU, ALVES, 2004).

Como implementar essas metodologias é o grande desafio para os professores das escolas de enfermagem, que, em sua maioria, se formaram por metodologias tradicionais, nas quais para o professor dominar o conteúdo bastava ser um bom

transmissor do conhecimento, habilidades e atitudes de enfermagem. Portanto, hoje sabemos que conhecimentos, habilidades e atitudes no campo da saúde precisam ser construídas pelos estudantes, a partir de seus conhecimentos e culturas prévias por meio de um processo de ação-reflexão-ação (LAMPERT, 2009).

Sabemos que é importante mudar a concepção hegemônica tradicional para uma concepção interacionista, de problematização das práticas e saberes, isto é, mudando a visão racionalista e concentradora na produção do conhecimento para o estímulo à produção do conhecimento por argumentos de sensibilidade e autocrítica (MOURA, MESQUITA, 2010).

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o aluno, pois, diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a significar de outras formas suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (MITRE et al., 2008).

Este estudo aborda o mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais e se existe relação com o aborto, mediante análise crítica do conteúdo o profissional poderá esclarecer com embasamento científico sobre o tema uma vez que o impacto desta abordagem na universidade demonstra-se altamente positivo no intuito de alcançar o maior número de indivíduos no processo de ensino, partindo de uma atuação no âmbito acadêmico, alcançando por meio dos alunos e professores a sociedade.

3.5 A Prática Educativa na Enfermagem

O enfermeiro é um profissional integrante de sua equipe, tendo a ação educativa como um de seus princípios norteadores, que se concretizam nos vários

espaços de realização das práticas de enfermagem em geral, e especialmente na saúde pública (ACIOLI, 2008).

Acioli, (2008) reflete a importância da prática educativa como forma de cuidado na Enfermagem em Saúde Pública a partir de uma experiência desenvolvida no Projeto de Extensão Universitária, estas reflexões relacionam-se à experiência de extensão desenvolvida no projeto "Aprendendo e Ensinando com o Alto Simão". Este projeto iniciou-se em 1997 e desenvolve-se na localidade do Alto Simão no bairro de Vila Isabel, Rio de Janeiro. A criação do projeto teve como principal elemento motivador o desenvolvimento de atividades do currículo integrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ (FENF/UERJ) nesta localidade.

A partir desta experiência com o ensino da graduação, observou-se a necessidade de manutenção de um canal permanente de interação com os moradores para o estabelecimento de vínculo e relação de confiança entre os sujeitos envolvidos. As experiências docentes junto a grupos populares, geralmente se restringem ao momento em que as atividades de interesse pedagógico são desenvolvidas, o que reforça entre os participantes um sentimento de serem objetos de uma ação e não sujeitos. Além disso, pensou-se a possibilidade de desenvolver ações que pudessem responder a algumas das demandas e interesses percebidos junto aos grupos de moradores.

Observou-se então a aceitação da proposta de caráter educativo, relação de confiança e diálogo entre os sujeitos. O convívio e o respeito às diferenças tornam-se algumas vezes um fator tão ou mais importante do que as informações técnicas no desenvolvimento das ações educativas junto aos grupos sociais de caráter popular.

Seus resultados apontaram para as várias formas de perceber o cuidado e sua relação com a ação educativa. Concluiu percebendo que há uma potencialidade na extensão enquanto espaço de formação voltada para o cuidado e como produção de conhecimento, além da centralidade da ação educativa para a Enfermagem em Saúde Pública (ACIOLI, 2008).

Em um outro estudo, esse descritivo, qualitativo, realizado por Guerreiro, et al. (2014), que objetivou apreender os conteúdos das representações sociais de puérperas sobre a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal na atenção básica de saúde, ao qual participaram 31 usuárias de Centros de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, maiores de 18 anos, no puerpério, com no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta puerperal.

Observou-se que as representações das puérperas sobre a educação em saúde estão ligadas às práticas educativas institucionais, com destaque para as palestras, educação familiar e escolar, educação comunitária. Predomina a pedagogia tradicional, com transmissão de informações, pontuais e generalizadas. Faz-se necessário mudar a lógica pedagógica, expandindo-se as estratégias em grupos educativos com construção e compartilhamento de saberes.

Faz-se necessário também a persistência dos profissionais no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas na área de saúde da mulher como criação e manutenção de grupos de gestantes, grupos de puérperas, grupos de casais, dentre outras atividades para o compartilhamento de saberes e interação entre os usuários, gerando esforços para a realização da prática educativa como forma de melhorar o impacto dessa ação na saúde física, mental e emocional da mulher no ciclo gravídico-puerperal (GUERREIRO, et al.; 2014).

Ainda propondo sobre a melhoria das ações educativas na enfermagem, nos deparamos com a Estratégia Saúde da Família (ESF) concebida pelo Ministério da Saúde já no ano de 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e para a atenção hospitalar (RONCALLI, 2003).

A ESF representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem da questão da saúde da população: primeiro, busca ser uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde; segundo, é uma proposta de reorganização da atenção básica com o eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. Esta concepção não é mais centrada somente na

assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações inter setoriais (DITTERICH, 2005).

Segundo Szymanski (1994) o ponto de partida para o trabalho com família é a compreensão, por parte do profissional de saúde, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na sua vida em família. Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta e propor ações preventivas, é uma das funções dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da família. Dentre os diversos programas ofertados pela ESF encontra-se o planejamento familiar.

Trabalhando o planejamento familiar, a ampliação de mulheres e homens à informação aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que se possa garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. Para que isto se efetive, é preciso contar com profissionais enfermeiros capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva (BRASIL, 2002).

Em um estudo realizado por Paz, Ditterich (2009), em uma Unidade Saúde da Família (USF) em Curitiba – PR, com o objetivo de analisar o conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos bem como descrever o perfil socioeconômico das participantes do planejamento familiar, ao qual utilizou-se de uma pesquisa de abordagem qualiquantitativa, descritiva e de campo, efetuando uma entrevista estruturada com doze mulheres nas quais estavam cadastradas no planejamento familiar na respectiva unidade. Concluiu-se que as mulheres possuem um nível sócio econômico estável, causando uma melhoria na qualidade de vida com relação à independência financeira e que apesar da falta de entendimento sobre o seu método contraceptivo, elas estão planejando o nascimento de seus filhos, fazendo uso da anticoncepção (PAZ, DITTERICH, 2009).

Disseram ainda que suas participantes possuem uma qualidade de vida regular, e que independente do estado civil e idade elas estão cuidando de si, conquistando suas próprias decisões e planejando o nascimento dos seus filhos. Este

trabalho demonstra a necessidade de se aprofundar o conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos, através de reuniões, que na maioria das unidades de saúde acontecem somente para hipertensos, diabéticos e adolescentes, mas para o planejamento familiar é realizada somente a entrega do método anticoncepcional e orientações superficiais, o que demonstra a necessidade da equipe de saúde realizar atividades preventivas contínuas, para oferecer à clientela os conhecimentos necessários à respeito dos métodos contraceptivos (PAZ, DITTERICH, 2009).

Ainda contemplando o assunto sobre métodos contraceptivos e a prática educativa na enfermagem, encontramos uma pesquisa quantitativa realizada por Garcia, Oliveira, Resende (2015), com aplicação de questionário a 164 mulheres em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em Teixeira de Freitas - Bahia, com o objetivo de verificar o conhecimento da população feminina em idade fértil sobre o uso da pílula do dia seguinte.

A pesquisa mostrou que ainda existe muita desinformação sobre o tema, o que contribui para a falta de planejamento familiar. Os profissionais que atuam em UBS devem realizar palestras e divulgação dos métodos contraceptivos, inclusive a pílula do dia seguinte como método contraceptivo emergencial (GARCIA, OLIVEIRA, RESENDE, 2015).

A escolha desta Unidade Básica de Saúde (UBS) específica, se deu pelo grande crescimento populacional nos últimos anos, sem o devido planejamento familiar. Vale ressaltar que a cidade do extremo sul baiano vem crescendo de forma significativa nos últimos dez anos (IBGE, 2013).

Foram encontrados os seguintes resultados: 47% das mulheres em idade fértil afirmaram que usam pílula anticoncepcional de uso contínuo, 32% afirmaram que usam camisinha, 19% afirmaram que utilizam outros métodos. Nenhuma mulher afirmou "não costumo me proteger" e apenas 2% afirmou que fazem uso do "coito interrompido" ou DIU. Assim, é possível afirmar que as mulheres usuárias da UBS têm informação sobre a importância do uso de um método contraceptivo e assim praticar o planejamento familiar de forma eficiente.

Quanto ao uso, 70% nunca usaram o método de contracepção emergencial. Mesmo que os profissionais conheçam a Anticoncepção de Emergência, não significa que o mesmo distribui e divulga esse método.

É possível afirmar a importância que o planejamento familiar tem, visto que é questão de saúde pública. Observa-se que sua falta gera inúmeros problemas socioeconômicos, ressaltando assim o importante papel que o profissional de saúde exerce, incentivando e divulgando o planejamento familiar junto com os métodos contraceptivos. A divulgação do planejamento familiar desacelerará o crescimento desordenado da população, trazendo muitos benefícios para a família e a sociedade.

Reforça-se o papel do profissional de saúde no objetivo de promover a educação para a saúde. O presente trabalho mostrou que há uma completa desinformação sobre o tema.

O exercício da profissão em saúde requer cuidado humanizado, um olhar individualizado, mas também coletivo e, um papel de promotor de educação para a saúde, mostrando de forma abrangente e clara, toda a amplitude de informações a respeito de riscos e agravos à saúde coletiva e individual à população. Inclusive, no que tange aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar, as informações dadas pelo profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, são de grande importância, visto que ele está em contato direto com a comunidade adscrita à UBS em que atua, fazendo toda a diferença na vida das pessoas que ali habitam, minimizando assim, riscos e agravos à saúde, gestações não planejadas, e crescimento demográfico desordenado, que geram outros agravos na esfera da Saúde Pública (GARCIA, OLIVEIRA, RESENDE, 2015).

Conforme a potencialidade enquanto espaço de formação voltada para o cuidado e para a produção de conhecimento, percebida na prática educativa em enfermagem, entende-se entre outras realidades de pesquisas a realidade de atividades de ensino sobre métodos contraceptivos em geral como necessidade de debater a prática educativa na enfermagem e na atenção básica (ACIOLI, 2014).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo utilizado foi a pesquisa descritiva uma vez que se faz necessária a elaboração de material paradidático para docentes da área de ensino sobre mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais.

Segundo Gil, (2010) as pesquisas descritivas são aquelas que têm como objetivo a descrição das características de uma determinada população, ou podendo identificar possíveis reações entre as variáveis.

Na pesquisa descritiva foi realizada uma abordagem qualitativa, ao qual os autores Minayo (2004) e Triviños (1987) asseveram que a mesma é um método por meio do qual se pode compreender a dinâmica do fenômeno em sua complexidade, trabalhando em um universo de sentidos, motivos, aspirações, crenças, entre outros, visando entender a realidade humana.

A abordagem qualitativa se sustenta no preceito de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o objeto do estudo. Portanto, há um vínculo indissociável entre o ambiente real em que o objeto existe e a subjetividade de suas ações e razões, algo que não há como se quantificar devido às características subjetivas de suas ações. As bases dessa abordagem contemplam a interpretação de fenômenos e a atribuição de significados (SILVA, MENEZES, 2005).

Em relação aos aspectos éticos a pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabelecida em 10 de outubro de 1996, foram solicitadas anuência da escola e autorizações ao enfermeiro participante da pesquisa, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), conforme Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pela Plataforma Brasil para utilização dos dados dos participantes nesta pesquisa bem como a divulgação dos resultados. Foi realizado de forma individual; não ofereceu riscos ao sujeito de pesquisa; o mesmo teve garantia de esclarecimentos sobre a pesquisa; liberdade de se recusar a participar ou a retirada do consentimento a qualquer momento; participação voluntária e garantia de sigilo.

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda – Fundação Oswaldo Aranha ao qual foi aprovado no mês de junho de 2016 sob o número do parecer: 58195516400005237 (ANEXO 1).

4.1 **Pesquisa de Campo**

O campo de pesquisa foi o curso técnico de enfermagem – FAETEC- Fundação de Apoio à Escola Técnica, localizado no 3º andar do Colégio Getúlio Vargas, rua 154, número 783, bairro Laranjal - Volta Redonda - RJ.

Os sujeitos entrevistados foram os oito enfermeiros docentes da instituição e todos aceitaram participar da entrevista. A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados (MARCONI, LAKATOS, 1996: 84).

O instrumento da coleta de dados foi uma entrevista individual (Apêndice 2, Roteiro A), com perguntas que apresentaram informações sobre legislação, dados publicados e situações-problema do cotidiano, relacionadas aos métodos contraceptivos hormonais e se existe relação com o aborto. Como situação problema entende-se que são afirmações envolvendo o tema para levantar a opinião, percepção e ações do entrevistado. Os critérios de exclusão foram os alunos do curso técnico em enfermagem, outros profissionais que não lecionam e outros docentes que não eram enfermeiros.

