



Universidade Federal
de Campina Grande

**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERNAGEM**

MARIA ISABEL CAVALCANTI

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: Concepções e atitudes de
adolescentes de uma escola pública**

**CAJAZEIRAS – PB
2012**

MARIA ISABEL CAVALCANTI

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: Concepções e atitudes de
adolescentes de uma escola pública**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Ms. Milena Silva Costa.

**CAJAZEIRAS – PB
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

C376c Cavalcanti, Maria Isabel
Contraceção de emergência: concepções e atitudes
de adolescentes de uma escola pública./ Maria Isabel
Cavalcanti. Cajazeiras, 2012.
73f.

Orientadora: Milena Silva Costa.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCG

1.Métodos contraceptivos. 2. Gravidez na adolescência.
3. Sexualidade. 4. Adolescência. I.Costa, Milena silva.
II.Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 613.888

MARIA ISABEL CAVALCANTI

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: Concepções e atitudes de
adolescentes de uma escola pública**

Aprovado em ___/___/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Milena Silva Costa
Universidade Federal de Campina Grande/ CFP/ UACV

Psicóloga Ms. Mônica Rafaela Almeida
Escola Técnica de Saúde/ CFP/ UFCG

Prof.^a Ms. Mércia de França Nóbrega Medeiros
Universidade Federal de Campina Grande/ CFP/ UACV

**CAJAZEIRAS – PB
2012**

Dedicatória

Aos meus pais, *José Itamar Cavalcanti e Rogéria Mendes Cavalcanti* que me propiciaram uma vida digna onde eu pudesse crescer, acreditando que tudo é possível, desde que sejamos honestos, íntegros de caráter e tendo a convicção de que desistir nunca seja uma ação contínua em nossas vidas; que sonhar e concretizar os sonhos só dependerá de nossa vontade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre me guiou em todos os momentos da minha vida e que com sua eterna misericórdia e bondade me faz crer a cada dia na vida, no amor, nas pessoas e num mundo melhor.

Agradeço aos meus pais por serem o alicerce da minha vida. Agradeço a cada sacrifício, a cada esforço, a cada dedicação. Pelo amor incondicional e pela paciência. Por terem feito o possível e o impossível para me oferecerem a oportunidade de estudar, acreditando e respeitando minhas decisões e nunca deixando que as dificuldades acabassem com os meus sonhos, serei imensamente grata. Agradeço a Deus o presente de tê-los em minha vida.

A minha prima, Dr^a Selda Heloisa Cavalcanti (*Seldinha*), pelas oportunidades oferecidas, pela confiança, por ter me acolhido como mais uma filha e por sempre estender os braços nas horas de dificuldade, a minha imensa gratidão.

Agradeço ao meu namorado Elvis Cavalcanti pelo amor que a mim tem dedicado e pela paciência nessa nova caminhada. Além da companhia por todos esses anos, melhor convívio, não poderia encontrar. Amo muito você.

A todos os familiares, tios, tias e primos que torceram e acreditaram na conclusão deste curso. Agradeço a todas as pessoas do meu convívio, em especial aos amigos e antigos professores, por terem participado de uma das melhores épocas da minha vida e por terem contribuído mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso. Fico muito grata.

Agradeço aos meus colegas de classe pela amizade e por ajudar a tornar a vida acadêmica muito mais divertida, principalmente minhas amigas Edicleide Gomes de Sousa, Evódia Alves da Silva, Juliana Rodrigues Rolim e Rogéria Gomes da Silva pelos momentos maravilhosos que passamos juntas ao longo deste curso e pela força que demos umas as outras nessa caminhada.

Agradeço todos os professores que contribuíram para minha formação. Dedico de todo meu amor a vocês que me fizeram acreditar na minha capacidade, que me permitiram abrir as asas e aprender a voar. Em especial a minha orientadora Milena Costa pela paciência, empenho,

credibilidade e pela sabedoria com que tem me ajudado sempre que solicitada. A professora Aissa Romina pelo carinho, motivação e dedicação a mim dispensados. Estejam certos de que todos vocês tornaram-se pessoas inesquecíveis e essenciais a minha existência. Obrigada por tudo!

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa, aquieta e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e amar, no meio da alegria. E ainda mais no meio da tristeza. Todo o caminho da gente é resvaloso, mas cair não prejudica demais, a gente levanta, a gente sobe, a gente volta”.

(João Guimarães Rosa em “Grande Sertão Veredas”, 1956).

CAVALCANTI, M. I. **Contraceção de emergência:** opinião de adolescentes de uma escola pública. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2012. p. 73

RESUMO

A adolescência é caracterizada como uma etapa gradativa de transição da puerícia para a idade adulta, qualificada como estágio evolutivo do ciclo da vida. Um período de descobertas e de experiências marca o desenvolvimento da personalidade e do autoconhecimento, solidificando o exercício da sexualidade a partir de sua maturação física, ocasionando alterações e prováveis conflitos. Este estudo buscou analisar conhecimentos e práticas dos adolescentes na contraceção de emergência. Abrangendo os referidos objetivos específicos: descrever o perfil social e escolar dos adolescentes; identificar as práticas preventivas de gravidez, investigar o conhecimento dos adolescentes sobre a contraceção de emergência; averiguar o uso de métodos contraceptivos de emergência. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram 15 estudantes do Ensino Médio, de uma escola pública, sendo três homens e doze mulheres. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário auto aplicado, contendo questões subjetivas, que norteou a realização da pesquisa. Foram seguidos os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, na condução da pesquisa. Os dados qualitativos foram analisados pelo método Análise de Conteúdo, o que resultou na elaboração de categorias, as quais foram analisadas em sua modalidade de análise temática. O perfil dos estudantes constituiu-se de ambos os sexos, com faixa etária entre 14 e 20 anos, de vida sexual ativa e precoce, estado civil em sua maioria solteiro, dois deles casados, residem com os pais, existindo aqueles que residem com um parente próximo ou o cônjuge. Em relação à formação educacional, cursam diferentes séries do ensino médio, distribuídos nos turnos de funcionamento da instituição de ensino (manhã ou noite). Quanto às concepções dos estudantes acerca da contraceção de emergência, revelam uma acentuada expressão de conhecimentos, limitados, sobre métodos contraceptivos gerais. Nos discursos observou-se que os estudantes, apesar de afeitos com o método contraceptivo de emergência, apresentam uma escassez de conhecimentos específicos e imprescindíveis relativos a atuação e efetividade da anticoncepção de emergência. Constatou-se uma lacuna de informações, devido à falta da educação sexual. Acredita-se que a disseminação de informações adequadas deve surgir na base da orientação destes indivíduos, ou seja, família e escola participando ativamente da construção dos valores e práticas sexuais, articuladas aos setores de saúde. Desta forma, se faz essencial avaliar a adolescência e seus inúmeros contextos, através dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, fatores indissociáveis, ampliando a compreensão sobre as necessidades dos adolescentes, facilitando suas escolhas.

Palavras-chave: Adolescência. Sexualidade. Gravidez na adolescência.

CAVALCANTI, M. I. **Contraception of emergency**: opinion of teenagers in a public school. Working End of Course (Undergraduate in Nursing) - Federal University of Campina Grande, 2012. p. 73

ABSTRACT

The adolescence is characterized as a gradual step of puerícia transition to adulthood, described as evolutionary stage of the life cycle. A period of discoveries and experiences that mark the development of personality and self-knowledge, solidifying the exercise of sexuality according your physical maturation, causing changes and probable conflicts. This study sought analyze acquirements and practices of the adolescents in contraception of emergency. Encompassing these specific objectives: to describe the social profile of adolescent and school; identify preventive practices of pregnancy, investigating teenagers knowledge about emergency contraception; investigate the use of contraceptives for emergency. It's about a study of a descriptive, exploratory character, with qualitative approach. The subjects of the study were 15 high school students, a public school, three men and twelve women. The instrument to collection of datas was a questionnaire self applied, with subjective questions, that guided the research. The ethical principles of Resolution 196/96 of the National Health Council were followed, in the conducting the research. The qualitative datas were analyzed by the method Analysis of Content, which resulted in the elaboration of categories, which were analyzed in your modality of analysis thematic. The profile of students was constituted of both sexes, with aged between 14 and 20 years old, of active and early sex life, marital mostly singles, two of them married, live with their parents, there are those who live with a close relative or partner. Regarding educational formation, attend different series of middle schools, distributed in the rotation of operation of the educational institution (morning or evening). Regarding students' conceptions about the emergency contraception, reveal a marked expression of knowledge, limited, about contraceptive methods. On the speeches was showed that the students, although of accustomed with the method contraception of emergency, have a shortage of specific and essential knowledge relative to performance and effectiveness of the emergency contraception. There was found a lack of information, due to lack of sex education. It's believed that the dissemination of appropriate informations must appear at the base of the orientation of these individuals, in other words, family and school participating actively of the development of values and sexual practices, articulated to health sectors. So, it becomes essential to evaluate the adolescence and your many contexts, through of the biological, psychological, social and cultural aspects, inseparable factors, expanding the comprehension of the necessity of the adolescents, facilitating their choices.

Keywords: Adolescence. Sexuality. Pregnancy on the adolescence.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Perfil social e escolar dos adolescentes.....	37
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CE: Contraceção de Emergência

CLAE: Consórcio Internacional de Anticoncepção de Emergência

DIU: Dispositivo Intra Uterino

IST: Doença Sexualmente Transmissível

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBRASGO: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAISM: Programa de Atendimento à Saúde da Mulher

SINASC: Sistema de Informações de Nascidos Vivos

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E ASPECTOS SOCIAIS	16
2.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	20
2.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA.....	23
2.4 AGENTES PROMOTORES DE EDUCAÇÃO EM CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	27
2.5 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE.....	30
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 LOCAL DO ESTUDO	34
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	35
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.6 ANÁLISE DE DADOS	36
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 PERFIL SOCIAL E ESCOLAR DOS ADOLESCENTES.....	37
4.2 PRÁTICAS PREVENTIVAS DE GRAVIDEZ.....	39
4.3 CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES SOBRE A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	42
4.3.1 Contracepção de emergência: Conhecimentos gerais	42
4.3.2 Fonte de Informações face à contracepção de emergência	44
4.4 USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	60
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	61
APÊNDICE B - ORÇAMENTO	64
ANEXOS	65
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
ANEXO C- Pedido de Autorização para Realizar a Pesquisa.....	70
ANEXO D - Termo de Compromisso do (S) Pesquisador (Es)	71
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP	72

1 INTRODUÇÃO

No Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define adolescência como a fase que compreende a faixa etária dos 13 aos 18 anos de idade, diferentemente da Organização Mundial da Saúde, que descreve como um período do desenvolvimento humano que se estende, aproximadamente, dos 10 aos 19 anos de idade caracterizada por uma série de mudanças biopsicossociais (BRASIL, 2009).

A adolescência é entendida como uma das mais significativas etapas do desenvolvimento humano por focar as alterações psicoemocionais e biológicas. Por meio dela, jovens consolidam seus valores sociais e pessoais, fundamentais para o exercício da vida adulta e sua inserção nos diferentes setores da sociedade. Devido a tantas modificações evidencia-se maior risco para gravidez precoce e não planejada, abortamento em condições inseguras, violência sexual, infecções sexualmente transmissíveis (IST) (DREZETT, 2002).

Segundo Eisenstein e Coelho (2008) esta é uma fase dinâmica e complexa merecedora de atenção especial no sistema de saúde, uma vez que esta etapa define os padrões biológicos e de comportamentos que irão se manifestar durante o resto da vida do indivíduo.

A importância de estudar a adolescência pode ser expressa na magnitude numérica dos adolescentes no Brasil são 35,5 milhões de adolescentes, que estão vulneráveis a diversas situações (GUIMARÃES, 2003). No Brasil, em 2004, foram registrados mais de três milhões de nascimentos dos quais 21,9% correspondiam a mães com idade entre 10 e 19 anos. Um estudo brasileiro demonstrou que a porcentagem de adolescentes que tinha engravidado pelo menos uma vez na vida variou entre 36,9% na região Nordeste e 12,2% na região Sul (BRASIL, 2008). Dessa forma considera-se que a gravidez na adolescência ocorre de forma distinta não apenas nas diversas regiões do País, mas também nos vários grupos sociais.