As vantagens da entrevista são fornecer uma amostragem muito melhor da população geral, com maior flexibilidade. O entrevistador pode repetir ou esclarecer perguntas, oferece maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz: registro de reações, gestos, etc. também dá a oportunidade para a obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais e que sejam relevantes e significativos. Há a possibilidade de se

conseguir informações mais precisas, podendo contestar de imediato as discordâncias (MARCONI, LAKATOS, 1996, p.86).

Ainda segundo Yin, (2010) em conformidade com Gil, (2009), uma das fontes mais importantes de informação para a pesquisa é a entrevista, centrada no aspecto informativo, não investigativo, para que o entrevistado se sinta à vontade como numa conversa prazerosa e com isso obter bons resultados.

4.2 **Análise dos Resultados**

Após entrevista os dados foram analisados utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2000) que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Utilizando discurso único redigido na primeira pessoa do singular, expressões-chave que apresentam ideias centrais ou ancoragens semelhantes (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

À medida que o DSC é construído, compõem-se o sistema de interpretação da realidade pelos participantes, as relações estabelecidas por eles no contexto social, bem como vão se colocando em relevo seus comportamentos e práticas (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Para facilitar o processo de construção do Discurso do Sujeito Coletivo sugere-se a utilização de um modelo de Instrumento de Análise de Discurso (IAD) que auxilia na organização das figuras metodológicas para posterior confecção do DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Para o tratamento dos dados houve organização e exploração dos dados, após interpretação e análise, produção do texto final e elaboração de um e-book com tópicos para discussão sobre o assunto abordado.

4.3 Desenvolvimento dos Produtos

A partir da aplicação da entrevista foi verificada informações confusas dos profissionais a respeito do tema ao qual se justificam respostas incoerentes da população na abordagem do assunto. Estas informações confusas coletadas durante a entrevista deram um norte para a abordagem dos conteúdos dos produtos.

Os dados embasaram o desenvolvimento de uma Ferramenta Pedagógica em formato Ebook e direcionaram os temas abordados no Livro Eletrônico “Atividades de Ensino sobre Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais (MAMCH)” juntamente com um manual que serve de apoio para o docente sobre “Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais” que configuram como produtos desta dissertação, cujo link de acesso é [facebook dalaviaclaudia@gmail.com](mailto:dalaviaclaudia@gmail.com).

Para a avaliação do produto educativo pretendido, após coleta de dados com o Roteiro A, foram realizadas entrevistas (Apêndice 3, Roteiro B) com questões relacionadas ao layout, designer e informações contidas no produto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados oito enfermeiros. Todos possuem especialização e três deles possui o título de mestre. Relacionado ao tempo de docência, um já leciona há trinta anos; cinco deles já lecionam há mais de dez anos e dois lecionam há menos de dez anos.

A entrevista foi gravada com a autorização dos entrevistados de forma individual e conteve cinco perguntas das quais observou-se um desconforto de alguns profissionais em abordar o tema. As perguntas eram contos de casos com exemplos do cotidiano, perguntando a opinião do entrevistado ou o que ele orientaria em determinadas situações. No decorrer da entrevista, ficou notório que as opiniões passaram a ser ditas mais à vontade, explicitando um nível de descontração e empatia com o tema proposto.

A primeira pergunta abordava a respeito da legislação vigente no Brasil que proíbe o aborto, permitindo algumas exceções a seguir: estupro, anencefalia e risco de morte da mãe causado pela gravidez, cinco entrevistados deram o de acordo para com a lei, um declarou-se contrário a lei e dois apresentaram dúvidas. Questionados se modificariam algum item desta lei, sete responderam que não mudariam nada na lei e um mudaria algum item desta lei.

A segunda pergunta era um caso de uma mulher interessada a fazer uso de Métodos Contraceptivos Hormonais (MCH), mas com desconhecimento sobre as opções existentes. Após pesquisa via internet, ela identificou que o DIU, injeção, adesivo dérmico, implante subdérmico, pílula anticoncepcional e pílula do dia seguinte, como sendo métodos hormonais. Com dúvidas a mulher buscou respostas junto à um enfermeiro.

Exatamente a metade dos entrevistados apresentaram dúvidas sobre as informações prestadas no caso, ou seja, não tinham convicção para afirmar se todos os métodos citados são hormonais e metade foram convictos de que todos estes métodos citados são hormonais:

Prof. B - Os métodos hormonais são mais confiáveis, porém existem os efeitos adversos. Aconselharia a fazer uso de um destes que não tivesse reação adversa.

Prof. C - Eu falaria que estes métodos são abortivos. A partir do momento em que interfere na concepção já formada, isto está causando aborto na pessoa.

Prof. D - não são todos hormonais esses métodos.

Prof. F - Então, nem todos estes são hormonais. O DIU não é hormonal. O DIU é hormonal?

Prof. H - Anticoncepcionais orais, adesivo, DIU não é hormonal, explicaria o correto para ela.

Esta pergunta teve o intuito de averiguar se todos os entrevistados, designamos com letras do alfabeto, sabiam quais são os MCH. Todos os métodos citados na pergunta são hormonais. Dois (Prof. F e H) se confundiram. Existe o DIU hormonal que é MCH e o DIU de cobre que é classificado como método de barreira. Entretanto este último age também como abortivo e enfim gera dúvidas. Alguns pensaram somente no DIU de cobre.

Questionados sobre uma possível recomendação de um método hormonal, um deles respondeu que orientaria a injeção; outro respondeu que recomendaria o DIU e a pílula; outro disse a escolha é da própria mulher e os demais não recomendaria nenhum método hormonal.

Esta pergunta foi somente para averiguar se eles não se confundiriam em relação aos MCH, todos que recomendariam citaram métodos que se enquadram nesta classificação.

A terceira pergunta também fora baseada em um estudo de caso, abordando a respeito da ação dos MCH para análise de relação com o aborto.

Segundo as informações contidas nas bulas, os MCH podem agir no organismo de 3 formas: Inibindo a ovulação; modificando o muco cervical tornando-o infértil e impedindo a nidação ou implantação do ovo. Uma mulher que faz uso do DIU há um ano está preocupada achando que este método está proporcionando aborto. Foi questionada a opinião do entrevistado sobre o assunto. Um enfermeiro respondeu que o DIU não é abortivo; outros cinco disseram que o DIU é abortivo, outro enfermeiro analisou somente a ação de inibir a ovulação e o outro ficou na dúvida em relação à ação hormonal do DIU:

Prof. A - DIU acho que não é abortivo, qualquer um destes métodos contraceptivos vai agir nestas alterações para poder evitar o filho.

Prof. B - Indicaria outro método. Se não está confortável por ser abortivo e ela pode se sentir culpada por isto, indicaria outro método.

Prof. C – Deve retirar por ser abortivo.

Prof. D - Acho que é uma situação delicada. É como eu falei, as mulheres precisam conhecer todo esse processo da contracepção, para ela ter noção do que é aborto ou não, entendeu? O DIU impede a implantação do ovo no útero, então, teoricamente...

Prof. E - Ele impede a nidação do ovo. Seria um aborto. Acontece a fecundação na trompa no meio do caminho e quando ele desce para nidar ele (o ovo) já está em transformação em divisão celular e aí ele não encontra onde se nidar e é liberado, então é considerado abortivo. Na verdade a pessoa não vê assim por falta de conhecimento, mas quem entende, quem estuda, sim o DIU é abortivo porque não deixa nidar na parede do útero.

Prof. F - Acho que pode proporcionar aborto sim.

Prof. G - Bem, se você me deu uma informação de que o método impede a ovulação, então ela não está ovulando, então não há um óvulo fecundado. Se não tem óvulo não tem fecundação, então não está abortando. Então não existe aborto ali.

Prof. H - O DIU não age dessa forma que você falou. Ele é hormonal?

Analisando esta situação acima, cinco dos entrevistados (Prof. B, C, D, E, F), responderam corretamente. O Prof. G está correto em sua análise relacionada ao impedimento da ovulação, entretanto não quis analisar as outras ações referentes à pergunta, ou seja, resposta incompleta. O Prof. A e H responderam incorretamente. Prof. A não analisou as ações dos MCH e respondeu rapidamente que não são abortivos e pronto. Se analisasse perceberia onde acontece o aborto, que está relacionado ao impedimento da nidação ou implantação do ovo. Não existe nidação do óvulo, o organismo sem uso de MCH sabe identificar quando é óvulo que chega ao útero e este se desfaz em menstruação. Quando é ovo que chega ao útero o organismo identifica e logo nida pois este ovo é uma vida.

Quando a mulher faz uso de MCH o organismo fica fisiologicamente confuso e não consegue identificar quem é ovo e precisa ser nidado, ou então quando identifica este ovo, o útero está modificado em sua camada endometrial que não consegue nidar, ou seja, fazendo uso de MCH, a mulher hora estará menstruando normalmente porque o método conseguiu agir como contraceptivo, e hora estará agindo como abortivo, pois houve a concepção e não nidou, a mulher acha que seu sangramento é devido à menstruação, mas na verdade é sangramento por aborto. Não é visível aos olhos.

Contraceptivos hormonais são métodos muito utilizados atualmente, são responsáveis por atuar inibindo a ovulação, e são capazes de provocar mudanças nas características físico-químicas do endométrio e do muco cervical (FERRARI, ANDRADE, 2015). Mudanças no endométrio impedem a nidificação, isto é aborto.

Dentre os conselhos que dariam a esta mulher, alguns explicariam o funcionamento destes métodos e apresentaria a ela o direito à escolha; um deles aconselharia baseado somente em uma ação contraceptiva; outros dois entrevistados indicariam outro método ou aconselhariam a retirada do DIU e os dois restantes diriam que o DIU não é abortivo:

Prof. A - Acho que não é abortivo.

Prof. B - Indicaria outro método.

Prof. C - Retirar.

Prof. D - Explicaria para ela como o método funciona e ela faria a escolha, porque a gente não pode escolher pela paciente, é ela quem tem que escolher.

Prof. E - Iria esclarecê-la disso. Explicar o funcionamento no organismo pois talvez ela não saiba que é abortivo e por isso aceitou fazer uso.

Prof. F - Psicologicamente ela está abalada. Terá que rever se é realmente o que ela quer como meio contraceptivo.

Prof. G - Pela informação que a bula me garante que impede a ovulação então não tem fecundação sem o óvulo.

Prof. H - Eu acredito que este método não seja abortivo, mas se ela precisa de maiores orientações eu a encaminharia para o médico.

Esta pergunta foi para analisar as orientações dadas ao paciente de acordo com o conhecimento do entrevistado a respeito do assunto.

A quarta pergunta: Uma adolescente namorava há algum tempo um rapaz e após a primeira relação sexual do casal ficaram preocupados se poderiam engravidar. Pensaram na possibilidade do uso do Contraceptivo de Emergência (CE), mas não o fizeram, porque a tia da adolescente disse que é abortiva. Se essa adolescente pedisse conselhos ao entrevistado, o que ele diria?

Prof. A - Até 24 horas após a relação sexual você toma o CE, mas você não sabe se está no início de processo gestacional ou não. Como vai saber? Eu não acho que é abortivo. O melhor seria ter prevenido com o uso da camisinha, comprimido oral ou injetável, para não ter a necessidade do CE, mas caso ocorra a necessidade, até num estupro de utilizar, não acho que seja abortivo.

Prof. B - Eu colocaria a situação para ela resolver. Se ela quer ter filho. Se responder que não, de jeito nenhum, que isto vai ser um problema na vida dela, eu não posso interferir nesta decisão, então eu falaria para ela tomar.

Prof. C - Aconselharia a não fazer uso deste método por ser abortivo.

Prof. D - Realmente o CE é abortivo depois que ocorreu a concepção. Mas eu enquanto profissional não posso influenciar a paciente no que ela tem que fazer.

Prof. E - Que é abortiva.

Prof. F - Ai Jesus! Bom, se ela realmente não quer engravidar, no outro dia vem me perguntar? Se ela não quer engravidar ela quer fazer aborto porque realmente o CE é para isto.

Prof. G - ...Procurem os pais de ambos e informem o acontecido. É importante que eles saibam. Procurem um serviço de saúde porque na verdade não estão correndo o risco só da gestação, estão correndo risco também de DSTs, então eles precisam justamente de ser avaliados, serem acompanhados para que eles possam mais tardiamente realizar exames que possam indicar se foram contaminados, se a menina está gestante ou não para que possa tomar os cuidados devidos.

Prof. H - Eu não acredito que os anticoncepcionais sejam abortivos, mas minha fala é confusa porque eu sou completamente contra todos os MCH, sou a favor do preservativo, só e mais nada. Porque eu acho uma bomba, um veneno para o organismo. E aí uma adolescente vem falar de CE comigo? Eu iria detonar o CE em todos os aspectos para ela. Porque os adolescentes são imaturos, irresponsáveis e eles acham que aquela bomba hormonal é para ser usada de forma inconsequente, então eu sempre peguei muito adolescente quando trabalhava no PSF para falar sobre o CE, para orientar o que o fabricante coloca. O CE foi feito para ser utilizada desta forma, não da forma pela qual o adolescente se propõe a usar. Porque ele se propõe a usar diante de toda a relação desprotegida que ele tem e que costuma ser a maioria das vezes porque eles são imaturos e irresponsáveis sexualmente falando. Então eu sempre tirei de cabeça, agora eu não falo que é abortivo, não consigo ter ciência suficiente para falar para ninguém que anticoncepcional é método abortivo, mas eu condeno todos.

Analisando as respostas, cinco (Prof. B, C, D, E, F) responderam com base científica no assunto. Embora o Prof. B orienta fazer uso do abortivo, o que está sendo discutido aqui não é a opinião de cada profissional contra ou a favor do aborto. O que se discute é se as orientações fornecidas ao paciente estão de acordo com embasamento científico. Neste caso foi orientado o aborto com a verdade dita e a paciente saberia que estaria fazendo uso de abortivo.

Foram interessantes e proveitosas as colocações do Prof. A que mais uma vez respondeu incorretamente, pois o CE pode ser tomado até 120 horas após a relação sexual, sendo mais eficaz a ação quando tomado em 72 horas e não 24 horas como dito. Ele ainda diz:

“...mas você não sabe se está no início do processo gestacional ou não e como vai saber”?

Então seria possível estar grávida neste caso mesmo sem saber? Se sua análise fosse um pouco mais profunda, chegaria a conclusão do efeito abortivo. Todos

nós sabemos que toda gravidez acontece primeiro sem sabermos, depois de um período é que se descobre.

O entrevistado ainda acrescenta que:

“...o melhor seria ter prevenido com o uso da camisinha, comprimido oral ou injetável, para não ter a necessidade do CE, mas caso ocorra a necessidade, até num estupro de utilizar, não acho que seja abortivo”.

Vejamos: Camisinha é método contraceptivo de barreira, pílula oral, injetável e o CE possuem a mesma ação hormonal, por isso estes são considerados contraceptivos e abortivos.

Prof. G aconselhou corretamente, mas desviou o assunto do tema abordado. O mesmo acontece com o Prof. H, mas no final se justifica faltar embasamento científico para abordagem do tema e diz ser por isso que acha que não é abortivo.

Ainda como complemento desta pergunta, se questiona a opinião individual quanto ao CE e o aborto. Somente dois dos entrevistados disseram que o CE não é abortivo, os demais foram convictos em suas respostas e disseram que o CE é abortivo. Vejamos:

Prof. A - Acho que o CE não é abortivo.

Prof. F - A partir do momento em que houve o encontro do óvulo com o espermatozoide já tem vida, então se interrompeu depois deste encontro é aborto sim.

Prof. G - Se realmente houve a fecundação já há vida, então ela é abortiva.

Quinta pergunta: Mesmo após passar por orientações no planejamento familiar algumas mulheres apresentam dúvidas a respeito do MCH escolhido por ela e se o mesmo é abortivo.

Para o entrevistado que ao longo do processo respondeu que os MCH não são abortivos lhe foi perguntado qual o fator que lhe garante afirmar que estes métodos hormonais NÃO são abortivos?

Prof. A - Não tenho garantia nenhuma, mas também não tenho garantia de que seja abortivo. O ovo não está lá ainda. Você está tomando o anticoncepcional antes de ocorrer a nidação, não é na hora de ocorrer a nidação, é antes. Então não é aborto!

Prof. F - Na verdade não são abortivos. Vai contradizer no que falei do DIU. Acho que falei que o DIU era. Mas o DIU também é hormonal. No meu ponto de vista, quando acontece a vida é na fecundação e aí, ele não deixa acontecer a fecundação, mas isso é antes do processo né? É uma sequência só que não acontece a fecundação, ele gera barreira para que não haja a fecundação, então se não há fecundação não tem vida e para mim este impedimento não é abortivo. E na terceira ação do método hormonal está no início do processo, não é abortivo porque não aconteceu todo o processo da vida.

Prof. H - A bula. ...quem lê entende que não é abortivo.

Analisando as respostas, embora seja a minoria, cada um justifica de forma diferente e demonstram-se confusos, comprovando a necessidade de estudos mais apurados sobre o tema.

Para o entrevistado que ao longo processo respondeu que os MCH são abortivos lhe foi perguntado qual o fator que lhe garante afirmar que estes métodos hormonais são abortivos?

Prof. B - Se o método agir na implantação do ovo, ele é abortivo. Não deixa de ser abortivo. Já houve a fecundação.

Prof. C - A não naturalidade do organismo. Qualquer coisa que vá contra o funcionamento, ele traz prejuízo e no caso se eu estou interrompendo algo isto é aborto.

Prof. D - Impede a implantação.

Prof. E - Se for o DIU porque ele impede a nidação do ovo na parede do útero, assim também como a pílula. Enfim, são abortivos de uma forma geral. Não tem como não ser.

Prof. G - Na verdade se há fecundação, espermatozoide no óvulo, há uma vida, apenas aquele ovo não nidou, mas já é um ovo, não é mais óvulo, só não está nidado e através desses métodos eu acho que como foi falado a bula diz que impede a nidação, então a mulher estará abortando, um ovo que não foi nidado, mas que é uma vida. Como não dá para saber se houve fecundação, não dá para arriscar falaremos sempre que é abortivo.

Ao analisar as respostas desta pergunta, nota-se conhecimento e embasamento científico através de coerência e semelhança nas explicações. De acordo com Lefèvre (2005), o DSC se propõe a ser uma ponte entre o conhecimento científico e o senso comum, visando reconstituir o pensamento coletivo.

É claro que existe probabilidade de quem faz uso de MCH nunca ter abortado e existe probabilidade de estar abortando sempre. Não há como saber, entretanto há necessidade de informações esclarecedoras tanto dos profissionais como das usuárias destes métodos para posteriores decisões.

Quanto ao CE, a maioria dos enfermeiros entrevistados disseram que são abortivos, pois bem, mas o mecanismo de ação do CE é o mesmo da pílula comum, dos adesivos, das injeções, do DIU hormonal... desta forma nos deparamos com uma contradição por parte dos entrevistados que disseram não pesar da mesma forma quando questionados em relação aos outros MCH. O que acontece no caso do CE é que fica mais nítido a possibilidade de ocorrer um aborto. Lembrando-se que o DIU pode ser implantado no útero após relação sexual desprotegida, muitos não percebem sua semelhança com o CE.

Para usuárias dos MCH, seja uma injeção, uma pílula... não existe possibilidade e tão pouco lhe é garantido saber se naquele mês tal método atuou na primeira, segunda ou terceira ação. Um fator que contribuiu para disseminar dúvidas são as bulas destes MCH, pois são confeccionadas com termos técnicos de difícil entendimento por parte das usuárias.

Suponhamos que as bulas destes MCH viessem com informações claras e vocabulário apropriado ao usuário comum a respeito de seus mecanismos de ações. O que aconteceria? É certo que não poderiam ser disponibilizadas para comercialização em farmácias e drogarias ou distribuídas gratuitamente nas unidades básicas de saúde e possivelmente não teriam o registro na ANVISA para produção, pois o Brasil é um país contra o aborto em sua constituição.

Muitas usuárias de MCH não sabem que são abortivos e se soubessem teriam o direito de optar por continuar com o uso ou migrar para outros tipos de métodos recusando estes abortivos. A indústria farmacêutica lucra muito com a fabricação e vendas destes MCH, não demonstrando preocupação com o aborto e sim com interesses comerciais.

Um estudo realizado em 2016 por Souza, et. al. (2016) na Unidade Básica de Saúde Walter Ayres, no Município de Patos - PB, teve como objetivo geral avaliar o uso dos anticoncepcionais hormonais por mulheres em fase reprodutiva. A amostra foi composta por 80 mulheres em idade fértil entre 12 a 47 anos de idade, e revelou que mulheres de 20 a 34 anos de idade fazem uso de anticoncepcional hormonal com maior frequência e também mostrou que as mulheres não obtiveram orientação de um

profissional de saúde para utilização do contraceptivo. Grande parte utiliza os métodos corretamente, mas por sua vez não sabe informar sobre outras indicações e possíveis reações que os mesmos podem causar.

Sendo assim o estudo de Souza et al., (2016) demonstrou que as mulheres procuram serviço de saúde, adquirem o contraceptivo, no entanto, saem do serviço sem informações suficientes sobre o uso, os efeitos colaterais e os possíveis riscos e benefícios provenientes dos métodos contraceptivos. O autor conclui que existe uma deficiência na atuação do planejamento familiar por parte dos profissionais de saúde, e a necessidade de intensificar as práticas do conhecimento pela assistência voltada as usuárias (SOUZA et al., 2016).

Os resultados da pesquisa de Souza et al. (2006) tiveram semelhança com as respostas apresentadas na nossa pesquisa, de que há necessidade de um ensino para os profissionais sobre o MCH, ratificando o que foi comentado sobre o tema.

Foi interessante observar ao longo das entrevistas o comportamento destes profissionais que ora se contradiziam em suas respostas, ora demonstravam ser um tabu a questão de terem certeza de que são métodos abortivos, entretanto as bulas não informam adequadamente tão pouco esclarecem dúvidas a respeito do aborto, na verdade as bulas mais recentes geram mais dúvidas ainda, sendo assim fica difícil estabelecer um comportamento mediante ao tema. Fica parecendo talvez que seja proibido falar a verdade e fornecer este tipo de informação às mulheres usuárias.

Levando em consideração a questão dos MCH serem abortivos e a população brasileira ser contra o aborto, existem os métodos de barreira e os métodos naturais como alternativas, embora não sejam tão enfatizados e não sejam estes os mais preferidos pelas mulheres.

Segundo Lefèvre (2005), na coleta de informações com questões abertas é necessário fazer a soma dos depoimentos obtendo o pensamento generalizado resultando assim nas Representações Sociais dos enfermeiros entrevistados.

Numa visão geral sobre o entendimento e embasamento científico dos enfermeiros em relação ao contraceptivo hormonal, através de tabulação e análise dos dados coletados, foi concebível e legítimo entender que é muito fraco. Em algumas falas identificamos entendimento e embasamento modesto, incorreto e desagregado, visto que, os que possuem a ciência que os MCH são abortivos, não conseguem identificar dentre os contraceptivos aqueles que são Hormonais.

Compreendendo esta realidade se faz necessário a apresentação de um produto esclarecedor ao público que ainda apresenta dúvidas sobre o assunto para que assim haja uma mesma fala por todos os profissionais de saúde a respeito do assunto e a população conseqüentemente esclarecida. Para tanto, foram desenvolvidas algumas ações em sala de aula e/ou em campo de trabalho que difundirão e propagarão sobre a problematização e aprendizagem baseada em problemas como: Revisar a anatomia e fisiologia feminina sobre menstruação, ovulação, fecundação, nidação, aborto; Recapitular os contraceptivos hormonais; Analisar os contraceptivos mais utilizados pelas mulheres; Estimular o aluno à elaborar métodos para divulgação aos pacientes a respeito de informações dos MCH. E para este fim, foram desenvolvidos um material didático (uma cartilha e um manual) que englobam estas ações.

5.1 Apresentação dos Produtos

A elaboração de material paradidático para docentes da área de saúde sobre MCH surgiu da necessidade de uma ferramenta sobre o tema levando em consideração este conteúdo abordado nas aulas de Saúde da Mulher em planejamento familiar. Foram abordadas literaturas diversificadas sobre o tema, conceitos, legislações e atualidades para a elaboração do conteúdo proposto, buscando sempre utilizar linguagem objetiva, resumida e de fácil entendimento. Vejamos a capa ilustrada na Figura 1 do produto cartilha.

Fig 1: Capa da Cartilha: “ATIVIDADES DE ENSINO, MECANISMO DE AÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS”



Fonte: autores

O resultado atual foi desenvolvido com o intuito de gerar material de consulta de fácil utilização e acesso. Ambos possuem formatação de orientação retrato, fundo colorido, fonte arial, tamanho 10 e conteúdo escrito em cor preta.

A cartilha “Atividades de Ensino - MAMCH” possui 16 páginas contendo ações propostas para difundir e propagar a problematização e aprendizagem baseada em problemas a respeito do tema, sugerindo a forma de ensino. O material elaborado (manual) como suplemento para o docente é denominado “Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais” que contém 59 páginas, de conteúdo diversificado, selecionado através dos temas de maior repercussão abordados em relação ao MAMCH e ao aborto. Na fig. 2 contém o esboço da capa do manual que serve de auxílio no uso da cartilha.

Fig 2: Capa do Manual “MECANISMO DE AÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS”



Fonte: autores

Ambos os produtos estão em formato digital em PDF, suas atividades e conteúdos disponíveis como exemplo na Figura 3.

Figura 3: Demonstração dos dois produtos que podem ser utilizados simultaneamente. Ilustrado abaixo em tamanho maior a atividade de ensino proposta na Cartilha e ao lado os seus conteúdos correspondentes encontrados no Manual, que serve de apoio para o uso da cartilha.

Atividade 1 O CORPO DA MULHER

PROCESSO DA OVULAÇÃO E CICLO MENSTRUAL

PARA REFLETIR: Revisar anatomia e fisiologia feminina da ovulação e menstruação para compreender posteriormente o Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais (MAMCH).

CONTEÚDO: Ovulação e Ciclo Menstrual.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 20 alunos.

TEMPO ESTIMADO: 60 minutos.

COMO FAZER: Em sala de aula dividir a turma em dois grupos, ler sobre o assunto em questão no Manual sobre MAMCH. Elaborar um cartaz com o material distribuído pelo professor utilizando as placas A e B em anexo do manual. Estipular 30 minutos para leitura e confecção dos cartazes e 30 minutos para apresentação e finalização da atividade. Sortear um grupo para apresentar para a turma. O grupo que assiste faz duas perguntas para o grupo que apresenta. O professor faz orientações e esclarecimentos. Deixar os cartazes confeccionados no mural da sala.