No Brasil, os programas destinados à prevenção da gravidez na adolescência são precários, não apenas em número, mas também no que se refere à eficiência e eficácia do atendimento prestado (AMADO; LEAL, 2001). Confrontando ao autor, o Ministério da Saúde declara que altos investimentos são realizados em programas de prevenção da gravidez na adolescência, tendo por base o enfoque de risco e a orientação e distribuição de métodos anticoncepcionais como principais instrumentos de ação (BRASIL, 2008).

É inegável que os determinantes da gravidez na adolescência envolvam elementos sociais extremamente complexos e difíceis de serem equacionados, dentre os quais a inserção

social da família, aspecto este que pode está associado às vulnerabilidades no campo da saúde sexual e reprodutiva. No entanto, apesar de a gravidez na adolescência ocorrer com maior frequência nos grupos mais empobrecidos, não se pode negar que o fenômeno acontece em todos os estratos populacionais (GONTIJO; MEDEIROS, 2004).

Devido aos fatores expostos relacionados à gravidez na adolescência, analisa-se que a Contracepção de Emergência (CE) tem um papel fundamental na redução dos índices de gravidez entre essa população e, conseqüentemente, também na redução do número de e abortos. No entanto, a política nacional de inclusão da contracepção de emergência, entre as opções contraceptivas, ainda é incipiente no Brasil, sendo utilizada em situações restritas, sem caracterizar-se como uma prática sistematizada (FIGUEIREDO, 2004).

A Pílula anticoncepcional de Emergência, também conhecida como pílula do dia seguinte ou método de uso pós-coital, consiste no uso de compostos hormonais concentrados, por curto período de tempo, nos dias seguintes a uma relação sexual desprotegida (AMADO; LEAL, 2001). Não deve ser utilizada de rotina como método anticoncepcional no lugar de outro método, mas apenas em situações excepcionais (FIGUEIREDO, 2004).

A CE é um importante instrumento para diminuir o índice de gravidez na adolescência, principalmente em associação com outros métodos, devendo ser indicada com critério e orientação adequada. Contudo não impede as IST e AIDS (BRASIL, 2008). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e está inserida nos recursos disponíveis às mulheres que constam na Política Nacional de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A Contracepção de Emergência pode ser utilizada por mulheres após uma relação sexual desprotegida. Qualquer mulher com risco de gravidez pode precisar desse recurso frente ao uso incorreto ou inconsistente de um método contraceptivo e/ou no caso de uma relação sexual imprevista ou violenta. O levonorgestrel é capaz de realizar contracepção de emergência pós-coito desprotegido. Apresenta-se em dois comprimidos de 0,75 mg, o primeiro comprimido devendo ser tomado logo após o coito desprotegido, até no máximo 72 horas, e o segundo, 12 horas após a primeira dose, e também há a apresentação em dose única com um comprimido de 1,5 mg que pode ser ingerido em um tempo máximo de 120 horas do intercurso da relação sexual desprotegida (BRASIL, 2005).

A eficácia da Anticoncepção de Emergência é resultado dos seus mecanismos de ação que, em conjunto ou isoladamente, atuam impedindo a fecundação, sempre antes da implantação. Não há quaisquer evidências científicas de que a contracepção de Emergência exerça efeitos, após a fertilização, que impeçam a implantação caso a fecundação ocorra ou

que impliquem na eliminação precoce do embrião. Desta forma, a Anticoncepção de Emergência é capaz de evitar a gravidez, nunca de interrompê-la, ficando clara sua atuação não abortiva (BRASIL, 2005).

As pílulas Contraceptivas de Emergência não podem ser utilizadas regularmente porque o índice de falha durante um ano completo de seu uso seria mais elevado que os contraceptivos hormonais regulares. As reações adversas mais comumente encontradas são náuseas, vômitos, sangramento uterino irregular, sensibilidade das mamas, cefaléia, tontura e fadiga, etc. (BRASIL, 2008).

Educadores, profissionais de saúde e pais, participantes ativos da formação dos adolescentes, com frequência, apresenta dificuldades quanto à abordagem sobre sexualidade com o seu adolescente seja por motivo de falta de informação ou, de constrangimento em discutir tais temas ligados, poupando o adolescente de usufruir o direito de escolha, com base em informações contextualizadas e de acordo com suas características de vida.

Torna-se necessário um debate mais abrangente, desmistificando os impasses acerca da importância e do uso deste método nas diferentes esferas sociais, facilitando a difusão correta de informações e ampliando o acesso ao mesmo (GUIMARÃES, 2003).

Considerando as premissas expressas até o momento, o trabalho aqui apresentado visa analisar o conhecimento e as práticas dos adolescentes na Contracepção de Emergência. Desta forma, tomando como eixo norteador o perfil social e escolar dos adolescentes, a fim de identificar as práticas preventivas de gravidez, bem como investigar o conhecimento dos adolescentes sobre a contracepção de emergência.

O interesse crescente pelo tema saúde na adolescência representaria por si só uma justificativa para a elaboração deste trabalho, ultimamente dá-se maior ênfase a saúde do indivíduo de acordo com a faixa etária, para melhor compreender as especificidades do ser humano. No entanto, quando se refere à saúde do adolescente os entraves tornam-se maiores, visto que, estes se encontram em pleno processo de transformação, tornando o conhecimento acerca de suas necessidades e idiossincrasias um processo complexo, tanto para si, o adolescente, quanto para o profissional responsável (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) está garantido na Constituição Federal: “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado” e de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência ao adolescente deve ser universal, igualitária e equitativa para garantir a promoção de saúde. Apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis (BRASIL, 2006).

O presente estudo justifica-se por se tratar de um assunto atual que está presente no cotidiano da sociedade. Cabe ainda, ressaltar que a saúde do adolescente tornou-se um alvo da mídia, isto porque os mesmos são mais vulneráveis as pressões externas impostas. Dessa maneira, o trabalho apresentado vem com o intuito de abordar um assunto moderno e preocupante que necessita de maior atenção. Este trabalho revela ainda, a contribuição do profissional de enfermagem, junto à equipe multiprofissional, com relação à assistência holística do adolescente.

Neste contexto, a questão norteadora desta pesquisa tem como objetivo geral analisar conhecimentos e práticas dos adolescentes na Contracepção de Emergência. A partir deste, desencadearam-se objetivos específicos que acompanharam toda a pesquisa realizada, os quais foram: descrever o perfil social e escolar dos adolescentes; identificar as práticas preventivas de gravidez, investigar o conhecimento dos adolescentes sobre a contracepção de emergência e averiguar o uso de métodos contraceptivos de emergência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Embasando o estudo que será desenvolvido, torna-se necessário fazer uma breve menção aos conceitos de adolescência, destacando os aspectos sociais, que circundam toda essa etapa; além de discorrer sobre uma problemática vigente, que é a contracepção na adolescência.

A seguir, ter-se-á uma abordagem nas práticas de saúde que promovem uma atenção especial ao adolescente na perspectiva de que este grupo carece de programas permanentes e mais eficientes, designadamente no quesito educação; uma explanação no contexto histórico da evolução da contracepção, finalmente nas conquistas e desafios enfrentados pelo sistema de saúde na abordagem e atuação, quanto ao mesmo em relação aos jovens em seu contexto social e de saúde.

2.1 ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E ASPECTOS SOCIAIS

Conceitualmente tanto a OMS, quanto uma pluralidade de autores, consideram que Adolescente é todo indivíduo que estiver entre a faixa etária de 10 a 19 anos de idade, critério adotado, no Brasil, pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visto que, nesse período, ocorre transição da infância para a fase adulta, além de rápidas transformações fisiológicas, conflito com o início das relações sexuais, momentos de incerteza, ansiedade, insegurança, isolamento, transtornos de vínculos afetivos, consolidação da auto-imagem e autoestima, amadurecimento emocional e mental, questionamento sobre imposições, regras, valores, identidade, conflitos familiares, emocionais e sociais, com preocupação quanto à formação de grupos de amigos (BRASIL, 2009).

A infância e a adolescência são períodos do ciclo de vida marcados por grande fragilidade, pois representam fases em que o ser humano está crescendo e se desenvolvendo, tanto física como intelectualmente, e merece atenção redobrada. Por isso, é estratégica e necessária uma educação voltada para a saúde com impacto, que resultará em maior autonomia das pessoas em relação ao cuidado consigo mesmas, com o outro e com o meio em que vivem para a conquista de melhor qualidade de vida (GUIMARÃES, 2003).

O crescimento e desenvolvimento são eventos geneticamente programados, da concepção ao amadurecimento completo, porém fatores inerentes ao próprio indivíduo e outros representados por circunstâncias ambientais podem induzir modificações nesse processo. Fatores climáticos, sócio-econômicos, hormonais,

psicossociais e, sobretudo, nutricionais são algumas das possíveis causas de modificação do crescimento e desenvolvimento (SAITO apud EISENSTEIN & COELHO, 2008, p 57).

Contudo, essa visão naturalizante está em oposição ao caráter sócio-construído do termo e à complexidade com a qual se depara quando se aprofunda nessa temática. Mostra-se, de fato, como uma condição perpassada pela situação de gênero, classe social e contextos sócio-culturais, de forma que é impossível defini-la como algo acabado, pronto para ser estudado. Exemplo disso cita-se a utilização, nas últimas décadas, por parte da OMS inclusive, do termo juventude para evocar a faixa etária entre 15 e 24 anos, em função do alongamento dessa fase na qual não são assumidas as responsabilidades ditas adultas (BURAK, 2001).

A adolescência é uma fase bastante complexa. Segundo Zagury (2009) as mudanças corporais que ocorrem nessa fase são universais, enquanto que as psicológicas e de relações variam de acordo com o contexto social a qual se refere. Ainda para esse autor, a característica mais visível na adolescência é o acentuado desenvolvimento físico, com transformações internas e externas e, também, mudanças marcantes no campo intelectual e afetivo.

Entre tantas variações, uma que biologicamente destaca-se é o amadurecimento sexual, devido à grande atividade hormonal que conduzirá à capacitação reprodutiva, esse desenvolvimento é paralelo ao desenvolvimento físico, existindo também as modificações em nível social. O adolescente adquire características do grupo de referência para realizar um jogo de identificação, podendo conquistar estabilidade que antes obtinha apenas no grupo familiar. Neste contexto observa-se uma busca constante de integração em um grupo social (ZAGURY, 2009).

Entende-se que a adolescência é de fato essa fase conflituosa da vida, onde apresentam uma procura intensa por sua identidade, e esta culmina com o surgimento dos questionamentos, à vontade de conhecer, de experimentar o novo mesmo sabendo dos riscos, e um sentimento de ser capaz de tomar as suas próprias decisões. Esse é um período de profundas transformações que impõe ao jovem grandes exigências de adaptações, é uma fase de imensas crises existenciais, onde o adolescente passa por uma etapa de insegurança, intranquilidade e volubilidades extremas (GARBIN; GARBIN; MOIMAZ, 2009).

Diante de tantas mudanças o papel da família deve sempre estar modelado às necessidades e alterações constantemente sofridas por esses jovens nas diferentes fases que os acompanha, a imagem dos pais e sua influência no comportamento dos filhos também

mudam, porque as relações verticais, baseadas na autoridade, transformam-se gradativamente o adolescente cria novos laços afetivos, encontram sua própria identidade num processo de interação social e principalmente familiar. Compreender esses aspectos é fundamental para a transição saudável do adolescente, numa relação estruturada no afeto e apoio mútuo entre pais e filhos. Devido a essas mudanças, as famílias passaram a demandar novos papéis, novas exigências, apontando-se como figuras que surgem como auxiliares na socialização das crianças e/ou adolescentes, até mesmo no seu sustento (SANTOS, 2009).

Etimologicamente o termo adolescência vem do verbo latino "*adolescere*" (*ad* = para e *olescere* = crescer), como afirma Mussen et al (2001), esse conceito é relativamente novo, e amplifica o conceito geral, caracterizando como a transição entre a infância e a fase adulta. Estando implícito neste a condição ou processo de crescimento e todas as variações psíquico-biológicas inseridas no processo. Entretanto, é evidente na literatura psicológica e sociológica, a tendência a falarem de adolescência como um período descaracterizado, seja como uma fase do desenvolvimento – etapa da vida – que, portanto, remete à biologia e a estados do corpo, ou bem como categoria sócio-demográfica que remete a parâmetros etários, identificatórios. Deve-se, portanto, situar sempre a adolescência e/ou juventude, no contexto das condições sócio-históricas.

Castro (2001) desenvolve algumas considerações sobre a relação entre o projeto de modernidade e as concepções de universalidade, previsibilidade, normalidade, progresso, aperfeiçoamento e evolução, tão recorrentes na teorização da Psicologia do Desenvolvimento. Não se pode esquecer que foi sob o enfoque da intervenção e do controle, da valorização da norma e segregação do desvio que emergiu a Psicologia do Desenvolvimento ao final do século XIX e foi neste contexto que, posteriormente, consolidou-se a concepção corrente de adolescência. Deste modo, é a partir dos condicionantes do final do século XIX e início do XX, que se passa a identificar essa fase como um período de transição entre a infância e a idade adulta, sendo constituída como um período específico, com uma psicologia e uma sociologia próprias.

Neste ensaio preliminar se enfoca que muitas teorias estudam o adolescente, buscando explicá-lo em termos psíquicos e somáticos, destacando diversos pontos relacionados à sua vivência social, características relacionadas ao novo estágio de desenvolvimento humano, e sua condição biológica ou psíquica. Apesar de várias definições concretas e científicas, torna-se cada vez mais imprescindível uma definição baseada no produto de sua cultura, utilizando-se de seus valores preestabelecidos, com base neste período

operatório formal, que viabiliza o estudo dentro do que Saviani (2004) assinala radicalidade, rigor e globalidade, como requisito de uma reflexão filosófica.

Formula-se assim que a adolescência refere apenas a formas particulares de subjetivação que estão em permanente mudança, de modo que é impossível defini-la como entidade estática e acabada. Aderindo as idéias propostas por Margulis (2001), acredita-se que estas formas particulares, de subjetivação fazem "parte do sistema de significações com que, em cada marco institucional, se definem as identidades" (MARGULIS, 2001, P. 42). Assim, o autor, fazendo referência à juventude, afirma que esta faz referências à identidade social dos sujeitos envolvidos e como tal, não apenas identifica, mas considera que toda identidade é relacional, menciona sempre sistemas de relações articuladas nos diferentes marcos institucionais e práticas sociais (família, fábrica, escola, partido político, etc.). Essa posição coincide com Hall, quando fala de identidade como "formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados e interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam" (HALL, 2005).

Tais considerações indicam que deve-se falar deste universo com um olhar mais atento e despretenso, constata-se com clareza que a expressão adolescência, no modo singular, é insuficiente. Nesse caso, talvez a melhor forma de se expressar seja mesmo no plural: adolescentes e adolescências. Mais do que uma preocupação linguística, trata-se de um olhar que considera a pluralidade da sociedade brasileira, suas contradições, sua cultura, suas disparidades, seus valores e suas regiões. Pensar a adolescência como uma oportunidade implica tratar os adolescentes como sujeitos de sua própria história e não como objeto das expectativas dos adultos. Essa mudança de olhar que supera a visão de adolescente como objeto ou problema e se firma na visão de adolescente como sujeito que apresenta variáveis sócio-demográficas tais como gênero, classe social e contexto histórico-cultural (DINIZ, 2010).

Nesse contexto, é importante considerar que o Brasil possui uma população de 190 milhões de pessoas, dos quais 60 milhões têm menos de 18 anos de idade, destes 21 milhões de adolescentes com idade entre 12 e 17 anos. São dezenas de milhões de pessoas que possuem direitos e deveres e necessitam de condições para se desenvolverem com plenitude todo o seu potencial. O país registra anualmente o nascimento de 300 mil crianças que são filhos e filhas de mães adolescentes (UNICEF, 2011).

Para a Unicef (2011), esses jovens representam uma classe social, com grande oportunidade de transformação nas relações, nas atitudes, na cultura, na educação, na vida e nas dinâmicas sociais. Mesmo sendo a adolescência um período curto, pois do ponto de vista

jurídico dura apenas seis anos (12 a 18 anos incompletos), é uma fase de mudanças profundas e rápidas no ciclo de vida. Isso se revela nas mudanças biológicas, comportamentais, de aprendizagem, de socialização, de descobertas, de interação e de inúmeros processos que nos permitem valorizar a adolescência como um potencial imprescindível para a sociedade. Nesse sentido, surgem indagações cruciais:

O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? (AYRES, et al., 2009, p. 397).

O comportamento, considerado de risco, é decorrente do momento intermediário, de mudança e ansiedade. A suscetibilidade origina-se do fato de não saber como lidar com seu corpo e com as novas possibilidades que estão surgindo, principalmente no que se refere à sexualidade. No início da adolescência, a ambivalência do jovem deriva em parte da ambigüidade ligada ao próprio corpo, suas rápidas transformações em curto prazo (BRASIL, 2000).

2.2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual do adolescente. Em geral, o tema sempre é debatido sob conceitos moralistas ou coercitivos, associado a aspectos estereotipados, relativos à pobreza, desestruturação familiar; riscos sociais, médicos e psicológicos para os sujeitos envolvidos. No entanto, é preciso sim, analisar o problema, a partir de suas implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, desde que se utilize de parâmetros que considerem que estas atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, destacando as particularidades de cada caso, a fim de produzir medidas eficientes que interfiram no quadro de uma forma ampla e generalizada (BRASIL, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a experiência de engravidar na juventude pode ser considerada elemento perturbador ao desenvolvimento ideal desta etapa da vida, tanto para a mãe, quanto para o concepto, caracterizando a gestação como um processo de alto risco. Porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico, agravando ou determinando situação de marginalidade econômica ou vulnerabilidade social. A literatura tem tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública,

especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante (GONTIJO; MEDEIROS, 2004).

A sexualidade, presente em toda a trajetória de vida do ser humano, se manifesta com mais intensidade na adolescência, o que desperta a preocupação do setor saúde, pois, muitas vezes, a sexualidade é vivida pelo adolescente por meio de práticas sexuais desprotegidas e essa atividade sexual vem se iniciando cada vez mais precocemente, com conseqüências indesejáveis imediatas como o aumento da freqüência de IST nessa faixa etária, gravidez, muitas vezes também não planejada (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), 36% dos jovens entre 15-24 anos relataram ter tido a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade, enquanto apenas 21% dos jovens entre 25-29 anos tiveram a primeira relação na mesma época. Destes, 20% afirmaram ter tido mais de dez parceiros nas suas vidas e 7% tiveram mais de cinco parceiros no último ano.

O relatório “Situação Mundial da Infância 2011” mostra que o Brasil é um país jovem: 30% dos seus 191 milhões de habitantes têm menos de 18 anos e 11% da população possuem entre 12 e 17 anos, uma população de mais de 21 milhões de adolescentes. Apesar da diminuição constante das taxas de fecundidade, a gravidez na adolescência é um fenômeno que pouco se alterou na última década, tendo inclusive aumentado nos anos mais recentes para a faixa etária de 10 a 14 anos. Em 1998, foram registrados 27.237 nascimentos de mães de 10 a 14 anos. Em 2004, o número foi de 26.276 e, em 2008, de 28.479 (BRASIL, 2009), sendo 15 mil nas regiões Norte e Nordeste, com 38% das mães dessa faixa etária com menos de seis consultas pré-natais (UNICEF, 2011).

A atenção à saúde da mulher, durante muito tempo, era baseada no atendimento à gestante, ou seja, após a fecundação, apenas quando os índices de gravidez na adolescência vieram a tomar proporções tão significativas no cenário social, não que estes já não ocorressem, mas a partir do momento em que se evidenciam em cadastros, números e etc., é que surge uma preocupação e com ela sucessivas políticas públicas de saúde (HEILBORN, 2009).

A ocorrência de gravidez em fases precoces da vida tem sido motivo de preocupação para a sociedade, mas, principalmente para a família dos jovens, já que implica, em geral, a associação a um ou mais fatores de risco. A gravidez na adolescência é multicausal e sua etiologia está relacionada a uma série de aspectos que podem ser agrupados em: fatores biológicos e/ou psicossociais, culturais e econômicas, sendo os mais importantes: a antecipação da menarca, atividade sexual precoce, pobreza, problemas psicossociais, baixa

escolaridade, ausência de projetos de vida, assistência familiar insuficiente, dificuldades para anticoncepção, educação sexual ausente ou insatisfatória (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009).

Alguns aspectos hierárquicos ou consensuais pré-fixados ou estabelecidos também interferem direta ou indiretamente nesta temática, pode-se assinalar: o contexto familiar, já que, as atitudes individuais são condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade, a religião, cultura e etnia, pois trazem intrínsecas normas rígidas ou semi-flexíveis que moldam comportamentos e regem os padrões cotidianos, o despreparo das escolas em lidar com a sexualidade e a prevenção da gravidez, a deficiência dos serviços de saúde, principalmente os públicos, a iniciação sexual cada vez mais precoce, etc. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001).

Outro aspecto relevante sobre a causalidade incide quanto à concepção de que a gravidez na adolescência é resultante da falta de informação sobre métodos contraceptivos. Este fato ainda é corrente, na literatura e no senso comum. Nesta perspectiva, para solucionar tal problema bastaria haver uma boa difusão de informação sobre o uso correto dos métodos contraceptivos bem como a garantia de acesso aos mesmos (AMADO; LEAL, 2001).

É também frequente a temática sobre contracepção, aparecer relacionada à da iniciação sexual. Argumenta-se que, quanto mais precoce a iniciação sexual, menores são as chances de uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de gravidez. Da mesma forma, é estabelecida uma correlação entre escolaridade e contracepção: quanto maior o grau de escolaridade do jovem, maiores são as chances de utilização de algum método tanto na primeira relação sexual quanto nas subsequentes (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2001).

Neste contexto, discute-se o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos de diferentes maneiras. Algumas pesquisas apontam como risco para a gravidez na adolescência o início da vida sexual, aliada à falta de informação sobre meios contraceptivos e à deficiência de programas de apoio ao adolescente (SABROZA et al., 2004). Nesta perspectiva, é considerado redutor, descrever a gravidez na adolescência como um grupo homogêneo de risco, já que este é um fenômeno que ocorre numa variedade de transações possíveis e a vulnerabilidade de um dos elementos poderá ser minimizado pela potencialidade de outros.

A partir dessa ótica, a gravidez na fase da adolescência precisa ser compreendida através da interação de vários núcleos inter-relacionados, como por exemplo, as estruturas de ensino e saúde, as ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e

subculturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2005).

2.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

A difusão dos métodos contraceptivos modernos e o debate sobre regulação da fecundidade foram impulsionados por políticas internacionais de controle populacional. O Brasil vem adotando o processo de alterações nas ações de contracepção e no trabalho educativo, porque notoriamente as mudanças nos comportamentos sexuais e reprodutivos de jovens brasileiros, que ocorrem gradativamente, retratam as práticas dessa população, mas, também proporcionam informações que exigem a promoção de uma saúde preventiva, mais especificamente das IST e do HIV/AIDS. Ao mesmo tempo em que destaca a importância de proporcionar maior eficácia no planejamento de gestações, para que estas não ocorram de forma indesejada. No Brasil, eventos como a gestação, o parto, e o aborto são fatores determinantes de morbi-mortalidade entre a população adolescente feminina (BRASIL, 2008).

O método contraceptivo de emergência, no Brasil, é regulamentado pelo Ministério da Saúde, aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e abonado pela vigilância sanitária estando disponível, comercialmente, mediante prescrição médica. Além disso, a contracepção de emergência (CE) está incluída pelo Ministério da Saúde nas normas técnicas de Planejamento Familiar (1996) e Violência Sexual (1998) (BRASIL, 2005).