MATERIAL DE APOIO: Distribuir um manual sobre MAMCH, uma cartolina, tesoura, cola e caneta piloto para cada grupo.

7

CICLO MENSTRUAL

Antes de abordar os métodos contraceptivos hormonais, iniciaremos com um breve entendimento sobre o que acontece todos os meses, em média, no organismo de uma mulher.

O ciclo menstrual dura em média 28 dias. Todos os meses o organismo feminino se prepara para uma possível gestação.

Um dos ovários prepara e amadurece vários óvulos, entretanto aquele que se encontra mais adequado é liberado do ovário em direção à tuba uterina (antigamente chamada de trompa de falópio).

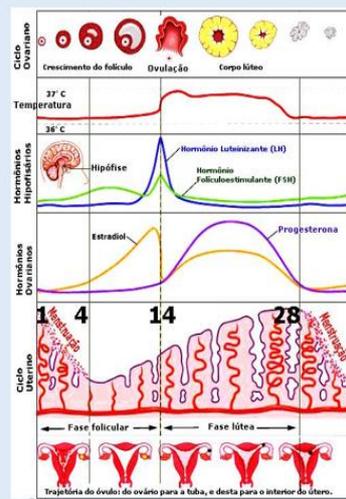
Este óvulo irá percorrer toda a tuba em direção ao útero, neste percurso acontece o período fértil e paralelamente o útero prepara uma camada de endométrio para acolher o ovo (óvulo fecundado), também conhecido como zigoto.

Caso não aconteça a fertilização do óvulo, este óvulo juntamente com a camada de endométrio que se formou dentro do útero irá se desfazer em menstruação.

A Figura 3 ilustra o ciclo menstrual, em relação à produção de hormônio no organismo, as mudanças correspondentes ao ovário e endométrio.

Caso aconteça do óvulo ser fecundado pelo espermatozoide acontece então imediatamente a gravidez.

Figura 3: Ciclo Menstrual



FORTE:

Manual sobre Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais

11

Manual sobre Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais

11

Atividade 2 O CORPO DA MULHER

FASES DA FECUNDAÇÃO, NIDAÇÃO E ABORTO

PARA REFLETIR: Esclarecer e relembrar a fisiologia feminina da fecundação, nidação e aborto para posterior questionamento a respeito das modificações atuais do início da gestação e interesses gerados.

CONTEÚDO: Compreender o início da gestação, entender o processo de nidação e como acontece o aborto.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 20 alunos.

TEMPO ESTIMADO: 30 minutos.

COMO FAZER: Dividir a turma em dois grupos. Um grupo elabora uma explicação simples sobre fecundação e o outro grupo elabora uma apresentação simples sobre nidação e aborto. Apresenta para os colegas da classe e o professor faz orientações e esclarecimentos.

MATERIAL DE APOIO: Manual sobre MAMCH para leitura do assunto, utilizar a placa C em anexo, os cartazes confeccionados na atividade 1, cartolina, tesoura, cola e caneta piloto.

8

ABORTO

Em 1963, o Ministério da Saúde, Educação e Bem-estar dos EUA (U.S. Department of Health, Education and Welfare) definiu como aborto "todas as medidas que prejudicam a viabilidade do zigoto, em qualquer momento desde a fertilização até a finalização do parto" (CLOWES, 1997 p. 66).

Até meados da década de 80, os cientistas em todo o mundo reconheciam que a concepção ocorre no momento em que, em algum lugar nas trompas, o espermatozoide fertiliza o óvulo.

Mas com o objetivo de fazer os abortivos aceitáveis às mulheres e para contornar as leis contrárias ao aborto, os defensores do aborto perceberam a necessidade de tornar indistintas a diferença entre a ação contraceptiva e abortiva (CLOWES, 1997 p. 66).

A única maneira de conseguir essa façanha seria mudando a definição de "concepção", não mais a classificando como fertilização (a união do espermatozoide com o óvulo), mas apenas como implantação (que é ao redor do 10º ao 14º dia) (GONZALO HERRANZ, 2014).

Isso para justificar o uso dos MCH e a fertilização in vitro dizendo que antes de implantar não tem vida, dizendo que isso é uma ação contraceptiva. Visão que queriam alcançar sem estudo técnico científico, somente modificando as palavras (GONZALO HERRANZ, 2014).

As constantes campanhas dos defensores do aborto para torcer tal terminologia acabaram produzindo resultados e em 1985, quando o Conselho Americano de Ginecologia e Obstetria publicou seu primeiro *Boletim de Terminologias*. Esse boletim declara: "A concepção é a implantação de um óvulo fertilizado." (CLOWES 1997 p. 66; GONZALO HERRANZ, 2014).

Assim, de acordo com essa definição, um ser humano é concebido não quando o espermatozoide se une ao óvulo, mas uma semana depois quando consegue se implantar na camada do útero.

Com essa nova definição de concepção, se os MCH impedem a implantação, não há nenhuma necessidade de se preocupar com a questão do aborto.

E ainda acrescentam que só ocorre um aborto quando estes MCH matam um embrião que já conseguiu se implantar na parede do útero (GONZALO HERRANZ, 2014).

Por isso os MCH não são considerados abortivos nas bulas, nos artigos científicos mais recentes e também nos livros atuais. Não foi feito estudo técnico científico, só distorcem as palavras, manipulando as falas e enganando (GONZALO HERRANZ, 2014).

Embora alguns destes MCH permitam que a mulher às vezes ovule, porém na grande maioria das vezes não permitem que um ser humano recém-concebido consiga se implantar na mucosa do útero.

Sendo assim, conforme o novo conceito de concepção, a mulher fazendo uso dos MCH não fica "grávida" durante esse tipo de ovulação porque a implantação é impedida.

Sabemos que o dito acima é considerado uma falácia, isso pode corretamente ser qualificado de acordo com a própria ciência como aborto silencioso.

Não há dúvida: esses métodos, de um modo ou de outro, têm como uma de suas funções impedir a implantação (nidação).

Nenhuma das alterações, quer seja na atitude ou na terminologia, foi baseada em alguma descoberta revolucionária da tecnologia ou conhecimento médico.

Manual sobre Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais

20

Manual sobre Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais

21

Atividade 3 O CORPO DA MULHER

AÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

PARA REFLETIR: Verificar quais são os anticoncepcionais hormonais, analisar sua preferência pelas mulheres.

CONTEÚDO: Discutir as três formas de ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais (MCH) e se existe relação com o aborto.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 20 alunos.

TEMPO ESTIMADO: 90 minutos.

COMO FAZER: Organizar um levantamento prévio sobre dúvidas a respeito dos MCH, distribuindo papéis para que os alunos escrevam suas dúvidas ou relatos de casos sem que necessariamente sejam identificados. Coloque todas as perguntas em uma caixa ornamentada com figuras dos vários contraceptivos hormonais. Faça um pequeno orifício na parte superior da caixa para que, na sala, os alunos coloquem seus papéis. Os alunos podem estar organizados em círculo. A seguir passe a caixa na roda e peça para que cada aluno tire um papel, leia em voz alta a pergunta e comece a partir daí, uma conversa sobre MCH.

MATERIAL DE APOIO: Sala com espaço para se organizarem em círculo, uma caixa de papelão confeccionada para a atividade, pedaços de papéis para que os alunos anotem suas perguntas.

ANTICONCEPCIONAL

No organismo humano existe a glândula hipófise ou pituitária, que é uma glândula mestra e que controla várias outras glândulas, inclusive o ovário.

O hormônio feminino estrogênio em grande quantidade na circulação sanguínea informa a hipófise para que não estimule o ovário, achando que já aconteceu a ovulação, ou seja, por questão de feedback este hormônio inibirá o ovário, ação anovulatória (não ovulação).

A pílula anticoncepcional oral é um dos métodos contraceptivos mais utilizados. A primeira que surgiu foi enovid 150 a 100 mcg, com doses altas de estrogênio para inibir a hipófise e inibir a ovulação (ALDRIGHI, SAUERBRONN, PETTA, 2006b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dez anos depois como os efeitos colaterais eram muitos, câncer de fígado e de mama, tromboembolismo, várias complicações vasculares... houve diminuição na dosagem hormonal para diminuir estes efeitos.

A medida que diminuam a dosagem do anticoncepcional (80 mcg), começou a acontecer um escape na ovulação, porque o organismo tem como uma das funções vitais e instinto também a manutenção da espécie.

As pílulas são classificadas em gerações, de acordo com a dose de estrogênio:

- Pílulas da 1ª Geração: 0.150 mg de etinilestradiol
- Pílulas da 2ª Geração: 0.050 mg de etinilestradiol
- Pílulas da 3ª Geração: 0.030 mg de etinilestradiol
- Pílulas da 4ª Geração: 0.020 mg de etinilestradiol

Ao longo das últimas décadas, as doses hormonais contidas nesses medicamentos têm sido bastante reduzidas, o que acarreta em melhor adaptação dos anticoncepcionais pelo organismo feminino (MATTOS, 2012).

Os anticoncepcionais de 3ª geração apresentam risco tromboembólico 4 a 6 vezes maior em 1 ano de sua utilização do que mulheres que não utilizam (ANVISA, 2015).

O estrogênio, presente nos anticoncepcionais, se ligam a receptores específicos de células endoteliais alterando assim a coagulação, aumentando a geração de trombinas e fibrinas, diminuindo assim a anticoagulação normal do corpo (ANVISA, 2015).

Outro hormônio utilizado como método são os progestágenos, a fim de evitar um excesso de estimulação da endometria, muda a mucosa uterina da fase proliferativa para a fase secretória (Figura 6). Seus efeitos dependem, entretanto, da dosagem e da fase do ciclo menstrual em que são administrados.

Vários anos se passaram e outros anticoncepcionais foram surgindo também a partir dessa mesma ação hormonal da pílula. Encontramos disponíveis para a utilização os seguintes:

- Injeção mensal e trimestral;**
- Implante subdérmico;**
- Anel transvaginal;**
- Adesivo transdérmico;**
- Pílula anticoncepcional;**
- Pílula do dia seguinte;**
- DIU hormonal.**

Observação, o DIU de cobre não age através de hormônios mas também é considerado abortivo.

Atividade 4 O CORPO DA MULHER

INCOERÊNCIAS SOBRE AS INFORMAÇÕES A RESPEITO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

PARA REFLETIR: Analisar a preferência das mulheres pelos MCH mesmo após tantas dúvidas a respeito do método em relação ao aborto.

CONTEÚDO: Discutir os motivos possíveis e interesses que levaria à incoerência nas informações referente ao tema.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 20 alunos.

TEMPO ESTIMADO: 120 minutos.

COMO FAZER: Leitura do assunto sobre pílula do dia seguinte contido no manual utilizado como apoio para a atividade. Organizar as carteiras dos alunos em um grande círculo e iniciar uma conversa sobre o sentimento deles a respeito das questões abordadas na cartilha.

MATERIAL DE APOIO: Sala com espaço para se organizarem em círculo e o manual sobre MAMCH.

CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA (CE) OU PÍLULA DO DIA SEGUINTE

O CE é distribuído na Rede Pública de Saúde do país desde 2001 (BRASIL, 2010, p.240) e atualmente, não há necessidade de receita médica para retirá-lo.

O CE mais utilizado no mundo é o levonorgestrel (LNG) um potente hormônio progestágeno sintético que está contido em pílulas anticoncepcionais orais (TRUSSELL, RAYMOND 2013).

O CE-LNG é tomado como uma única dose de 1,5 mg ou como duas doses de 0,75 mg 12 horas de intervalo em 120 horas de relações sexuais não protegidas, embora seja mais eficaz quando tomado em 72 horas (BRASIL, 2008; CHENG et al., 2008; PIAGGIO, KAPP, VON HERTZEN 2011).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (MS) disponível via web formulada em 2005 e revisada em 2011 sobre anticoncepção de emergência feita com perguntas e respostas para profissionais de saúde, abordaremos da pergunta 15 à 18, que correspondem às páginas 17 à 23, analisando suas respectivas respostas.

15. QUAL O MECANISMO DE AÇÃO DO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA (MACE)?

R:

"Varia, se utilizado na 1ª fase do ciclo menstrual, antes do pico do hormônio luteinizante (LH), o CE altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou retardando por vários dias" (LING, et al. 1970; ORTIZ; CROVATO 2003; ROWLANDS, et al. 1986; SWAHN, et al. 1996; MS 2011, pg. 17).

"No entanto, se o CE for administrado muito próximo do momento da rotura folicular ele terá pouca capacidade de impedir ou postergar a ovulação, o que pode explicar grande parte dos casos

Os estudos examinaram separadamente o MACE nos seis casos acima citados:

EFETOS DO MUCO CERVICAL, TRANSPORTE DE ESPERMA E CAPACIDADE DE FERTILIZAÇÃO

O esperma pode viver até 5 dias nas criptas cervicais ou nas trompas de falópio, esperando fertilizar o óvulo quando liberado (WILCOX, WEINBERG, BAIRD, 1995).

Embora o CE-LNG seja recomendado em qualquer momento do ciclo menstrual, independentemente de quando a relação sexual ocorrer, existe uma "janela fértil" de apenas 6 dias durante a qual a mulher pode engravidar (DUNSON et al., 1999).