Na Constituição Federal promulgada em 1988, determinou-se que cabe ao Estado e ao sistema de saúde garantir o acesso à informação e aos métodos, sendo os direitos sexuais e reprodutivos garantidos para que o casal decida livremente com orientação e acompanhamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

No Brasil, a orientação de uso da Contracepção de Emergência data de 1996, quando o Ministério da Saúde a incluiu nas Normas Técnicas de Planejamento Familiar. O conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode contribuir para que os indivíduos escolham o método mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde, bem como, utilizem o método escolhido de forma correta. Essa inclusão procurou ampliar as ações do Programa de Atendimento à Saúde da Mulher (PAISM), implantado em 1983, com o objetivo de normatizar ações voltadas para cada etapa do ciclo vital feminino, integrando os princípios da atenção preventiva e dos cuidados curativos. O programa incluiu, entre outras, atividades de planejamento familiar, que tinha como uma de suas ações,

promover o acesso as informações e aos meios para a regulação da fecundidade, como por exemplo, a pílula anticoncepcional oral, a mini-pílula, o injetável hormonal, o DIU, o diafragma e o preservativo masculino.

Paralelamente às conquistas de atenção contraceptiva na Rede Básica de Saúde, o processo democrático abrangeu a reivindicações do movimento de mulheres brasileiro, também com relação à Violência contra a Mulher. Iniciou então, em 1988, a implantação de Delegacias da Mulher e do Programa Nacional de Combate à Violência Doméstica e Sexual e de Serviços de Atendimento ao Aborto Previsto por Lei (Código Penal de 1947) e, bem posteriormente e de forma mais completa, Serviços de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual que introduziu o atendimento de apoio psicológico, de prevenção para a profilaxia de IST, incluindo HIV, e de prevenção à gravidez, com a administração da contracepção de emergência na forma Yuzpe. Tais conquistas foram sistematizadas na elaboração e regulamentação da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, editada no mesmo ano e publicada pelo Ministério da Saúde em 1999 (FIGUEIREDO, 2004).

Segundo autores, que explicam o histórico evolutivo da CE, afirmam que esta começou a ser estudada ainda na década de 70, por Albert Yuzpe, médico canadense, mas apenas em 1995 quando foi formado o Consórcio Internacional de Anticoncepção de Emergência (CLAE), com o objetivo de ampliar o acesso a esse método, bem como seu uso, conseguindo assim tornar o medicamento eficaz, de acordo com os critérios normativos da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 1996 ela entra no cenário brasileiro sob forma de Yuzpe - combinado de pílulas orais comuns. O primeiro empenho do governo, ao incluir a CE entre os métodos contraceptivos regulamentados e disponíveis no país, fez parte do cenário crescente de conquistas dos Direitos Sexuais e Reprodutivos ampliação almejada em reformas políticas, porém não se efetivaram em ações práticas de saúde (FIGUEIREDO, 2004). Os serviços públicos iniciaram a introdução do método apenas a partir de 2000, na estratégia de redução de gravidez indesejada decorrente de estupro, em Serviços de Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual.

A CE é considerada estratégica pela possibilidade de repercutir na resolução de graves problemas de saúde pública. Conforme o Ministério da Saúde, o método de contracepção de emergência, poderia ser utilizado em resposta às situações de risco, tais como estupro/violência sexual; falhas de métodos contraceptivos de uso regular, como rompimento do preservativo, deslocamento do diafragma, expulsão do DIU ou esquecimento por mais de

dois dias da pílula anticoncepcional normal; não uso de contraceptivo. Assim, esse conhecimento deve estar relacionado à prevenção da gravidez indesejada, do aborto provocado, da mortalidade materna e de outros agravos à saúde relacionados à morbimortalidade reprodutiva (BRASIL, 1996a).

Para o Ministério da Saúde, a prescrição da CE, constitui dever do médico e direito do adolescente. Apesar de estar em uso legal há mais de 30 anos em muitos países, e no Brasil estarem incluídos nas normas técnicas de planejamento familiar do Ministério da Saúde desde 1996, constitui um método pouco utilizado, inclusive devido à prescrição médica bastante restrita, apesar do método ser conhecido e possuir informações específicas quanto ao uso, eficácia, mecanismo de ação, efeitos colaterais, etc. Percebe-se que o erro está na difusão dessas informações, tanto para profissionais, quanto para a população em geral (BRASIL, 2007).

A CE foi adotada como elemento crítico, essencial para evitar a gravidez decorrente da violência sexual, envolve a administração de hormônios, via oral, em altas doses, conhecidos como pílula anticoncepcional de emergência ou pílula do dia seguinte ou ainda pós-coital. Há outra opção possível para estes casos, porém não aprovada pelo Ministério da Saúde no Brasil, que é a inserção do DIU de cobre até cinco dias após uma relação desprotegida, sendo altamente eficaz - menos de 1% de gravidez após o uso do método (AMADO; LEAL, 2001).

Como o processo de fertilização, por causa da sobrevivência dos espermatozoides, pode levar até cento e vinte horas após da relação sexual, portanto, a CE deve ser utilizada nesse período de, no máximo, cinco dias. Caso se inicie a implantação do óvulo fecundado nas paredes do útero, que ocorre normalmente cinco dias depois da fertilização, o método é ineficaz e não provoca seu descolamento, nem o descolamento das paredes do endométrio (BRASIL, 2005).

Até o momento, as apresentações de levonorgestrel de dose única (1,5 mg) ou de duas doses (0,75 mg cada) requerem prescrição médica no Brasil, e estão denominadas sob marcas (Postinor, Pozzato, Mini-Pil, Diad, Poslov, Nogravide, Prevyol, Pilem, entre outras). A administração de doses de levonorgestrel, segundo o Ministério da Saúde, (2005) e a OMS, (2006) ocorre em dose única de um comprimido para ingestão logo que possível, depois da relação sexual de risco, ou dose de dois comprimidos, com ingestão de ambos juntos, logo que possível, depois da relação sexual de risco, uma vez que a OMS reconhece que o efeito é o mesmo que ingeridos separadamente.

Outra forma de se obter a dose necessária de CE é o uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns, à base de hormônios sintéticos (progestogênio associado, ou não, com estrogênio). No caso do uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns, é necessária a utilização de mais comprimidos, para que a quantidade da substância tenha o efeito esperado. Assim, como existem no mercado vários tipos de pílulas anticoncepcionais orais, com composições diferentes, é necessário seguir orientação de uso de acordo com a dose preparada à base de Pílulas Anticoncepcionais Orais Comuns, que podem ser de baixa ou média dosagem (BRASIL, 2005).

O mecanismo de ação das pílulas anticoncepcionais de emergência consiste no período em que dá a ingestão da mesma, quando utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, atua sobre o desenvolvimento dos folículos impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias, devido à alteração da motilidade tubária, por inversão do peristaltismo e do batimento das fimbrias, já quando utilizada na segunda fase do ciclo, após a ovulação, a CE modifica o muco cervical tornando-o espesso e rígido, dificultando a migração sustentada em direção ao óvulo, isto é, alterando a motilidade dos espermatozoides, pelo aumento do pH do fluido uterino e da viscosidade do muco cervical. Nessas duas condições o mecanismo de ação impede a fecundação. Compreende-se então que ela pode inibir ou retardar a ovulação, prevenir a implantação ao alterar o endométrio e prevenir a fertilização ou o transporte de esperma ou do ovo, portanto, como já havia sido exposto, o mecanismo de ação deste método dependerá do momento do ciclo menstrual em que for administrado (BRASIL, 2005).

Alguns autores defendem que a CE também pode impedir a fecundação interferindo no preparo do endométrio. Porém, segundo o Ministério da Saúde e Costa et al (2008), não existem evidências científicas de que a CE atue após a fecundação, altere a receptividade do endométrio, prejudique ou impeça a implantação, ou que resulte na eliminação precoce do embrião, não havendo confirmações efetivas quanto ao efeito abortivo da contracepção em foco.

Ressalta-se que a Contracepção de Emergência não é recomendada para uso frequente, porque os outros métodos contraceptivos oferecem maior eficácia, portanto, menor chance da mulher engravidar. Além disso, o uso freqüente (várias vezes por ciclo) não deve ser feito, pois o mesmo poderia acarretar vários efeitos secundários: náusea, enjôo, vômito e dor de cabeça. As doses da Contracepção de Emergência devem ser tomadas com alimentos ou à noite para reduzir efeitos adversos comuns. Outros efeitos menos comuns são: sensibilidade nos seios, sangramento irregular, menstruação adiantada ou atrasada alguns dias,

cefaléia ou tontura. É importante salientar que, em caso de vômitos, a dose deve ser tomada novamente, pois a substância pode ter sido eliminada (BRASIL, 2008).

Ainda conforme as informações oriundas do Ministério da Saúde, as pílulas contendo apenas progestágenos devem ser preferidas, sempre que possível, por apresentarem menos efeitos adversos. Este fato deve ser particularmente considerado nas adolescentes portadoras de várias patologias crônicas em que as pílulas contendo estrógeno são contraindicadas devido aos seus efeitos indesejáveis. Como entre essas jovens, os riscos de uma gravidez são maiores, é necessário analisar cuidadosamente cada caso e avaliar riscos e benefícios do uso da Contracepção de Emergência, mesmo com pílulas combinadas, quando estas forem às únicas disponíveis (BRASIL, 2008).

2.4 AGENTES PROMOTORES DE EDUCAÇÃO EM CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

O comportamento sexual de um indivíduo depende não só da etapa de desenvolvimento em que se encontra como também do contexto familiar e social em que vive. Na atualidade, a sociedade tem fornecido mensagens ambíguas aos jovens, deixando dúvidas em relação à época mais adequada para o início das relações sexuais. Ao mesmo tempo em que a atividade sexual na adolescência já é vista como um fato natural, largamente divulgado pela mídia, que estimula a aceitação social da gravidez fora do casamento, ainda se vêem a condenação moral e religiosa ao sexo antes do matrimônio e atitudes machistas rejeitando as mulheres não virgens. Outro aspecto importante é a defasagem existente entre a maturidade biológica, alcançada mais cedo, e a maturidade psicológica e social que cada vez mais tarde se torna completa. Perante este quadro os jovens se encontram perdidos, sem um parâmetro social claro de comportamento sexual e com uma urgência biológica a ser satisfeita em idade precoce (BRASIL, 2008).

A utilização de métodos anticoncepcionais por parte dos jovens é inconsistente, a prática anticonceptiva nessa fase sugere uma dinâmica própria, determinada pelo comportamento frente às possíveis situações que se possa diagnosticar, nesse sentido observa-se uma alternância de métodos de acordo com as circunstâncias vigentes. Assim, justificadamente, há uma preocupação com o uso abusivo do método entre jovens e adolescentes, além de um possível abandono do uso de preservativos para a prevenção de IST, incluindo a AIDS, isso porque a CE pode ser encarada como um método prático, eficiente e rápido, porém o mesmo não impede o contato entre as mucosas sexuais, o muco vaginal e o sêmen, por isso não evita e nem previne as IST. Considerando esses riscos, a CE se apresenta

como uma alternativa válida, porém condicionada ao disciplinamento, tornando-se necessária educação quanto à utilização de métodos de barreira, em especial o preservativo masculino e/ou o preservativo feminino para realizar a prevenção dessas infecções e doenças (BRASIL, 2005).

Educadores, profissionais de saúde e pais, participantes ativos da formação dos adolescentes, com frequência, não têm consciência ou sensibilidade quanto ao problema desse grupo populacional devido à falta de informação ou, simplesmente, ao constrangimento em discutir temas ligados à sexualidade, poupando o adolescente de usufruir o direito de escolha, com base em informações contextualizadas, de acordo com suas características de vida (GUIMARÃES, 2003, p 293-294).

De maneira geral, o adolescente não recebe na família informações que envolvam a saúde e, quando tem acesso, essas informações são muitas vezes limitadas e inadequadas, provenientes de amigos, de pessoas pouco preparadas para essa função. A maior parte das informações disseminadas diz respeito ao uso de preservativos para prevenção de IST/AIDS; entretanto, o mecanismo de funcionamento do corpo relacionado à puberdade, maturação sexual, vivências e conflitos decorrentes do crescimento e da sexualidade, com efeito, poucos são abordados (GOMES et al, 2002).

No que diz respeito ao papel da escola na formação e informação de crianças, adolescentes e jovens, esta tem sido reconhecida como importante pólo integrador e organizador da comunidade, responsável pela socialização de crianças e adolescentes, sendo apontada como o local mais adequado de preparação dos jovens para a vida em sociedade. Adolescentes, quando questionados quanto ao local apropriado para discutir sobre sexualidade, apontam a escola como local ideal para discussões e troca de experiências. Neste contexto, os professores têm sido identificados como elementos envolvidos na construção do conhecimento coletivo, sendo formadores de opinião, os quais atuam como modelos de identificação para esses jovens, transmitindo-lhes noções de responsabilidade, prática de inserção social e conceitos éticos de convívio social, complementando a educação familiar e os demais aspectos de preparação dos jovens para a vida adulta (GOMES et al, 2002).