Esta janela inclui os 5 dias antes da ocorrência da ovulação, e 1 dia (24 horas) que o óvulo pode sobreviver após a ovulação.

A sobrevivência de esperma é afetada por mudanças no muco cervical, níveis hormonais e no ambiente endometrial (ODEBLAD, 1978).

Para poder fertilizar o óvulo quando liberado, o esperma deve também sofrer capacitação, hiperativação de esperma e a reação de acrosoma.

Em 1974, Kessler et al. mostrou que após uma única dose de D-norgestrel, houve uma modificação do muco cervical e uma diminuição dos espermatozoides recuperados do líquido cervical e uterino como possível consequência da alcalinização que se manifestou a partir de 7 horas até 48 horas após a exposição de LNG (KESSERU et al., 1974).

No entanto, utilizou-se D-norgestrel a 400 mcg (que é diferente do LNG a 1,5 mg, agora utilizado), o muco cervical e a mobilidade do esperma foram estudados apenas a partir de 3 horas após a administração de D-norgestrel até 10 horas após a exposição ao fármaco.

Fonte: autores

Ao realizar as atividades, optou-se por deixar a cor de fundo de cada atividade da cartilha (1º produto) correspondendo com a mesma cor de fundo do conteúdo a ser lido e estudado no manual (2º produto), material de apoio.

As ilustrações são de domínio público que foram buscadas na internet e organizadas de forma que ficassem bem distribuídas e com visual esclarecedor evidenciando o conteúdo descrito.

Os produtos não possuem fins lucrativos. O intuito é auxiliar educadores interessados em trabalhar com o ensino sobre o mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais. Vale salientar que a metodologia desenvolvida pode ser utilizada por outras áreas de conhecimento para embasar práticas educativas sobre o tema.

5.2 Resultados da Pesquisa de Campo dos Produtos

Posteriormente foi realizada a validação das atividades do produto elaborado, para possibilitar-nos possíveis correções e/ou modificações.

A validação do manual e a cartilha foi feita através de perguntas (Apêndice 3, Roteiro B) durante uma conversa informal ao mostrar o produto desenvolvido para enfermeiros docentes e profissionais de saúde, que em seguida evidenciaram suas opiniões em relação ao material apresentado.

A maioria dos profissionais sabem que os MCH são abortivos, devido as suas ações no organismo. Não perceberam pontos negativos no produto. Em relação aos pontos positivos, disseram que o produto facilita o estudo e o assunto não está prolongado, alguns relataram em relação à praticidade, pois as informações que necessitam para abordagem nas aulas já estão contidas na cartilha de “atividades de ensino - MAMCH” e no manual “MAMCH” desenvolvidos.

Todos disseram que não tem nenhum outro item que abordariam e que o tamanho da letra e a fonte estão adequados para a leitura. Relacionado às cores das atividades de ensino da cartilha referentes as cores do material de apoio, facilita e efetiva a leitura e a procura pelo conteúdo buscado, além de causar um visual inovador. Em relação às figuras contidas acharam nítidas e importantes pois compõem o material, tornando-o mais belo em sua apresentação.

5.3 Avaliação dos Produtos

Baseado nos resultados das entrevistas verificamos quais eram as maiores dúvidas apresentadas pelo público alvo e, então foi feita uma revisão de literatura para desenvolver os conteúdos e para construirmos uma cartilha com o título “Atividades de Ensino - Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais”. Sentindo falta do instrumento de apoio foi elaborado um material para uso do enfermeiro docente ou profissional de saúde que tenha interesse no tema, com o título: Manual sobre “Mecanismo de Ação dos Métodos Contraceptivos Hormonais” como produto.

Estes dois materiais podem ser utilizados simultaneamente, no caso o manual servindo de apoio para o uso da cartilha que contém atividades elaboradas para o docente em ensino dos MAMCH, pois amparam as atividades de sala de aula e essas atividades estão diferenciadas em suas páginas por cores que se relacionam ao manual. A mesma coisa acontece no manual desenvolvido como apoio para as atividades do docente com cores diferenciadas em suas páginas relacionadas à cartilha facilitando a identificação do conteúdo sobre o assunto.

A cartilha e o manual de apoio foram avaliados por alguns docentes e profissionais da área de saúde. O retorno foi positivo, visto que: gostaram do formato compacto de fácil manuseio e armazenagem; da disposição e objetividade do conteúdo; da clareza e facilidade de entendimento; da forma em que as cores foram colocadas separando os conteúdos na cartilha e ao mesmo tempo, sinalizando-os no manual facilitando a busca no mesmo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos no decorrer da construção desta dissertação que existem vários métodos contraceptivos de prevenção da gravidez e existem métodos abortivos que são classificados também como métodos de prevenção, proporcionando assim dúvidas tanto do profissional de saúde como da população.

O estudo mostrou que dúvidas geradas pelos profissionais enfermeiros sobre MCH geram consequências para a população que tem direito às informações fidedignas e liberdade de escolha dos métodos a partir do conhecimento.

Sendo assim, após investigar o discurso de enfermeiros docentes a respeito dos MCH e sua relação com o aborto percebemos a necessidade de elaborar uma cartilha com atividades de ensino e um manual de suporte para uso da cartilha, que envolvessem essa temática para serem utilizados na sala de aula em espaços formais e não formais de ensino. Como os docentes disseminam conhecimentos, o desenvolvimento de materiais que o auxiliem neste processo de ensino/aprendizagem mostraram-se relevantes.

Esta pesquisa teve como objetivo principal discutir como o ensino em saúde da mulher sobre as ações dos MCH tem sido trabalhado e as competências do enfermeiro para a mediação sobre o tema. A elaboração tanto da cartilha como do manual desenvolvidos e os resultados revelaram que o uso destes produtos foi positivo neste sentido, uma vez que, os profissionais informaram que utilizariam no dia-a-dia de trabalho, pela praticidade e acessibilidade a um conteúdo técnico com linguagem de fácil entendimento.

Constatamos que os materiais didáticos elaborados para os docentes podem servir como instrumentos de apoio ao seu trabalho, sempre que se deseje fomentar o tema mecanismo de ação dos MCH e implementar a metodologia da aprendizagem baseada em problemas.

6.1 Contribuições do Estudo na Área de Ensino

O presente estudo contribuiu para elaboração de material paradidático para docentes da área de saúde sobre MCH e sua relação com o aborto esclarecendo ao profissional para que o mesmo possa assim dar continuidade às informações ao aluno sobre questões no uso do planejamento familiar, permitindo que sua prática de orientação à população seja mais eficaz. Além disso, como etapa inerente de um mestrado profissional, com base no discurso produzido pelos enfermeiros, foi desenvolvido um material educativo proporcionando uma aproximação e mediação na discussão sobre o tema.

O uso da cartilha e do manual de apoio foram elaborados para serem utilizados na construção de conhecimentos e como um importante instrumento de auxílio para os docentes e profissionais de saúde. Desta forma, esperamos que a pesquisa contribua para o ensino em ciências da saúde e do meio ambiente, especialmente em relação à saúde humana.

Acreditamos que a utilização dos produtos apresentados, poderá possibilitar discussões entre o professor e o aluno, motivando reflexões sobre a prática. O produto confeccionado, tem como fim a intervenção do tema entre os enfermeiros, quer seja pelo docente em sala de aula ou o profissional de saúde em campo com os pacientes e também entre o público em geral que se interesse pelo tema, de forma que poderá ser utilizado em sala de aula, no campo de trabalho e também como leitura complementar ou informativa ao público em geral.

Trará conhecimento e esclarecimentos sobre: O que são? Quais são os MAMCH, uma vez que, a disposição prática e didática do produto está favorável a um simples e rápido entendimento não só para os profissionais de saúde e profissionais de áreas afins, como também para os interessados leigos.

Esperamos que utilizando este material paradidático sobre MCH fomenta-se a oportunidade de orientar. Para quê? Para sensibilizar a adoção de métodos de prevenção da gestação menos agressivos ao organismo, diminuindo riscos e consequências prejudiciais à saúde da mulher.

A falta de instrumentalização dos enfermeiros no sentido de um material informativo facilitador ao realizar atividades de planejamento familiar é uma lacuna que limita o ensino sobre MCH – observada por dúvidas da população: a cartilha e o manual de apoio são instrumentos de auxílio. Adicionalmente, esperamos que a pesquisa sirva como subsídios para fomentar novos trabalhos, pois segundo Freire (1997), ensinar é também aprender, e vice-versa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEn - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil - 1956/1958. Brasília, 1980.

ABRAHÃO, AL.; FREITAS, CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. enf. UERJ**, v. 17, n. 3, p. 436-441, jul/set. 2009.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enf**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, 2008.

ACOG committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. **Obstet Gynecol**, v.121, p. 908-910, 2013.

ALDRIGHI, J. M.; SAUERBRONN, AVD; PETTA, C.A. **Anticoncepção Hormonal Oral**. In: ALDRIGHI, JM; PETTA, CA (Ed.). **Anticoncepção: aspectos contemporâneos**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 1-12 e p.91-106, 2005.

ALMEIDA FILHO, N.A..**O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011

ALMEIDA, A.H.; SOARES, C.B.; Ensino de Educação nos Cursos de Graduação em Enfermagem. **Rev. Bras. Enf**, v. 63 nº 1. Brasília, jan/fev. 2010.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comum, Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n 16, p. 39-52, 2005.

AMARAL, L.R. et al. Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. **FG Ciência, Guanambi**, v. 1, n. 1, p. 01-21, 2011.

ANASTASIOU, LGC; ALVES, LP. **Processo de ensinagem na universidade: Pressuposto para as estratégias de trabalho em aula**: 3.ed. Joinville: Ed. Univille, p.68-100, 2004.

ANENCEPHALY INFO. Vitória de Cristo. 2010. Disponível em:< <http://www.anencephaly.info/p/vitoria.php>> Acessado em: 20 maio 2017.

ANVISA. A Anvisa informa sobre os riscos e benefícios do uso de Anticoncepcionais Orais Combinados. Brasil, 2015.

ARAÚJO MML. Análise do Ensino-Aprendizagem nos Estágios de Graduação em Enfermagem: Percepção de Docentes Fortaleza. Dissertação de Mestrado; Universidade Estadual do Ceará; Ceará; 2014.

ARAÚJO, LCG. As mulheres no controle do mundo – elas têm influência em todas as esferas, da política à educação. Forbes Brasil, São Paulo. 2004.

ARAUJO, M.F.S.; OLIVEIRA, F.M.C. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. CAOS - **Rev Eletrônica de Ciências Sociais** n. 14, p. 03-14, 2009.

ARIE, WM et al. Anticoncepção no Climatério. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo. v. 61, n. 1/2, p. 34- 40, 2004.

ARIE, WMY et al. Anticoncepção. **Rev. Bras. Medicina**. São Paulo, v. 64, n. 3, p. 95- 109, Março/2007.

AYRES, L FA; et al. As enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do departamento Nacional de Saúde Pública do início do século XX. In: **História da Enfermagem – identidade, profissionalização e símbolos**. São Caetano do Sul (São Paulo): Yendis, 2010.

BALTAR, P.; LEONE, E.T. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **Rev. Bras. Estudos Populacionais**, São Paulo, v.25, n.2, p. 233-249, jul/dez. 2008.

BARROS, SM. PF. A política educacional em enfermagem. In: seminário- a prática de enfermagem e o currículo de graduação. AQS5. **Anais. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: USP**, p. 13-33, 1985.

BARROSO, Luís Roberto. **A nova interpretação constitucional: ponderação, direitos fundamentais e relações privadas**. 3. ed. revista. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BASTABLE, S.B.; **O Enfermeiro como Educador**. Princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2010.

BAYLÃO ALS; SCHETTINO EMO. A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho Brasileiro. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2014, AEDB Associação Educacional Dom Bosco. Resende RJ. Disponível em:< <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/20320175.pdf>> Acesso em: jul 2017.

BELO, W R. Aborto: considerações jurídicas e aspectos correlatos, 1999.

BENUTE GRG; et al. Aborto espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **RevAssocMedBras**, v.55(3):322-7, 2009.

BITENCOURT, CR. Tratado de Direito Penal. v. 2. 11ª ed. SP: Saraiva, 2011.

BITENCOURT, CR. **Tratado de direito penal: parte especial**. SP: Saraiva. v.2, 2007.

BOEMER MR, MARIUTTI MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **RevEscEnferm USP**, v.37(2):59-71, 2003.

BRANDÃO, DS. O Embrião e os Direitos Humanos: o aborto terapêutico. In: PENTEADO, JC; DIP, MARQUES RH (Org.). **A Vida dos Direitos Humanos**. Bioética Médica e Jurídica. Porto Alegre: SAFE, p.22, 1999.

BRASIL, MS. Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. MS. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012

BRASIL. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Portal do Supremo Tribunal Federal. Abril de 2013. Disponível em:<<http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&s1=54&processo=54>> Acessado em: jan 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 dez. 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde: Protocolo do Misoprostol. **Cartilha de orientação de como fazer aborto usando Cytotec**. Brasília 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf Acesso em: 08 jul. 2017.

BRASIL. MS. **Assistência em planejamento familiar**. 4ªed. Brasília. MS, p. 17-8, 2002.

BRASIL. MS. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enf. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. Seção 1, p. 37, 2001.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. – 2ªed. Ed do MS, 2011.

BRASIL. MS. Secretaria de Políticas de Saúde. **Planejamento Familiar: manual para o gestor**. Brasília, 2002b. p.80.

BRASIL. MS. **Atenção humanizada ao abortamento**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. MS. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Secretaria de Atenção à Saúde, 1ªed. 2 reimpr. – Brasília: Ed MS, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013c. Disponível em: < <http://goo.gl/8VJVUi>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. **Política nacional de enfrentamento ao tráfico de pessoas**. 2ª. ed. Brasília: SNJ, 2008.

BRASIL.MS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2011.

CALLAHAN, D. Abortion: law, choice and morality. Cambridge Mass: Macmillan Co. University Press, 1970.

CAMACHO, A.C.L.F.; SANTO, F.H.E. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enf**, v.9, n.1, p.13-17, 2001.

CAMELO SHH. Políticas de recursos humanos: Sistema Único de Saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. **Rev. enf. UERJ**, v.17, 589-94, 2009.

CAMILLO, S.O.; SILVA, A.L.; NASCIMENTO, A.J. Percepções do graduando de enfermagem sobre a dimensão humana no seu aprendizado. **Rev. Latino-Am. Enf**, v.15, n.2, p.207-13, 2007.

CANDATEN, A. E.; GERMANI, A. R. M. Educação em saúde: uma proposta educativo-reflexiva na formação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 192-207, 2012.

CAPEZ, F. **Curso de Direito Penal**. v. 2. 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

CARVALHO SM, PAES GO. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. **Saúde soc.** v.23 nº.2, 2014.

CASTRO SLA; FARIA, LR. A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República. Estudos CDAPH, **Ciência, Saúde e Educação**. EDUSF, p. 204, 2003.

CASTRO, TCB. ADI n.º 3.510: bioética e suas repercussões no ordenamento jurídico. **Revista Jus Navigandi**, ano 19, n. 4153, 1518-4862, 2014.

CAVALCANTI et al. Um modelo lógico da rede cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CHAGAS A. **Anencefalia: quanto tempo é possível sobreviver sem cérebro?** 2010. Disponível em: < <https://www.terra.com.br/noticias/educacao/voce-sabia/anencefalia-quanto-tempo-e-possivel-sobreviver-semcerebro,a5fa00beca2da310VgnCLD200000bbccceb0aRCRD.html> > Acessado em: 20 maio 2017.

CHEN, C. Early pregnancy factor in an in vitro fertilization and embryo transfer programme. In *Early Pregnancy Factors*, ed. F. Ellendorff, and E. Koch, 215–26, 1985 New York: **Perinatology Press**.

CHENG L, et al. Interventions for emergency contraception (review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2: 1–20, 2008.

CHIU PC et al. Cumulus oophorus-associated glycodelin-C displaces sperm-bound glycodelin-A and -F and stimulates spermatozoa-zona pellucida binding. **The Journal of Biological Chemistry** vol. 282, nº 8, p. 5378–5388, 2007.

CLOWES B. *The Facts of Life* (Human Life International: Front Royal, EUA, 1997), pp. 65, 66.

CÓDIGO CIVIL. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002.

COELHO MRS. *Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal*. Dissertação. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva /UFBA; 2003.

CONSELHO DE ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS - CIOMS. **Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédicas em Seres Humanos**. Tradução de Maria Stela Gonçalves e Adail Ubirajara Sobral. São Paulo, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem- Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: www.coren-rj.org.br

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.989, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 14 maio 2012. Seção 1, p. 308-9.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. **Anencefalia e Supremo Tribunal Federal**. Brasília: Letras Livres, 2004.

COOPER, DW. AITKEN RJ. 1981. Failure to detect altered rosette inhibition titres in human pregnancy serum. **Journal of Reproduction and Fertility** 61: 241–5.

COREN – Conselho Regional de Enfermagem. Competências.2016 http://se.corens.portalcofen.gov.br/coren-sergipe-comemora-o-dia-do-enfermeiro-obstetra_9276.htm < Acessado em: fev 2017.

COSTA R M, GIOLO C J. Teorias jurídicas acerca do início da vida humana. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**, v.10, n.2,1983-4225, 2015.

COTA, A.M.M.; XAVIER, E.B.S.; LAMAITA, R.M. **Período implantacional e embriogênese. In: Ginecologia e obstetrícia – Manual para concursos/TEGO. 4ª ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CROXATTO HB, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: A review of the literature. **Contraception** v.63,111–21, 2001.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Planejamento familiar. 2ª. ed. Curitiba: SMS, 2002.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. Trabalhando com Estratégias de Ensino/aprendizagem por Descoberta na Área da Saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pub**, v. 20(3): 780-788, 2004.

DEAN G, SCHWARZ EB. Intrauterine Contraceptives. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson A, Cates W, Stewart F, Kowal D, editors. *Contraceptive Technology*. 20th ed. New York: Ardent Media, 2011.

DCENF- BRASIL, Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, 7 nov 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem.

DIÁRIO DA REPUBLICA, 2ª serie - nº 35 - 18 fev 2011; Regulamento nº 127/2011; Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Disponível: http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2017/01/Regulamento_127_2011.pdf> Acesso em: fev. 2017.

DINIZ D, et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioét.** v. 22 (2): 291-8, 2014.

DINIZ, D, ALMEIDA, M. *Bioética e Aborto*. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina 1998.

DINIZ, D, ALMEIDA, M. *Bioética e Aborto*. 2009. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/bibliotecavirtual/bioetica/Partelllaborto.htm>> Acesso em 18/07/2017

DINIZ, MH. **Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: saraiva, 2002 e 2008.

DINIZ, MH. **Curso de direito civil**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 7 v. 1: Teoria Geral do Direito Civil. p. 122 1996.

DITTERICH, R.G. O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do programa saúde da família (PSF) de Curitiba-PR. 2005. 79f. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2005.

DJERASSI, C. O pai da pílula anticoncepcional morre aos 91 anos. The new York times 03/02/2015 <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/02/1584572-morre-carl-djerassi-o-pai-da-pilula-anticoncepcional-anos-91-anos.shtml>> Acesso em: 06/07/2016.

DONADUZZI, J.C. Ações educativas de enfermeiras em estratégias de saúde da família. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2009.

DUNSON D, et al. Day specific probabilities of clinical pregnancy based on two studies with imperfect measures of ovulation. **Human Reproduction** vol. 14, nº 7, 1835–1839, 1999.

DURAND M, et al. Hormonal evaluation and midcycle detection of intrauterine glycol-delin in women treated with levonorgestrel as in emergency contraception **Contraception Journal** Vol. 82, nº 6, 526–533, 2010.

DURAND, M. et al. A administração da fase folicular tardia de levonorgestrel como contraceptivo de emergência altera o padrão secretor de glicodelina no soro e no endométrio durante a fase lútea do ciclo menstrual. **Contraception Journal** Vol. 71, nº 6, 451-457, 2005.

ESTADÃO Conteúdo, UOL notícias. Governo prepara cartilha para mulher que decide abortar. 2012. <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2012/06/07/governo-prepara-cartilha-para-mulher-que-decide-abortar.htm>> jul 2017.

FAN XG, ZHENG ZQ. A study of early pregnancy factor activity in preimplantation. **American Journal of Reproductive Immunology** v. 37, 359–64, 1997.

FARIA, LRA fase pioneira da Reforma Sanitária no Brasil – a atuação da Fundação Rockefeller (1915 – 1930). (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: UERJ – IMS, 1994.

FERREIRA, AT. et al. **Vida: O Primeiro Direito da Cidadania**. Goiás: e Editora Bandeirante, p. 10, 2005.

FIGUEIREDO F. Bebê gerado fora do útero nasce com vida em maternidade de Macapá 30/07/2016 Disponível em: <http://globo.com/ap/amapa/noticia/2016/07/bebe>

-gerado-fora-do-utero-nasce-com-vida-em-maternidade-de-macapa.html Acessado em 17 jul 2017.

FONTELLES, C. Ação Direta de Inconstitucionalidade. (ADI – 3510). Relativa à inconstitucionalidade da Lei 11.105/05. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 17 abr 2017.

FRAGOSO HC. **Lições de direito penal**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

FREIRE, P. **Professora sim tia não: cartas a quem ousa ensinar**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

FREIRE, Paulo. **Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar**. São Paulo: Olho d'Água, p.84, 1997.

FUCHS, FD, WANNMACHER, L., FERREIRA, MBC. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALLEGUILLOS, TGB; OLIVEIRA, MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001.

GALVAN, K. Pílula do dia Seguinte é abortiva, afirmam especialistas. **Notícias a respeito da vida e da esperança**. Disponível em: <<https://noticias.cancaonova.com/brasil/pilula-do-dia-seguinte-e-abortiva-afirmam-especialistas/>> Acesso em: set 2017.

GARCIA FG, OLIVEIRA I, RESENDE D. Conhecimento de Mulheres em idade fértil sobre o uso da Pílula do dia Seguinte como Método Contraceptivo Emergencial. *Revista Científica do Instituto Ideia – ISSN 2525-5975 / RJ / Nº 02 (2015)*.

GARCIA L, LOPES J F. Nota do Movimento Nacional da Cidadania pela Vida. 2013. Disponível em: <<https://brasilsemaborto.wordpress.com/page/2/>> Acesso em: 08 jul. 2017.

GARCIA, LS; CONFORTO, E. A inserção feminina no mercado de trabalho urbano brasileiro e renda familiar. 2012. Disponível em: <<http://cdn.fee.tche.br/jornadas/2/H7-03.pdf>> Acesso em 08 de julho de 2017

GARCIA, TR; EGRY, EY e col. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: **Artmed**, p.335, 2010.

GEMZELL-DANIELSSON K. Mechanism of action of emergency contraception **Contraception Journal**. Vol. 82 nº 5, 404-409, 2010.

GERHARD L, KATZER E, RUNNEBAUM B. The early pregnancy factor (EPF) in pregnancies of women with habitual abortions. **Early Human Development** v.26, 1991.

GIBBONS, G.; SANTAMARIA, D.: **Integridade na Transmissão da Vida**; São Paulo, Paulinas, pg.33-35, 1981.

GIL, AC. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas,2010.

GRILLO, E. et al. Defeitos do Tubo Neural e Hidrocefalia Congênita. Por Que Conhecer suas Prevalências? **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 2, 2003.

GUAZZELLI, CAF et al. Métodos Anticoncepcionais Hormonais. **Fêmeina**. São Paulo, v. 36, n. 10, p. 619-625, Outubro/2008.

GUERREIRO EM, et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.1, p.13-21, 2014.

GURGEL, MGI et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 610-615, 2011.

HACKER NF, MOORE JG. **Essentials of Obstetrics and Gynecology**. Philadelphia: Saunders, 1998, 59–71.

HATCHER, RA, et al. Pontos essenciais da Tecnologia de Anticoncepção: um manual para pessoal clínico. Baltimore: Universidade Johns Hopkins/Escola de Saúde Pública/ Centro de Programas de Comunicação, 2001.

HENRÍQUEZ, A., Chile: prohíben distribuir píldora. BBC Mundo.com 05/04/2008. Disponível em:http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/latin_america/newsid_7332000/7332523.stm> Acesso em: jan 2018.

HERMANNY A, et al. *In vitro* assessment of some sperm function following exposure to levonorgestrel in human fallopian tubes. **Reproductive Biology and Endocrinology**. Vol 10 nº 8. 1477-7827-10-8, 2012.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento: As bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: ANPOCS/HUCITEC, 1998.

HOLLAND MK, WHITE IG. Metais pesados e espermatozoides humanos. III. A toxicidade dos íons de cobre para os espermatozoides. **Contracepção**, v. 38: 685-695, 1988.

HOUILLON, C. Sexualidade. São Paulo: EDUSP, 1972.

HÜBEL, VW et al. 1989. Human early pregnancy factor and early pregnancy associated protein before and after therapeutic abortion in comparison with beta-hCG, estradiol, progesterone and 17-hydroxyprogesterone. *Experimental and Clinical Endocrinology* 94: 171–6.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=293135>>. Acesso em jul. 2017.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – ICM - Competencies 2002; Available from: <http://www.internationalmidwives.org>.> Acessado em: maio 2017.

JODAR, Cláudio Henrique Urbanavicius. Direito fundamental à vida do embrião: seleção e destinação à pesquisa. 2016. 117f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, 2016.

JUNIOR, Paulo Roberto. De uso proibido no Brasil, abortivo é encontrado com facilidade em camelôs do Centro. 2016. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/de-uso-proibido-no-brasil-abortivo-encontrado-com-facilidade-em-camelos-do-centro-15495646>> acesso em: 08 jul. 2017.

JUNQUEIRA LC, CARNEIRO J. **Biologia celular e molecular**, 8ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.

JUNQUEIRA, LCU; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KAHLENBORN R., PECK R., SEVERS W. Mechanism of action of levonorgestrel emergency contraception. **The Linacre Quarterly**. Vol 82(1) 18–33, 2015.

KAK N, BURKHALTER B, COOPER MA. Measuring the competence of healthcare providers. **Operations Res Issue Paper**, v. 2(1):1-28, 2001.

KANESHIRO B, AEBY T. Long-term safety efficacy and patient acceptability of the intrauterine Copper T 380A contraceptive device. **Int J Women's Health**, v.2, 211-20, 2010.