A escola tem papel fundamental como suporte da família, no que concerne à educação sexual, e com as mudanças na estrutura familiar à escola passa a ser um forte contexto para o desenvolvimento de uma educação sexual que provoque no adolescente um sentido de alta responsabilidade e compromisso com a própria sexualidade. A família deve ser incorporada ao processo de formação dos adolescentes, pois, muitas vezes, possui informações distorcidas sobre o tema, além de apresentar dificuldades em lidar com sua

própria sexualidade, devendo a escola e serviços de saúde encontrar estratégias para atraí-las (GUIMARÃES, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, integrar os profissionais de saúde torna-se medida perceptivelmente essencial para a qualidade das ações do programa de assistência às adolescentes em situações diversas, incluindo desde especificidades da violência sexual, que exige constante atuação conjunta dos profissionais, tanto em intervenções como no compartilhar de informações e decisões, como em várias outras situações. Destaca-se a importância da organização de um espaço físico comum para o atendimento e reuniões semanais para discussão de casos, além de uma assistência holística com integração de assistentes sociais, psicólogos, ginecologistas, enfermeiros, infectologistas e psiquiatras (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, torna-se indispensável que serviços de saúde, de uma maneira bem ampla, sejam ativos na promoção de informações sobre Contracepção de Emergência para adolescentes, colaborando com a disseminação de conhecimentos acerca do risco de falha do método em caso de uso repetido, isto é, que essa orientação ocorra de forma a instigar a adolescente sobre o uso consciente e os riscos de condutas arriscadas e não apenas durante uma consulta de cunho específico, como por exemplo, após uma violência sexual (MOURA; SILVA, 2005).

No entanto, alguns profissionais de saúde mostram-se ainda resistentes à difusão da CE, pois desconhecem seus mecanismos de ação e, muitas vezes, confundem a pílula do dia seguinte com uma pílula abortiva. Alguns autores, como Wannmacher (2005) e Costa et al (2008) declaram que o contraceptivo de emergência ainda apresenta baixa incidência de uso devido à falta de informação, aspectos culturais e morais, preço dos produtos, etc.

O método também encontra resistência quando se refere à influência da Igreja Católica, porém outros métodos contraceptivos regulares, também enfrentaram inúmeras barreiras, mas aos poucos tomaram forma e espaço no cenário da saúde pública brasileira. Apesar de tais dificuldades, a pílula do dia seguinte obteve, na última década, grande visibilidade no Brasil, porém as mulheres nem sempre a utilizam com o acompanhamento médico devido. Na maioria parte das vezes, ela é adquirida em farmácias, sem prescrição médica. Assim, contata-se que há uma difusão da CE sem o apoio dos serviços de saúde, exceto nos casos de violência sexual (SOUZA, BRANDÃO, 2009).

Portanto, a atuação profissional no campo da anticoncepção deve incluir os conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados, direcionados ao atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos clientes, incluindo habilidade para dar

orientação, informar e comunicar-se adequadamente, participando da tomada de decisões quanto aos métodos anticoncepcionais, sem obviamente desrespeitar a opção realizada pelo cliente (MOURA; SILVA, 2005).

O Ministério da Saúde (2008) presume que os profissionais devem estar preparados para lidar com preconceitos e percepções errôneas que os indivíduos acumulam com relação aos temas relacionados à sexualidade, saúde reprodutiva, dentre outros. Para tanto, os serviços que atendem adolescentes devem estar atentos, e sempre buscar compreender o nível do comportamento social no qual se pretende atuar, para que se possa avaliar o impacto da divulgação dessa opção anticoncepcional sobre a atividade sexual e prática contraceptiva dos jovens, em suas diversas esferas e contextos biopsicossociais. Talvez esses riscos sejam minimizados através de uma orientação cuidadosa com finalidade não apenas informativa mais também educativa.

Nesse sentido, a escola, unidades de saúde e família devem atuar de forma integrada, de modo que o trabalho educativo encontre, na prática, o devido respaldo para transformar conhecimentos em atitudes e atitudes em comportamento, com a criação de oportunidade para que os adolescentes não só conheçam os métodos contraceptivos, mas reflitam sobre as questões biopsicossociais ligadas ao tema. Os educadores (professores, família e profissionais de saúde) poderão gerar comportamentos éticos e de respeito mútuo, bem como promover a integridade e a qualidade de vida desse grupo populacional (GUIMARÃES, 2003).

2.5 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

A atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens requer a participação de profissionais de diversas disciplinas, que devem interagir por meio de um enfoque interdisciplinar (BRASIL, 2008), pensando assim, compreende-se que o atendimento a este público, especialmente, deve ser holístico, numa visão que integre todas as necessidades dos mesmos, a fim de mudar o roteiro assistencial, para uma atenção integral, tão almejada no novo contexto de saúde previsto pelo ministério. Em virtude dessa proposta e com o intuito de aumentar a eficácia da assistência e o alcance de resultados favoráveis o Ministério da Saúde (2008) investe cada vez mais na capacitação dos profissionais da saúde, particularmente dos médicos e enfermeiros com especialização em Obstetrícia, para oferecer assistência no ciclo gravídico-puerperal menos iatrogênica e intervencionista (TYRREL; SANTOS, 2001).

De acordo com Figueiredo e Tonini (2007) é indispensável que se crie um vínculo entre a prática do cuidar e a promoção de conhecimentos, no sentido que a relação entre o adolescente e o profissional que lhe assiste, seja baseada no diálogo e permeado por confiança e individualidade. Refere-se que não satisfaz a rotina de prescrição de tratamentos, ou mesmo cuidados específicos a uma patologia diagnosticada, é preciso que o enfermeiro, ao ser o desencadeador de ações educativas, esteja disposto a dividir, trocar, ensinar e aprender com seu cliente adolescente. Este deve olhar para a adolescência como uma etapa do desenvolvimento onde há risco de teores diversos, característico desta fase, tornando imprescindível a elaboração de ações, que sejam implementadas no sentido de ajudar o adolescente a refletir sobre o seu próprio processo de desenvolvimento, sensibilizando-o para os riscos reais que lhe rodeiam, a fim de promover no adolescente um senso de auto-responsabilidade e compromisso para a sua própria sexualidade.

Ainda fundamentado na visão descrita por esses autores, compreende-se que não se deve acreditar mais que educação é estímulo-resposta, queixa-conduta, problema-intervenção de modo vertical, mas que é uma ação horizontal. Educar é interagir em um determinado espaço, para que se descubra como resolver problemas e/ou como encaminhá-los a outras instâncias. Não deve existir coerção, ordem, mas orientações com argumentações, com base teórica e prática; caso contrário, o profissional da enfermagem cria barreiras intransponíveis.

Nesse sentido destaca-se que o enfermeiro além de verificar as áreas de promoção à saúde, tratamento e/ou prevenção de doenças, tem função inquestionável de informar, aconselhar e educar. E essa, tão almejada educação em saúde deve priorizar conceitos de autocuidado, incluindo cuidados gerais de saúde, discussões sobre hábitos nocivos à saúde e cuidados à saúde mental, principalmente na adolescência, para que este possa se autocuidar, superando seus problemas (FERREIRA et al, 2000).

Na atenção dada aos adolescentes é necessário considerar que nesta fase, exercer a sexualidade com saúde é um direito. O profissional de saúde precisa ter conhecimento sobre determinados conceitos e características da sexualidade humana, indispensável à discussão dos temas relacionados à contracepção, inclusive e efetivamente a de emergência, além de respeitar as particularidades dos adolescentes, aprovando sua autonomia enquanto pessoas e incentivando assim, ações que promovam a saúde, valorizando a vida (BRASIL, 2002).

Na adolescência, os aspectos biopsicossociais estão intimamente ligados, de forma que a maturação sexual e o despertar da sexualidade podem gerar grande ansiedade. O

conhecimento a respeito das modificações que ocorrem podem atuar como um fator protetor tanto em nível biológico como emocional (MONTEIRO; TRAJANO; BASTOS, 2009).

Ainda de acordo com estes autores, a ação preventiva da gravidez na adolescência faz-se por meio da educação sexual, do adiamento do início da atividade sexual e da contracepção, já que, os profissionais da saúde desempenham um papel de fundamental importância no cuidado e na educação desses adolescentes. O enfermeiro é talvez o profissional da saúde mais importante no controle e prevenção da gravidez na adolescência por passar mais tempo com a comunidade a fim de intervir não somente a questão da gravidez na adolescência, mas também problemas como IST, aborto, etc.

Na opinião de Duarte (2005), a prevenção se faz com garantias sociais no atendimento integral, multiprofissional e intersetorial; no acesso a uma educação que compreenda os aspectos da adolescência normal, seus riscos e seus desafios; na criação de espaços abertos para debates juntamente com o adolescente sobre temas tais como a iniciação sexual precoce; os tabus relativos à sexualidade; o desconhecimento e a desinformação sobre o corpo referente à anatomia e à fisiologia dos órgãos reprodutores; a desigualdade de gêneros no que se refere à sexualidade; a desvinculação da prática sexual da possibilidade de gravidez; a alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis; o desconhecimento dos métodos contraceptivos; e os altos índices de morbidade e mortalidade decorrentes das complicações com o parto puerpério e abortos nessa faixa etária (HOFFMAN; ZAMPIERI, 2009).

3 METODOLOGIA

Metodologia científica é o estudo dos métodos de conhecer para se chegar à natureza de um determinado problema, seja para explicá-lo ou estudá-lo. O método científico é entendido como o conjunto de processos orientados por uma habilidade crítica e criadora voltada para a descoberta da verdade e para a construção da ciência hoje, mediante a pesquisa (CERVO; BERVIAN, 2004).

Os autores acrescentam que a metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método do trabalho de pesquisa, exigindo do pesquisador uma intensa dedicação e persistência. Sendo assim, este capítulo pretende demonstrar os métodos e as técnicas utilizadas na elaboração deste trabalho.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo refere-se ao conhecimento e as práticas dos adolescentes na contracepção de emergência. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, que conforme Andrade (2009) tem o objetivo de obter uma visão mais ampla a respeito do tema, facilitando a delimitação do mesmo. A pesquisa foi realizada em uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2003, p. 16-18):

É o caminho do pensamento a ser seguido, ocupa um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a ser adotada para construir uma realidade. Trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O método qualitativo se aplica ao estudo das percepções e opiniões, constituindo produto das interpretações que os indivíduos fazem a respeito de suas próprias vivências. Questões que envolvem saúde, sua contextualização e problemática, são partilhadas pelos segmentos sociais, já que, se propõe a descrever e analisar o indivíduo com base em seu comportamento e cultura (MINAYO, 2006). Esse tipo de metodologia possibilita aprofundar uma revisão de conceitos e a construção de novas abordagens de análise.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Escola Estadual Prefeito Joaquim Lacerda Leite, da rede de ensino pública, localizada na Rua Raimundo Alves - s/n, no bairro Santo Antônio, município de São José de Piranhas-Pb. A escola conta, atualmente, com uma população de 611 estudantes, sendo todos matriculados no ensino médio.

O local escolhido justifica-se pelo fato de ser a única instituição de educação pré-vestibular (Ensino Médio) no município, contendo a maioria do público estudantil que preenche, satisfatoriamente, os requisitos propostos para esta pesquisa. O espaço escolar é indicado como um lugar ideal para se explorar a educação sexual, assim, pretendeu-se com o presente trabalho fomentar a reflexão sobre o conhecimento adquirido e a tomada de decisões de forma responsável. O foco foi às práticas dos adolescentes na contracepção de emergência, a escolha deste grupo se explica pela vulnerabilidade dos jovens a situações como a freqüente exposição de informações imprecisas sobre a temática em questão.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por 611 adolescentes matriculados na Escola Estadual Prefeito Joaquim Lacerda Leite no ano vigente. Deste universo compuseram a amostra apenas os 30 estudantes que se mostraram propostos a participar da pesquisa, esses responderam ao questionário, após a devolução e a análise dos critérios de inclusão, foram descartados os que não correspondiam aos objetivos do estudo, ou porque afirmaram não ter vida sexual ativa, ou tendo, não haviam utilizado o método contraceptivo de emergência. Dessa forma, permaneceram na amostragem 15 estudantes que preencheram satisfatoriamente todos os requisitos de inclusão aplicados.