KESSERU E, et al. The hormonal and peripheral effects of d-Norgestrel in postcoital contraception. **Contraception Journal**. v. 10, nº 4, 411-424, 1974.

KESTENBERG, C.C.F et al. Cuidando do estudante e ensinando relações de cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enf**, v.15, n.esp., p.193-200, 2006.

KOH LY, JONES WR. The rosette inhibition test in early pregnancy diagnosis. **Clinical Reproduction and Fertility**, v. 1, 229–33, 1982.

LAMPERT, JB et al. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, v. 33, n.1, 2009.

LANDESMANR, COUTINHO EM, SAXENA BB. Detection of human chorionic gonadotropin in blood of regularly bleeding women using copper intrauterine contraceptive devices. **Fertility and Sterility** v.27, 1062–6, 1976.

LARIMORE, WL. STANFORD JB. 2000. Postfertilization effects of oral contraceptives and their relationship to informed consent. *Archives of Family Medicine* 9: 126–33.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, AMC. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEFEVRE, F; MARQUES, MCC; LEFEVRE, AMC et.al. Representação social da Vigilância Sanitária pela população do município de Águas de Lindóia: análise da percepção de alguns riscos relevantes. **Revisa**, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2005.

LEITE, ACNMT; PAES, NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Hist. cienc. Saúde**. vol.16, n.3, p. 705-714, 2009.

LEONELLO, VM; OLIVEIRA, MAC. Competencies for educational activities in nursing. **Rev. Latino-Am. Enf.** v. 16, n. 2, 2008.

LÉVIS-STRAUSS C. **As estruturas elementares do parentesco**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; p. 78, 2012.

LIMA G. Lembram da pequena Rhuama? Mãe caicoense pariu mais uma menina com patologia rara. **2014**. Disponível em:< <http://glaucialima.com/lembra-da-pequena-rhuama-mae-tem-mais-uma-menina-com-patologia-rara/>< Acessado em: 20 maio 2017.

LIMA, EC; APPOLINÁRIO, RS. A Educação Profissionalizante em Enfermagem no Brasil: Desafios e Perspectivas. **Rev. enf. UERJ**, v.19, nº2, p.311-6, 2011.

LIPOVETSKY, G. **A terceira mulher: permanência e revolução do feminino**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LLEWELLYN-JONES, D. **Fundamentals of obstetrics and gynaecology**. London: Mosby. 2001.

LOPES, EM; ANJOS, SJSB; PINHEIRO, AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-277, 2009.

LOWDERMILK DL, PERRY SE, BOBAK IM. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. São Paulo: ArtMed Editora; 2002.

MACDONALD M, STARRS A. La atención calificada durante el parto. 2003. Disponível em: <[http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20.pdf)

MARCONI, MA, LAKATOS E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3ª ed. São Paulo: ATLAS, 1996.

MARIN, MJS; et al; Aspectos das Fortalezas e Fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Rev. Bras. Educação Médica**, v.34, nº 1, p.13-20, 2010.

MARIUTTI MG, FUREGATO ARF. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. Bras. Enf.** v.63 (2), p.183-9, 2010.

MARQUEZ, L. Helping healthcare providers perform according to standards. **Operations Res Issue Paper**, v.2, nº 3, p.1-34, 2001.

MARTÍNEZ, Stella Maris. **Manipulación genética y derecho penal**. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1994. p. 85-86.

MATTOS JM. Pílulas Anticoncepcionais. Universidade Estadual de Campinas, SP. 2012.

MCEESMO nº 51/2014, P.2. - Parecer Parto na água. Disponível internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/documents/mceesmo_parecer_51_2014_parto_agua_site_proteg.pdf

MCLAREN A. **História de los anti-conceptivos**. Madrid: Minerva, p. 63, 1993.

MEHTA RA et al. Detection of immunosuppressive early pregnancy factor in humans. **Indian Journal of Medial Research** v.85: 37–45, 1987.

MELARÉ, Márcia Regina Machado. Início da vida: OAB-SP critica ação contra pesquisa com embriões. **Revista Eletrônica Consultor Jurídico**, São Paulo, 31 de maio de 2005.

MELO FRM, et al. Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. **Rev Saúde Pública**, v. 48, nº3, 508-20, 2014.

MERIGHI, MAB; GUALDA, DM. Mothers'health in brazil and recovering the training of midwives for care in the birth process **Rev. Latino-Am. Enf.** v.17 nº.2, 2009.

MILAGRES, MO. Saúde: Direito, Dever ou Valor? **Rev CEJ**, n. 50, p. 25-29, 2010.

MINAYO MCS. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8ª ed. São Paulo: Ed Hucitec; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: 2011b. Disponível em: <[http:// conselho.saude.gov.br/ ultimas_noticias /2007/ _mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/_mulher.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília, DF 2011. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf)> Acesso em jun 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. 26 Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, DF 2013. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br /bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)> Acesso em: jun 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (2000). *Urgências e emergências maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.* Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MIRABETE, JF; FABBRINI, RN. **Manual de direito penal:** parte especial. 25. ed. São Paulo: Atlas, v. 2, p.62, 2007.

MIRABETTE, JF. Manual de direito penal: parte especial. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, v.2, 2011.

MITRE, SM et al; Metodologias Ativas de Ensino/aprendizagem na Formação Profissional em Saúde: debates atuais. **Saúde Coletiva**, v.13 (Sup 2), 2133-2144, 2008.

MONTENEGRO, Karla Bernardo. Início da vida no STF, 2007. Disponível em: http://www.ghente.org/entrevistas/inicio_da_vida.htm. Acesso em: 13 mar. 2018.

MONZU, M. **Sexualidade e anticoncepção.** São Paulo: Editora STS, 1992.

MOORE KL, PERSAUD TVN, TORCHIA M G. **Emb. Básica.** 8ª Ed. Elsevier, 2013.

MOORE, KL; PERSAUD, TVN. **Emb. Básica.** Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2008.

MORITA, ABPS; **Estratégias de ensino-aprendizagem na Enfermagem: análise pela escala de coma de Glasgow**. Dissertação de Mestrado; Universidade de Guarulhos. Guarulhos; SP; 2006.

MORTON HB, ROLFE, CLUNIE GJ. An early pregnancy factor detected in human serum by the rosette inhibition test. **Lancet** v.1, 394–7, 1977.

MOURA ERF, SILVA RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência saúde coletiva**, v.9, nº4,1023-32, 2004.

MOURA, ECC; MESQUITA, LFC; Estratégias de Ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de Enfermagem. **Rev. bras. enf.** v.63 n.5, 2010.

MUNARI, DB; FUGERATO, AR.F. **Enfermagem e grupos**. 2. ed. Goiânia: AB, 2003.

NADER PRA, BLANDINO VRP, MACIEL ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município de Serra – ES. **RevBrasEpidemiol**, v.10 n.4, 615-24, 2007.

NASCIMENTO JA, et al. *In vivo* assessment of the human sperm acrosome reaction and the expression of glycodelin-A in human endometrium after levonorgestrel-emergency contraceptive pill administration. **Human Reproduction**. Vol. 22, nº 8, 2190–2195, 2007.

NOÉ, G., et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. **Contraception Journal**. Vol. 84, nº 5, 486–492, 2011.

NORWITZ E, SCHUST D, FISHER S. Implantation and the survival of early pregnancy. **New England Journal of Medicine**. Vol 345 1400–1408, 2001.

NOVIKOVA N, et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation: A pilot study. **Contraception Journal**. Vol. 75, nº 2, 112–118, 2007.

NUCCI, GS. Código penal comentado. 10.ed. São Paulo: Revista dos tribunais, 2010.

ODEBLAD E. Cervical factors. **Contributions to Gynecology and Obstetrics**. Vol. 4, 132–142, 1978.

OKANE ESH, TAKAHASHI RT. O estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 40, 160-9, 2006.

OLIVEIRA, B.G.R.B.; PEREIRA, A.L. Mulher = Enfermeira X Enfermeira = Mulher. Eis a questão. **Revista Alternativa de Enfermagem**, v.1, n.4, p.4-13, 1997.

OLIVEIRA MS, BARBOSA ICFJ, FERNANDES AFC. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. **Rev. RENE**, v. 6, n.3, 23-30, 2005.

OSIS MJD, et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, 2481-90.

PALOMINO W.A., KOHEN P., DEVOTO L. A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the I-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. **Fertility and Sterility**. Vol. 94, nº 5, 1589–1594, 2010.

PAPALEO, Celso Cezar (org.) et al. Aborto e Contracepção: Atualidade e complexidade da questão. 2. ed. Rio Janeiro: Renovar, 2000.

PAPALIA, DE; WENDKOS, OLDS; FELDMAN, RD. **Desenvolvimento Humano**. 10^a ed. Tradução José Carlos Barbosa, Carla Versace e Mauro Silva. São Paulo: McGraw-Hill, 2009, p. 65.

PAZ, ECM, DITTERICH, RG. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde, Curitiba**, v. 1, n. 1, p. 1-10. 2009.

PECK, et al. Does levonorgestrel emergency contraceptive have a post-fertilization effect? A review of its mechanism of action. **Quarterly**. v 83(1): 35–51, 2016.

PEREIRA, A. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **Rev. Enf. Centro Oeste Mineiro**, v. 1, Nº. 2, 2011.

PERRENOUD P. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. Porto Alegre (RS): ed. Artmed; 2001.

PIAGGIO G., KAPP N., VON HERTZEN H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: A combined analysis of four WHO trials. **Contraception Journal**. Vol. 84, nº 1, 35–39, 2011.

PIERANDELI, JH. Manual de direito penal brasileiro: parte especial. São Paulo: Revista dos tribunais, 2005.

PIERSON, R.A., et al. OrthoEvra/Evra versus oral contraceptives: Follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. **Fertility and Sterility** 80: 34–42.2003.

PINHO, IC; SIQUEIRA, JCBA; PINHO, LMO. Percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v.8, n.1, p.42-51, 2006.

POLI, MEH et al. Manual de Anticoncepção da FEBRASGO. **Fêmeina**. v. 37, n. 9, p. 459-492, Setembro/2009.

PROGIANTII, JM; COSTA, RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev. Bras. Enf. Brasília**, v. 65, n. 2, p. 257-63, 2012.

QIN HZ, ZHENG ZQ. Detection of early pregnancy factor in human sera. **American Journal of Reproductive Immunology and Microbiology** v.13: 15–8, 1987.

RATTNER, D. Saúde Materno Infantil ao PAISM. Tempus Actas de Saúde colet, Brasília, 8(2), 103-108, jun, 2014.

RAVELLI APX, MOTTA MGC. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enf**, v. 58, 611-3, 2005

RESENDE J. **Obstetrícia**. 8ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 1991.

REZENDE F, J; MONTENEGRO, CAB. **Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, CAB. **Obstetrícia fundamental**. 12ª ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

REZENDE T. Bebê de gestação abdominal nasce saudável no Pará. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2013/01/bebe-de-gestacao-abdominal-nasce-saudavel-no-para.html> 24 01 2013 acessado em 17 jul 2017.

RIBEIRO, C. L. **A História dos Contraceptivos**. Hist Philos Vida Sci. 2009. Disponível em <www.pubmed.gov>. Acesso em 02 out. 2017.

ROCHA, Renata. **O direito à vida e a pesquisa em células-tronco** – Rio de janeiro: Elsevier, p. 79, 2008.

ROLFE, B.E. Detection of fetal wastage. **Fertility and Sterility**, v.37: 655–60, 1982.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: PEREIRA, C.A. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ArtMed, 2003. p. 28-49.

ROUMIÉ, P. **Controle de natalidade a quem interessa?** São Paulo: Paulinas, 1986

SANTOS, TCF, et al. Resistência à liderança norte-americana na formação da enfermeira brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16 n.1. 1934-1938, 2008.

- SAUTHIER, J; BARREIRA, IA. As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil. **Escola de Anna Nery/UFRJ**, 1922-1931, 1999.
- SCARPARO, MS. Fertilização Assistida: questão aberta, aspectos científicos e legais. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.
- SCLIAR, M. História do conceito de Saúde. Physis: **Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SEDGH G, et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. **Lancet**, v.370(9595),1338-45, 2007.
- SEGRE, M.; FERRAZ, FC. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 31, n. 5, p. 538-554, 1997.
- SELL SE, et al. Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enf. USP** v. 49(3):502-508, 2015.
- SHAHANI SK, MONIZ CL. Early pregnancy factor. **Indian Journal of Experimental Biology**, v.30, 951-7, 1999.
- SHAHBAZI MN et. al. Auto-organização do embrião humano na ausência de tecidos maternos. **Nature Cell Biology**. vol.18, pág 700 – 708. 2016.
- SHU-XIN H, ZHEN-QUN Z. A study of early pregnancy factor activity in the sera of patients with unexplained spontaneous abortion. **American Journal of Reproductive Immunology**, v. 29: 77-81, 1993.
- SILVA M C F, CAMPOS B C D. Aspectos jurídicos da criopreservação extracorpórea de células embrionárias humanas. **Rev. Âmbito Jurídico**, v. 6605, 2009.
- SILVA, CP.; DIAS, MSA; RODRIGUES, AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p.1453-1462, 2009.
- SILVA, EL; MENEZES, EM. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. Florianópolis: UFSC, 2005.
- SILVEIRA, CA.; PAIVA, SMA. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Ciência Cuidado Saúde**, v.10, n.1, p. 176-183, 2011.
- SILVETRIN, E. Planejamento Familiar. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem 62 f. Centro de Ensino superior dos Campos Gerais - CESCAGE. Ponta Grossa, 2004.
- SINGER, P. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, p. 174, 1998.

SMART YC, et al. Early pregnancy factor: Its role in mammalian reproduction research review. **Fertility and Sterility**, v.35: 397–402, 1981.

SMART YC, et al. Early pregnancy factor as a monitor for fertilization in women wearing intrauterine devices. **Fertil Steril**, v.37(2):201-4, 1982.

SOULES MR, et al. Luteal phase deficiency: Abnormal gonadotropin and progesterone secretion patterns. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Vol. 69, nº 4, 813–820, 1989.

SOUZA GG; et al.; Conhecimento e uso de anticoncepcionais hormonais: o que é certo ou errado? João Pessoa, v.16, nº 4, 2016.

SOUZA, M.D. Atuação da enfermeira na educação em saúde grupal em direitos sexuais/reprodutivos na atenção básica. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

SOUZA RQM, et al.; Avaliação do Conhecimento e da Prática Anticoncepcional de Universitárias de Enfermagem relacionando com o nível de formação. **Revista Panorâmica On-Line**, v.17, p. 65 – 80, 2014.

SOUZA ZCS, DINIZ NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Texto Contexto Enf**, v.20(4):742-50, 2011.

SOUZA PB. Teorias do Início da Vida e Lei de Biossegurança. ETIC - Encontro de Iniciação Científica, v. 4, nº 4, 2008.

SPAGNOLO AG, DI PIETRO ML. “Quale decisione per l’embrione in una gravidanza tubarica?”, **Medicina e Morale** v.2, p. 298-299, 1995.

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

SPONG CY, et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. **Obstet Gynecol**, v.118 (2 Pt 1):323-33, 2011.

STRAUBE W, HÜBEL V, LOH M, LEIPE S. Human early pregnancy factor: Serum concentrations before and after therapeutic abortion in comparison with beta-hCG and an early pregnancy associated protein. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v.246: 115–9, 1989.

SZYMANSKI, H.G. Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, 1994.

TELES, Ney Moura. Direito penal: parte especial. São Paulo: Atlas, 2006

THOMSON, A.W, et al. 1980. Rosette inhibition levels during early human gestation. **Journal of Reproductive Immunology** 2: 263–8.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, p. 176, 1987.

TRUSSELL JT, RAYMOND EG. Emergency contraception: A last chance to prevent unintended pregnancy. **Academic Journal Article**. 1-37, 2017.

UBATAN LJ. Ações abortivas dos métodos contraceptivos artificiais. 2011 Brasília, DF.

UGOCSAI G., RÓZSA M., UGOCSAI P. Scanning electron microscopic (SEM) changes of the endometrium in women taking high doses of levonorgestrel as emergency postcoital. **Contraception Journal**. Vol. 66, nº 6, 433–437, 2002.

UNITED STATES. The Medical Device and Drug Advisory Committees on Obstetrics and Gynecology. Second report on intrauterine contraceptive devices Washington, DC: FDA, 1978.102 p.

VASCONCELOS, CB. **A proteção jurídica do ser humano in vitro na era da biotecnologia**. São Paulo: Atlas, 2006.

VILAGRA SMBW. Elaboração de Manual de Estratégias de Ensino para Docentes de Medicina. Dissertação de Mestrado; UniFOA Centro Universitário Fundação Oswaldo Aranha de Volta Redonda; RJ. 2012.

VILELA, A.L.M. Métodos anticoncepcionais (contraceptivos). Disponível em <<http://www.afh.bio.br/reprod/reprod8.asp>>. Acesso em 16 out. 2011.

VILLAS BÔAS, L.MFM; ARAÚJO, MBS; TIMÓTEO, RPS; A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1355-1360, 2008.

WALDOW, VR. **Cuidado humano o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WALLACE CJ. “Transplantation of ectopic pregnancy from fallopian tube to cavity of uterus”, **Surgery, Gynecology and Obstetrics** v.24, 578-579, 1917.

WANG HN, ZHENG ZQ. Detection of early pregnancy factor in fetal sera. **American Journal of Reproductive Immunology**, v.23, 69–72, 1990.

WÄNGGREN, KA. et al. Regulation of muscular contractions in the human fallopian tube through prostaglandins and progestagens. **Human Reproduction**. Vol. 23, nº 10, 2359–2368, 2008.

WANNMACHER, L. Novas opções contraceptivas. Uso Racional de Medicamentos. Brasília, v. 3, n. 7, p. 1-6, Junho/2006.

WHO. Constitution of the world health organization. Basic Documents. 1946. Genebra; 1946.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva; 2004.

WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.56 (3):247-53, 1977.

WILCOX, A. J.; WEINBERG, C. R.; BAIRD, D. D. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. **New England Journal of Medicine**. v. 333, nº 23, 1517–1521, 1995.

WILLKE, JC. Norplant. **Life Issues Institute**. INC. 2014.

YEUNG WSB, et al. The effects of levonorgestrel on various sperm functions. **Contraception Journal**. Vol 66, nº 6, 453–457. 2002.

YIN, Robert K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAMBOM, A.A; ZANOTTI, D.C. CRUZ, H.C.F. Orientação de enfermagem na educação em saúde a gestantes com doença hipertensiva específica da gestação-dheg.2009.Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem-Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium-Lins.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole Ltda, cap. 28, p. 497-5, 2008.

APÊNDICE 1

**PRO-PPG - PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE MECSMA
MECSMA - 2016**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **ELABORAÇÃO DE ATIVIDADES DE ENSINO PARA O ENFERMEIRO DOCENTE SOBRE MECANISMO DE AÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS**

Nome da Pesquisadora Principal: Dr^a Maria de Fátima Alves de Oliveira
Nome da Pesquisadora assistente: Cláudia Aparecida Dalavia

1. **Natureza da pesquisa:** *o (a) participante _____ está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como finalidade a elaboração de atividades de ensino para o enfermeiro docente sobre mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais.*
2. **Participantes da pesquisa:** *Enfermeiros docentes do curso técnico de enfermagem da FAETEC / CETEP – FEVRE – Colégio Getúlio Vargas. **Envolvimento na pesquisa:** ao participante permitirá que a pesquisadora possa com os dados obtidos desenvolver um material educativo que proporcione uma ajuda a todos os envolvidos, auxiliando a população na atual problemática.*
3. *O (a) participante tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo relacionado ao emprego. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa.*
4. **Sobre as entrevistas:** *A entrevista gravada será realizada no campo de trabalho da enfermeira docente no curso técnico de enfermagem.*
5. **Análise para gerar:** *Produto educativo a ser utilizado no ensino do curso técnico de enfermagem; graduação de enfermagem e a todos que estejam interessados a respeito.*
6. **Riscos e desconforto:** *a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*
7. **Confidencialidade:** *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados serão analisados em conjunto e por isso, seu nome não será revelado. Somente pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.*
8. **Benefícios:** *ao participar desta pesquisa o participante não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a elaboração de atividades de ensino para o enfermeiro docente sobre mecanismo de ação dos métodos contraceptivos hormonais, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa esclarecer melhor o assunto abordado, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.*
9. **Pagamento:** *o (a) participante não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados eu, _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Participante – Enfermeiro (a) docente - Colégio Getúlio Vargas e FAETEC – Volta Redonda

CLÁUDIA APARECIDA DALAVIA

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente - UniFOA

Dr^a MARIA DE FÁTIMA ALVES DE OLIVEIRA

Orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente – UniFOA

Pesquisador Principal : Dr^a MARIA DE FÁTIMA ALVES DE OLIVEIRA
Demais pesquisadores: CLÁUDIA APARECIDA DALAVIA TEL: (24) 992289572
MECSMA – UniFOA: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, 1325, Três Poços, Volta Redonda – RJ. Cep: 27240-560 Tel: (24) 33408400 /
Fax: 3340-8404

APÊNDICE 2 - ROTEIRO A

1- Vivemos em um país no qual a legislação vigente proíbe o aborto, mas o permite nas seguintes situações: estupro, anencefalia e risco de morte da mãe causado pela gravidez. O que você acha sobre esta legislação? Mudaria algum item da lei?

2- Uma mulher quer fazer uso de métodos contraceptivos hormonais, mas não sabe direito quais são. Ela leu na internet que DIU, injeção, adesivo dérmico, implante subdérmico, anel transvaginal, pílula anticoncepcional e pílula do dia seguinte, são os métodos hormonais. O que você responderia a ela e porquê? Quais você recomendaria como método hormonal?

3- Segundo as informações contidas nas bulas, os métodos hormonais podem agir no organismo de 3 formas: Inibir a ovulação; modificar o muco cervical tornando-o infértil e impedir a nidação ou implantação do ovo. Uma mulher que faz uso do DIU há um ano está preocupada achando que este método está proporcionando aborto. O que você acha disso? Que conselho daria a esta mulher?

4- Uma adolescente namorava há algum tempo um rapaz e após a primeira relação sexual do casal ficaram preocupados se poderiam engravidar. Pensaram em usar a pílula do dia seguinte, mas não fizeram uso, pois a tia da adolescente disse que é abortiva. Se essa adolescente fosse pedir conselhos para você, o que diria? Você acha que a pílula do dia seguinte é abortiva?

5- Mesmo após passar por orientações no planejamento familiar algumas mulheres apresentam dúvidas a respeito do método hormonal escolhido por ela e se o mesmo é abortivo.

OBS: Dependendo das respostas das questões acima, se disser que os métodos não são abortivos, perguntar a letra a. Caso durante a entrevista disser que estes métodos são abortivos, perguntar a letra b.

a) Qual o fator que garante afirmar que estes métodos hormonais **NÃO** são abortivos?

b) Qual o fator que garante afirmar que estes métodos hormonais são abortivos?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO B

- 1- Das informações contidas neste material, quais foram novas para você?
- 2- Das informações contidas neste material, quais você já conhecia?
- 3- Quais os pontos negativos que você percebeu no material produzido?
- 4- Quais os pontos positivos que você percebeu no material produzido?
- 5- Qual item que não foi abordado e que você abordaria sobre este tema?
- 6- O tamanho da letra /fonte está adequado para leitura?
- 7- A cor de fundo atrapalha a leitura? O que você mudaria?
- 8- O que você poderia dizer sobre a qualidade das imagens?

APÊNDICE 4: TERMO DE PERMISSÃO DA EXECUÇÃO DA ENTREVISTA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA - UniFOA
PRO-PPG - PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE - 2016

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DE DADOS E ARQUIVOS DE PESQUISA

Título do Projeto: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DOCENTE SOBRE MECANISMO DE AÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: EXISTE RELAÇÃO COM O ABORTO?

Nome do solicitante: Cláudia Aparecida Dalavia RG: 11085681-2 CPF: 08114128739
Endereço: Rua A nº. 37 Bairro: Jardim Belvedere, Residencial Recanto da Lagoa
Cidade: Volta Redonda CEP: 27258496 Estado: Rio de Janeiro Matrícula: 223299-9

Local a ser pesquisado: CETEP – Volta Redonda – FEVRE - FAETEC – Colégio Getúlio Vargas

A solicitante Cláudia A. Dalavia, retro qualificada, se declara ciente e de acordo:

a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservação do presente e conseqüente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irretroatável, irrevogável e absoluta perante a fornecedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.

b) de que os dados e arquivos a ela fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.

c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos a ela disponibilizados deverão ser utilizadas apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for, salvo expressa autorização em contrário do responsável devidamente habilitado do setor.

d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.

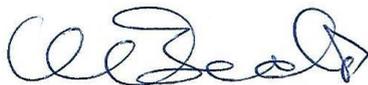
e) sem prejuízo dos termos da presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução do projeto em epígrafe.

Volta Redonda, 30 de junho de 2016.



CLÁUDIA APARECIDA DALAVIA

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente - UniFOA



WALDYR LEONEL TONOLLI BEDÊ

Diretor – Colégio Getúlio Vargas e FAETEC – Volta Redonda

Waldyr Leonel Tonolli Bedê
Diretor Credenciado/C.M.E./VR
Reg. Nº 002/1999
COLÉGIO GETÚLIO VARGAS
Matr. Nº 024591/FEVRE

ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO DE ATIVIDADES DE ENSINO PARA O ENFERMEIRO DOCENTE SOBRE MECANISMO DE AÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS

Pesquisador: Cláudia Aparecida Dalavia

Área Temática: Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):

(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 1

CAAE: 58195516.4.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento-Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.673.684

Apresentação do Projeto:

Projeto do Curso de Mestrado em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente - UniFOA. utilizará análise documental e entrevista semiestruturada para coletar dados junto a enfermeiros docentes de um curso técnico em Enfermagem em Volta Redonda.

Objetivo da Pesquisa:

- Investigar o discurso de enfermeiros docentes a respeito dos métodos contraceptivos hormonais e o aborto;

-Propor um material educativo (produto) de ensino de docentes de enfermagem a respeito de métodos contraceptivos hormonais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a o ensino ao nível médio e para formação de docentes na área de saúde

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560

UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404

E-mail: coeeps@foa.org.br