A amostragem foi delimitada a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser adolescentes maiores de 14 anos de idade; ser de ambos os sexos; ter iniciado a vida sexual; fazer ou ter feito uso do método contraceptivo de emergência; estar matriculados nas 1º, 2º e 3º séries do Ensino Médio em qualquer um dos turnos de funcionamento (manhã e noite). Como critério de exclusão considerou-se os alunos estivessem ausentes no período da coleta de dados por motivo de doenças ou outros tipos de afastamento escolar.

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para o levantamento de dados utilizou-se um questionário auto aplicado (Apêndice A) contemplando os aspectos sociodemográficos e perguntas referentes ao objeto do estudo (sexualidade, métodos contraceptivos, gravidez, relacionamentos, serviços de saúde).

A técnica escolhida para esta investigação se justifica por acreditar ser este o instrumento mais apropriado para estudo, de forma a não pressionar, forçar ou causar constrangimentos aos sujeitos participantes.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na operacionalização deste estudo observaram-se as normas éticas no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. Anteriormente a entrega do questionário foi procurada a direção da instituição educacional para entrega de ofício solicitando o campo de pesquisa.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa foi realizado um convite verbal a todos os alunos, independente dos critérios de inclusão para preservar a privacidade dos mesmos. Foi explicado o teor e a importância do estudo; enfatizado que a sua participação voluntária não lhe acarretaria nenhum prejuízo; e sua identidade seria preservada. Após aceitação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) para que estes adolescentes solicitassem a assinatura dos seus pais/responsáveis.

Posteriormente a assinatura, a pesquisadora entregou o questionário a esses alunos nas salas de aula no mês de agosto e agendou a devolução desse instrumento para quinze dias posteriores a entrega, o qual foi escolhido pelo fato de favorecer maior abertura para que o adolescente pudesse expor sua prática e conduta sexual, sem que o mesmo se sentisse constrangido ou invadido, durante a exploração do tema, ou questionamentos diretos.

Ressalta-se que o questionário foi respondido individualmente pelos alunos, no entanto, a pesquisadora estava nos espaços físicos da Escola em dias agendados e divulgados, ficando a disposição para esclarecimentos de dúvidas sobre as perguntas, contudo, sem influenciar o conteúdo das respostas.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

As respostas coletadas nos questionários foram submetidas à organização e análise. Para tanto, foi adotada a técnica de análise de conteúdo, conforme Minayo (2003) que resultou na elaboração de categorias, as quais foram analisadas à luz da literatura pertinente à temática. Considera-se ainda que as respostas foram identificadas com nomes fictícios para preservar o anonimato dos adolescentes.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram esclarecidas as informações, objetivos, interesse e motivo da pesquisa; respeitados os direitos legais de confidencialidade e liberdade dos participantes do estudo; além de observados os princípios da Bioética no que concerne a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Considera-se que inicialmente foi elaborado um ofício (Apêndice C) para a Direção da Escola com objetivo de autorizar a realização da pesquisa. O projeto foi encaminhado para submissão e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa. Antes da coleta de dados, a pesquisadora e os pais/responsáveis dos participantes assinaram em duas vias o TCLE, ficando uma cópia com cada uma das partes envolvidas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das categorias que surgiram dos relatos dos adolescentes, assim as narrativas representam um contexto social verídico vivenciado por esses jovens. Alguns dos discursos dos alunos referentes ao método contraceptivo de emergência correspondem a visões hegemônicas com relação ao conceito, uso, dúvidas, etc.

A análise está organizada em quatro momentos diferentes, cada um deles conduzido por uma categoria emergente a partir dos temas relevantes para o desenvolvimento da pesquisa, que servem para subsidiar a análise teórica. As categorias analisadas foram:

4.1 PERFIL SOCIAL E ESCOLAR DOS ADOLESCENTES

Adolescente	Sexo	Idade	Estado civil	Residente	Série escolar	Turno
Adolescente 01	Feminino	20	Solteira	Pais	3º ano nível médio	Manhã
Adolescente 02	Feminino	15	Solteira	Pais	2º ano nível médio	Manhã
Adolescente 03	Masculino	16	Solteiro	Mãe	3º ano nível médio	Manhã
Adolescente 04	Feminino	17	Solteira	Pais	3º ano nível médio	Noite
Adolescente 05	Feminino	17	Solteira	Pais	3º ano nível médio	Noite
Adolescente 06	Feminino	17	Solteira	Pais	3º ano nível médio	Manhã
Adolescente 07	Feminino	17	Solteira	Pais	2º ano nível médio	Noite
Adolescente 08	Feminino	17	Casada	Esposo	3º ano nível médio	Noite
Adolescente 09	Feminino	17	Solteira	Tios	2º ano nível médio	Manhã
Adolescente 10	Masculino	16	Solteiro	Pais	2º ano nível médio	Noite
Adolescente 11	Feminino	18	Solteira	Pais	2º ano nível médio	Noite
Adolescente 12	Feminino	19	Solteira	Pais	3º ano nível médio	Noite
Adolescente 13	Feminino	Não referiu	Casada	Esposo	3º ano nível médio	Noite
Adolescente 14	Feminino	14	Solteira	Pais	1º ano nível médio	Manhã
Adolescente 15	Masculino	16	Solteiro	Pais	1º ano nível médio	Manhã

Fonte: Pesquisa direta. São José de Piranhas - PB, 2012.

É efetivo intuir que o universo adolescente é multifacetado, daí a necessidade de se conhecer e compreender as entranhas relacionadas a este processo. As particularidades individuais, dos participantes do estudo, interferem na qualidade das informações cedidas, o que justifica a consideração de variáveis que identificam socialmente estes estudantes, tais como: idade, sexo, estado civil, pessoas com que residia e aspectos escolares.

Participaram do estudo, 15 adolescentes que estavam na faixa etária entre 14 e 20 anos de idade, sendo que a maioria apresenta 17 anos de idade. Dentre os pesquisados, três são homens e 12 mulheres. Quanto ao estado civil, dois são casados e os demais solteiros. 11 deles residem com os pais e os demais moram com a mãe, tios ou maridos. Quanto à escolaridade, dois são estudantes do 1º ano do nível médio de ensino, cinco do 2º ano e oito do 3º ano nível médio. Referente aos turnos, sete frequentam a escola no turno manhã e oito no turno noite.

Nesse estudo não foi utilizado nenhum critério preferencial de gênero, permitiu-se a participação livre, de acordo com o interesse de colaborar ou não com a pesquisa, no entanto, a maior parte dos entrevistados caracteriza uma população feminina. Adolescentes, estudantes, em sua maioria, solteiras e residentes com os pais, de início sexual precoce. Esta distribuição revela uma importância social, com reflexos sobre a vida reprodutiva, havendo a possibilidade de que alguns fatores, como, por exemplo, a necessidade de trabalhar para compor a renda familiar e o despreparo para lidar com temas relativos à gravidez não planejada, tenham sido responsáveis pela diminuição da presença masculina na pesquisa (CATHARINO TR; GIFFIN, 2002).

A faixa etária, dos adolescentes participantes, também é um fator a se ressaltar já que esse período se caracteriza como um processo no qual ocorrem inúmeras modificações físicas, psicológicas, emocionais e sociais. Fase na qual surgem desejos, dúvidas, curiosidades e descobertas relacionadas ao contexto sexual (BRASIL, 2008). Percebe-se que os adolescentes estão adequadamente cursando séries referentes ao ensino médio, já que, calcula-se uma fase média (15,16 nos) para o ingresso neste período escolar (SILVA, 2009).

Um conjunto de experiências voltadas para seus laços afetivos evidencia a construção do comportamento sexual no que se refere a uni ou multiplicidade de parceiros sugerida pela vida sexual ativa, porém, pela presente condição civil da maior parte dos jovens analisados, há uma prevalência de solteiros, sem união consensual. Ainda questiona-se o desenvolvimento dos valores, já que convivem em espaços familiares consolidados em estruturas padronizadas, pais e adultos em geral, essa convivência interfere nos impulsos sexuais, visto que, tendem a acumular os princípios vivenciados no seu espaço familiar.

Entretanto, esse processo se dá de forma diferenciada de acordo com a história de vida de cada adolescente e do grupo sócio-econômico no qual está inserido. (DINIZ, 2010).

Trata-se de jovens estudantes de ensino médio de vida sexual ativa e precoce, o que culmina com a ideia de que a transmissão de conhecimentos relacionados à educação sexual, não condiz com o modelo satisfatório, educar não deve ser tido como uma prática de transmitir ou informar conhecimentos. Deve considerar a preparação do indivíduo para as situações de vivência social, educar em saúde requer uma comunicação direta de forma rotineira e compreensiva que atraia o adolescente e modifique seu comportamento. (GUIMARÃES, 2003).

4.2 PRÁTICAS PREVENTIVAS DE GRAVIDEZ

Do universo dos 15 adolescentes que já tiveram relação sexual, quatro declararam ter iniciado essa prática aos 14 anos e os demais com idades variando até 18 anos, sendo que uma delas optou por não responder.

A primeira relação sexual, considerada um marco na vida dos jovens, tem iniciado cada vez mais precocemente. Considera-se um progresso gradativo do número de adolescentes que mantiveram a primeira relação sexual durante os 14 anos, corroborando a antecipação da iniciação sexual. Justifica-se que este é um decurso que tem sucedido gradualmente ao longo dos anos.

Segundo Berlofi et al. (2006), a média de idade da menarca tendencialmente está diminuindo com o passar dos anos, analisa-se uma queda de cerca de quatro meses a cada quatro décadas, correspondendo atualmente, em quadros gerais, a faixa etária dos 11 a 12 anos. Essa antecipação favorece a introdução de temas relacionados à sexualidade, à fertilidade e a relações sexuais mais precoces. Evidencialmente as mulheres têm iniciado a vida sexual mais cedo, por volta dos 14 anos de idade, enquanto os homens mantêm o mesmo comportamento de décadas atrás, tendo o mesmo parâmetro de idade. O que representa uma alteração de costumes sexuais, sobretudo para as mulheres.

No entanto, torna-se sugestivo especificar algumas contestações referidas ao contexto histórico, já que, antigamente, as pessoas casavam mais cedo e, portanto iniciavam sua vida sexual mais cedo, caracteristicamente com restringido número de parceiros sexuais, visto que as imposições a respeito da sexualidade eram rígidas e bem formuladas socialmente. Incongruente, hoje, não há tanta solidez ou obrigatoriedade mencionadas ao convívio conjugal, em contrapartida há maior abertura sexual e multiplicidade de parceiros desde a

adolescência, principalmente para o sexo masculino, contribuindo para uma iniciação sexual mais precoce.

No Brasil, apesar de tamanho avanço relacionado às demandas de gravidez na adolescência, entre outros temas referentes à sexualidade precoce, ainda se presencia algumas influências que inibem a mulher, considerada socialmente correta, a seguir modelos de uma sexualidade estereotipada, que por vezes dita a liberdade da vivência sexual livre, no entanto contida, discreta, já que ela deve configurar papéis ora na figura da mulher maternal, ora sexual, frequentemente analisadas como desempenhos inconciliáveis. Essa tese pode sustentar a decisão da estudante em negar ou omitir a iniciação da atividade sexual, visando resguardar sua postura moral, perante seu comportamento sexual.

Esse adiantamento pode trazer inúmeras implicações no cenário social, desde interferências nos índices de gravidez precoce, incluindo as IST, isso porque esse fato frequentemente se associa ao uso inadequado dos mecanismos de contracepção e prevenção das doenças.

Levando em consideração que cotidianamente, os adolescentes apresentam comportamentos impulsivos e impensados, no momento em que foram indagados acerca de métodos para prevenir uma gravidez, houve uma enfática demonstração de conhecimentos, embora limitados, sobre tais meios. Informaram que, como práticas preventivas utilizavam preservativos, anticoncepcionais orais e injetáveis:

“Camisinha.” (Adolescente 01)

“Camisinha, Comprimido, injeção.” (Adolescente 02)

“Camisinha e anticoncepcional.” (Adolescente 05)

“A pílula do dia seguinte.” (Adolescente 07)

Realça-se o uso do preservativo como predominante, dentre os demais métodos, questionando que o único citado foi o de uso masculino, talvez pela minimização do conhecimento acerca do condon feminino, bem como de outros métodos mais atuais ou de custos mais elevados.

O preservativo é um mecanismo de prevenção eficaz tanto para a gravidez não planejada, quanto para as IST, no entanto, apesar do aumento evidente da constância no relato do uso do preservativo entre os adolescentes, não se pode assegurar o uso frequente, principalmente quando se considera as possíveis relações eventuais e não-programadas.

Segundo autores como Guimarães (2003), estudos mostram que cada vez mais a nova geração de adolescentes é bem informada sobre sexo, porém, contraditoriamente os jovens não utilizam praticamente essas informações.

Seguindo os achados de Doreto (2006), em sua pesquisa o preservativo masculino é o método mais citado pelos adolescentes de ambos os gêneros, posteriormente encontra-se a pílula, enquanto que os demais métodos são pouco citados pelos mesmos. O que é satisfatoriamente eficaz, já que, evidenciam-se resultados benéficos em relação à prevenção de IST e também da gestação.

Quando usado corretamente e em todas as relações sexuais, o preservativo masculino é 97% eficaz no primeiro ano de uso (FEBRASGO, 2001). Presumi-se que os altos índices respectivos à camisinha masculina relacione-se as variadas e constantes campanhas educativas desenvolvidas nos últimos anos pelo Programa Nacional de IST/AIDS, além da ênfase e das propostas atrativas oferecidas pela mídia e demais meios de comunicação a respeito da prevenção de doenças, associa-se ainda a disponibilidade gratuita de preservativos na rede pública de saúde.

Apesar do destaque para o preservativo como método de primeira escolha da maioria das adolescentes, não se pode desconsiderar a presença da pílula identificada como o segundo método mais referido. Ainda segundo a Febrasgo (2001), o coeficiente de segurança relativo aos anticoncepcionais orais condiciona-se ao uso correto dos mesmos, o que assegura obtenção de resultados favoráveis na prevenção de gravidez, já que sabiamente não há relação entre eles e a precaução de IST. Constata-se um limiar de segurança de 0,1% de probabilidade de erro no primeiro ano de uso, isto se usado diariamente, dentro dos padrões preconizados.

Os dados indicam também o abandono de métodos comportamentais, como a tabelinha (Ogino-Knaus, método do ritmo), já que, não se encontram nenhuma vez citados, dentre o universo entrevistado. Este método não produz confiabilidade, nem mesmo se pode garantir a utilização correta, sua análise se faz embasado no cálculo do período fértil da mulher considerando a data dos últimos ciclos menstruais, atribuindo períodos em que se devem evitar relações sexuais. Não é recomendado na adolescência, por se tratar de um período de irregularidade dos ciclos, o que justifica a presença de indicadores de falhas, além de não oferecer proteção para as doenças sexualmente transmissíveis. (BOUZAS, PACHECO, EISENSTEIN, 2004).

4.3 CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES SOBRE A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A partir das respostas às questões que nortearam as entrevistas para a representação do Ensino médio acerca da contracepção de emergência, no município de São José de Piranhas - PB foi possível apreender diferentes eixos temáticos: o conhecimento sobre a pílula, a origem das informações, a opinião acerca do uso e as dúvidas mais frequentes.

4.3.1 Contracepção de Emergência: Conhecimentos gerais

A progressiva tendência do livre comportamento social, circunstanciadamente, relacionada ao sexual, colabora para o crescimento da gravidez na adolescência não planejada, o que pode gerar uma série de conflitos que interferem no bem estar biopsicossocial. Nesse contexto destaca-se o uso da anticoncepção de emergência como um método para prevenir a gravidez posterior a uma atividade sexual desprotegida.

Existem dois métodos considerados de emergência e que podem ser utilizados com essa finalidade, trata-se da administração via oral de altas dosagens hormonais (até 72 horas após a relação sexual sem proteção) ou a inserção do DIU de cobre até cinco dias após uma relação dessa mesma característica, contudo, esta última opção não é aprovada pelo Ministério da Saúde no Brasil, o que justifica trabalhar apenas a primeira (AMADO; LEAL, 2001).

Em relação à concepção dos estudantes acerca deste método, observou-se que eles reconhecem que há uma dosagem superior de hormônios no contraceptivo de emergência ao comparar com outros que tem efeito moderado quando o uso é contínuo; enfatizam a prevenção da gravidez e apresentam conceitos errôneos ou inconclusos sobre causar abortamento e forma de uso. Os discursos dos entrevistados, a seguir, exemplificam essa visão:

“Um método contraceptivo que deve ser usado em momentos específicos, pois tem uma quantidade hormonal bem maior que o comprimido normal.” (Adolescente 02)

“É um remédio que a mulher toma, quando tem relações sexuais sem nenhum tipo de prevenção. A pílula do dia seguinte deve ser tomada até 24 horas depois do ato sexual.” (Adolescente 05)

“Ouvi dizer que se ingerida antes das 72 horas, após a relação sexual, ela pode evitar a gravidez, porém, não pode ser considerada como anticoncepcional e não substitui a camisinha.” (Adolescente 07)

“É um aborto imediato.” (Adolescente 06)

A análise do conhecimento sobre esse método contraceptivo foi realizada de forma simples, direta e subjetiva, não abrangendo conceitos específicos como indicações, efeitos colaterais e contra-indicações, permitindo ao entrevistado expor seu conhecimento independente do nível da informação cedida. Percebe-se que o conhecimento, pode significar um elemento relativo à aceitabilidade ou a resistência ao uso desse método.

Os dados constatados acima confirmam tais considerações, visto que, nenhum dos depoimentos relatam que a anticoncepção de emergência pode ser utilizada em alguns casos de associações hormonais (Antiprogéstógeno) em um período máximo de até 12 horas após o ato sexual desprotegido. A resposta mais assertiva, relacionada ao tempo, afirma que deve ser ingerida em até 72 horas, conceito correto e que atinge efeito satisfatório, a maioria respondeu que o comprimido poderia ser usado 24 horas após o coito desprotegido, informação deduzida provavelmente pela designação “pílula do dia seguinte”, que remete a indicação de tempo preciso para a administração dessa medicação (BRASIL, 2008).

Destaca-se que dentre as várias formas de contracepção existentes, a anticoncepção de emergência, na percepção dos entrevistados, é um método que previne gravidez após a relação sexual. Embora a “Contracepção de Emergência” cause uma série de indagações e discussões que geram inúmeros debates, trata-se de método seguro, analisado desde a óptica relativa à saúde, abrangendo aspectos comportamentais. Contesta-se a possibilidade do uso indiscriminado, e a promoção de um comportamento sexual irresponsável, no entanto, a solução para o controle baseia-se no conhecimento, uma vez realizada orientações pertinentes a prescrição e uso, tanto da anticoncepção de emergência, quanto da anticoncepção diária, sugere que uma não interfere na utilização da outra, bem como não modifica o comportamento sexual (BRASIL, 2005).

Nesses discursos observou-se que os estudantes não conhecem a real efetividade da anticoncepção de emergência, havendo grande comparativo aos anticoncepcionais orais hormonais, o que justifica que os alunos retêm noções sobre existência da anticoncepção de emergência, mas não tem proficiência com o método.

Tal método tem composição a partir das formulações hormonais de progesterona isolada ou combinada a estrógenos (método Yuspe), sua utilização respalda-se no conceito de que muitas gestações não planejadas podem ocasionar abortamentos que comprometem a saúde sexual e reprodutiva, visto que em sua maioria ocorre em situações irregulares remetendo riscos a saúde (FIGUEIREDO, 2004).

No entanto, julgar a anticoncepção de emergência abortiva implica em ignorar as especificidades do método, tornando urgente a necessidade de melhorar o conhecimento dos jovens sobre o mesmo, fornecendo informações a respeito dos mecanismos de ação, a fim de desmistificar o conceito de anticoncepção de emergência como abortiva, disseminando indicações e forma de uso, que esclarecem o método como seguro e efetivo, há de se promover orientações sobre situações de risco de gravidez (BRASIL, 2008).

Outro fator a ser avaliado é a inclusão dos jovens do sexo masculino nestas discussões, tendo em vista aperfeiçoar a utilização do método e precaver inúmeras gestações não planejadas e abortos ilegais, pois como a ingestão é feita pela mulher, em muitos casos o homem se abstém da responsabilidade, bem como do conhecimento relacionados ao método (BRASIL, 2008).

4.3.2 Fonte de Informações face à contracepção de emergência

Em resposta à pergunta sobre a forma de obtenção das informações a respeito da contracepção de emergência, os estudantes demonstram interesse, já que, nota-se uma busca por tal conhecimento, em contra partida, percebe-se que a fonte de informações acerca do assunto é escassa, o que remete a desinformação evidente nos relatos a seguir:

“Já ouvi falar sobre esse método na escola e também na televisão.”

(Adolescente 05)

“Primeiro algumas amigas me contaram, depois após a minha primeira relação, eu li a bula e também pesquisei na internet.”

(Adolescente 07)

“Na escola, por minhas amigas, na internet e por vários outros meios.” (Adolescente 09)

Constata-se que a principal forma de obtenção de conhecimento sobre anticoncepção de emergência citada foi à escola, o que de certa forma é preocupante, visto

que, os conceitos já analisados anteriormente demonstram um despreparo, com informações desorganizadas, ora incompletas, ora insatisfatórias, o que transmite a impressão de que os profissionais responsáveis no âmbito escolar, por difundir tais conhecimentos se encontram desqualificados.

Os adolescentes então recorreram aos amigos e a internet, provavelmente não preparados para dispor tais ensinamentos de forma precisa e suficiente, por conseguinte, esses estudantes podem ter recebido informações disformes, não condizendo com o previsto para a aprendizagem, uso e efeito.

O que se constata a partir da análise dos resultados da pesquisa é a inexistência de relatos sobre a participação de profissionais de saúde como emissores de informação, bem como índices preocupantes sobre a atuação de pais, professores e educadores em geral, isto pode estar associado há certa barreira comportamental dos próprios adolescentes em procurar esse tipo de informações com adultos, pelo receio de possíveis interpretações que possam surgir sobre sua imagem pessoal, bem como por um pudor em expor detalhes de sua vida sexual. No entanto não se podem dissociar tais indicadores da inaptidão dos profissionais de saúde para apreender tais indivíduos, considerando sempre seu contexto social para então promover orientação educativa satisfatória (GUIMARÃES, 2003).

O Ministério da Saúde preconiza que a aquisição de conhecimentos sobre saúde sexual como um todo, ocorra de maneira mais eloquente, envolvendo no processo uma equipe multidisciplinar, que ofereça informações seguras e completas, fazendo com que se possa atuar enfaticamente na evolução biopsicossocial dos adolescentes, interferindo de forma coerente com suas necessidades, inviabilizando a deformação das informações por parte da mídia ou outro meio de veiculação que se possa encontrar com a transmissão desses conteúdos de modo duvidoso (BRASIL, 2008).

Ainda se questiona que esta minimização da difusão de informações referentes à contracepção de emergência, pode estar vinculada ao receio e despreparo de profissionais de saúde, que resistem ao método, especialmente quando relacionado para adolescentes, devido à possibilidade de sua priorização ou do seu mau uso.

Dúvidas sobre o uso do contraceptivo de emergência não ocorre apenas por parte dos profissionais, reflete também nos jovens como se pode evidenciar ao deparar-se com tais afirmativas a respeito da opinião dos adolescentes entrevistados acerca do uso deste mecanismo:

“Não é muito correta, porque desregula a menstruação, se não for tomada imediatamente não é muito segura e não é fácil de conseguir.” (Adolescente 02)

“Sou a favor do uso da contracepção de emergência, pois podem acontecer descuidos durante a relação e só assim se pode evitar uma gravidez indesejada.” (Adolescente 03)

“Em minha opinião só deve ser usada em casos extremos, como por exemplo, depois de um estupro ou não tendo usado preservativo durante o sexo.” (Adolescente 05)

“Bom eu sou casada, mais faço o uso da pílula e acho muito importante para evitar a gravidez, mas a camisinha é o melhor método para prevenir doenças.” (Adolescente 13)

Nessa perspectiva observa-se uma divisão quanto ao parecer adolescente sobre o uso, uma parte considera favorável a Contracepção de Emergência, já que o mesmo é uma das formas preventivas para uma gravidez não planejada, se ressalta visto que sua utilização é indicativa após o ato sexual desprotegido e não antes, como a maioria dos demais métodos. Já analiticamente os motivos que desmotivam a utilização são diversos e referenciam preconceito e desinformação.

Destaca-se que este mecanismo deve ser usado de acordo com a necessidade, posterior a uma orientação eficaz, acerca do uso, mecanismo de ação, efeitos adversos, etc. A prescrição do levonorgestrel e do método de Yuzpe seguem as mesmas indicações, no entanto o uso da pílula de emergência se restringe a situações particulares, como um ato sexual desprotegido, uso inadequado ou falha do método, além dos casos de violência sexual. O que implica em um uso não planejado ou programado, o mesmo não deve substituir outro método anticonceptivo de rotina, pois o uso contínuo deste método induz ao aumento de falhas quanto a sua proteção, o que justifica seu uso limitado em contrapartida a outros métodos de uso programado e ininterrupto (BRASIL, 2005). Esta informação é importante porque em alguns discursos percebe-se o uso deste em contraposição ao preservativo ou outro contraceptivo, o que remete ao temor de alguns profissionais e a falta de orientação pertinente como já explícito.

Acredita-se que com informações adequadas e acessíveis, estas situações são reversíveis, e que a mudança deve acontecer na base, ou seja, a partir de capacitações de profissionais, o que culminará com mudanças sobre as normas e valores que circundam o uso

da contracepção de emergência, facilitando inclusive as formas de aquisição deste produto, um dos entraves citados por um dos adolescentes, fato relacionado a tais preconceitos e tabus que facilmente será desmistificado através de uma educação de qualidade.

Outro ponto levantado a partir dos conceitos expostos nos depoimentos acima se refere ao tempo entre a relação sexual e a administração. A contracepção de emergência proporciona percentual de erro de 2% nas primeiras 24 horas, 4,1% entre 25 e 48 horas e 4,7% entre 49 e 72 horas. Comparado aos índices do levonorgestrel, em mesma situação, encontramos níveis significativamente menores, com 0,4%, 1,2% e 2,7%. Para os três primeiros dias de uso, a média de erro da contracepção de emergência é de 1,1%, já para o levonorgestrel e de 3,2%, conclui-se que o método de emergência possui probabilidade de falhas quase três vezes menor que o anticoncepcional de rotina. Entre o 4º e o 5º dia constata-se uma real diminuição da confiabilidade quanto às margens de erros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Outra preocupação levantada pelos estudantes está relacionada às possíveis alterações do ciclo menstrual, no entanto, segundo a literatura, não existem sérios transtornos ocasionados pelo uso desse mecanismo, nem prevalência de casos. Dados da OMS confirmam que apenas parte das usuárias apresenta atraso ou antecipação do fluxo menstrual, eventos justificados pelo bloqueio do pico de LH, não existe nenhum registro de sangramento imediato, o que significa dizer que não há probabilidade de eliminações precoce do endométrio. Contudo, segundo SCHIAVON (2002), a utilização frequente do método, pode exacerbar essas alterações menstruais. Conclui-se, portanto, que não há características específicas ao uso do método, porém reflexos de sua utilização imprópria.

Acentua-se inclusive que tais alterações sobre o ciclo menstrual, não ocorrem exclusivamente devido ao uso de um contraceptivo emergencial, outros métodos podem desenvolver o mesmo efeito, exemplificam os injetáveis trimestrais, o DIU de cobre e os implantes subdérmicos, que comumente provocam sangramentos irregulares, muitas vezes sendo contra-indicados. Todavia estas modificações no ciclo menstrual não devem atuar como fator limitante para seleção ou preferência do uso de um método contraceptivo seja ele de emergência ou não, pois as mesmas são discretas e sem riscos para a continuidade da saúde da mulher (BRASIL, 2005).

Durante a entrevista foi solicitado que os adolescentes expusessem suas dúvidas a respeito da pílula em questão:

“Se pode ser tomada ao mesmo tempo do anticoncepcional. Se tem efeito depois das 24 horas. Se tomada muitas vezes pode deixar a mulher estéril.” (Adolescente 02)

“Se ela prejudica a fertilidade e a saúde da mulher, usada em longo prazo.” (Adolescente 08)

“Se ela realmente previne a gravidez depois de dois dias, ou a partir disto passa a ser abortiva.” (Adolescente 13)

Observando o conteúdo das dúvidas mais freqüentes, percebe-se a existência de uma lacuna de informações básicas. Como já citado anteriormente as indicações da anticoncepção de emergência são privadas a situações específicas, incluindo uma falha do método de rotina, neste caso um anticoncepcional oral. O uso correto de um anticoncepcional é suficiente para a prevenção de gravidez, não sendo necessária a ingestão de uma nova pílula, com acréscimo de dose hormonal, a não ser que a utilização do anticoncepcional em uso seja inadequada, por exemplo, um esquecimento prolongado pode ocasionar riscos de gravidez, sendo então indicada a associação de outro método que garanta maior confiabilidade, podendo ser escolhido à pílula de emergência, bem como o preservativo, etc.

Outro ponto, já debatido, é o período de confiabilidade do uso da pílula detalhadamente, conforme o Ministério de Saúde (2005), as pílulas anticoncepcionais compostas por combinações de hormônios (um estrogênio e um progestágeno) possuem períodos de administração efetiva de até cinco dias após a relação sexual desprotegida, o que garante até 120 horas de limiar de segurança, porém a associação de etinil-estradiol e levonorgestrel, composição mais frequente da anticoncepção de emergência, sendo também a mais utilizada e prescrita, se encontra dividida em duas doses iguais, que devem ser administradas cada 12 horas contadas a partir do momento da atividade sexual. Evidentemente cada comprimido tem uma dosagem específica de acordo com sua fabricação, existem comprimidos dispostos comercialmente, com dosagens hormonais inferiores, que necessitam da ingestão de dois comprimidos, ao invés de um, a cada 12 horas, e ainda encontram-se associações em dose única, etc. Assim é preciso analisar cada pílula e sua forma de administração, levando em conta seu limiar de segurança, o que induz a importância dos profissionais de saúde quanto às orientações, inclusive de uso.

A contracepção de emergência não causa nenhum dano à saúde da mulher, não se encontra associada a prejuízos como infertilidade, má formação fetal ou aumento do risco de gravidez ectópica. Muitas dessas percepções se devem a associação de altas hormonais, ou de

ações que comprometam o endométrio, no entanto, o mecanismo de ação das pílulas não possui nenhuma relação com estes fatos descritos, este varia conforme o momento do ciclo menstrual em que é administrada, dessa forma ela pode inibir ou retardar a ovulação, prevenir a implantação, a fertilização ou o transporte de esperma ou do ovo. Nessa perspectiva, não existem sinais que comprovem a atuação da pílula contraceptiva após a fecundação, ou que altere a receptividade do endométrio, interferindo na implantação, ou ainda que resulte na eliminação precoce do embrião, sendo assim não se pode considerá-la um meio abortivo (BRASIL, 2005).

Existem efeitos adversos pertinentes, porém são raros os que apresentam reação mais graves como o tromboembolismo, a enxaqueca severa, diabetes com complicações vasculares e o acidente vascular, porém de acordo com a literatura consultada, estes também ocorrem durante o uso de anticoncepcionais de rotina, de forma mais significativa. Dessa forma se considera que a contracepção de emergência possui tolerabilidade satisfatória, bem como grandes níveis de confiabilidade, o que justifica sua importância para prevenir a gravidez não planejada. (BRASIL, 2007).

4.4 USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

Dos 15 jovens pesquisados, todos obedeciam aos critérios de inclusão adotados pelo estudo, entre eles fazer ou ter feito uso do método contraceptivo de emergência.

Como essa questão foi direcionada de forma direta às meninas e aos meninos estava relacionada às parceiras, viabilizou um processo comparativo do uso de acordo com o sexo, que demonstrou a predominância entre meninas (80%), contra (20%) dos meninos, o que demonstra que elas passam a utilizar mais esses métodos.

A diferença sexual na citação espontânea sobre a utilidade de métodos contraceptivos é notória, apontando que meninas têm muito mais facilidade de expor, dialogar, além de conhecimento sobre o tema. Fica evidente que a Contracepção de Emergência já é bem difundida entre este público, apesar de como percebido anteriormente de forma defasada e sem amplo conhecimento sobre o método.

Essa diferença significativa, tão evidente entre os gêneros, a respeito do uso da pílula contraceptiva de emergência é justificada por muitos autores como uma questão psicossocial, onde se designa a mulher o dever de prevenção, o que representa que não são as mulheres que aumentaram em quantidades extraordinárias suas experiências sexuais, como se poderia pensar ao ver dados tão divergentes, mas sim os homens que pouco demonstram

interesses em entender ou participar de atividades contraceptivas. Tal fato pode ser ilustrado, se considerado que a maioria dos métodos anticoncepcionais e de prevenção contra IST de curto/longo prazo é de responsabilidade feminina, a participação masculina, está direcionada apenas para a prevenção no momento do ato sexual em si, como o uso do preservativo, o coito interrompido, o método do ritmo, etc. (BILAC; OLIVEIRA; MUSZKAT, 2002).

Quanto às razões que os fizeram optar pelo método, a mais repercutida, foi o medo de uma gravidez não planejada, nota-se que os adolescentes entendem a anticoncepção de emergência como um método rápido de evitar gravidez, eles o enxergam com um mecanismo de escape, uma solução eficiente para solucionar, quaisquer que sejam as razões que o impediram de se proteger anteriormente ao ato:

“Porque meu namorado não gosta de usar preservativo e eu não estava tomando anticoncepcional.” (Adolescente 02)

“Porque eu não tinha um relacionamento sério e não queria correr o risco dela engravidar e não tinha como ter certeza se ela estava tomando o anticoncepcional.” (Adolescente 10)

“Por medo de engravidar, insegurança, foi à forma mais rápida que encontrei para evitar.” (Adolescente 11)

No que se refere ao conceito de proteção, a pesquisa se deparou com uma situação de estabelecimento de uma relação fixa, aparentemente bem delimitada, que exprime confiança, o casamento, nesse caso o uso da camisinha tende a ser interrompido, como se percebe pelo desejo de uma das partes e a aceitação da outra, que resulta no abandono da preocupação com a prevenção de IST e AIDS.

Observa-se que o método da contracepção de emergência está sendo utilizado em escala cada vez maior por adolescentes que compõem um grupo de risco iminente, que buscam prevenção meramente eventual, o que culmina com o uso dessa pílula. Por outro lado, destaca-se o benefício da sua utilidade, já que ao recorrer para esta alternativa, os jovens apresentam interesse em planejar ou ao menos evitar a gravidez, minimizando ao menos os índices de ocorrência da mesma, no entanto, salientando-se a exposição frequente as IST.

Existem diversas maneiras de prevenção, incluindo tanto a gestação, quanto as IST, estima-se que esta grande ênfase que envolve a anticoncepção de emergência é devida sua capacidade de prevenção posteriormente ao ato sexual, atuando como mecanismo eficaz de impedir uma gravidez não planejada, interferindo nos índices de abortos ilegais,

principalmente quando relacionados aos jovens. O método apesar de ainda apresentar resistência em alguns aspectos, se demonstra seguro e eficiente, não acrescenta riscos à saúde da mulher e quando utilizado de forma consciente, através de uma orientação de qualidade, não altera o comportamento sexual dos adolescentes, bem como não implica no abandono de outros métodos contraceptivos (SILVA, 2010).

As percepções sobre o uso, ainda puderam ser observadas, ao serem questionados se eles indicariam a pílula para outra pessoa, frente a muitas respostas afirmativas, comprova-se a confiabilidade adotada ao método:

“Sim, pois se trata de um método bastante eficaz.” (Adolescente 03)

“Sim, porque é super seguro, porém antes de usar qualquer tipo de pílula, devemos consultar o médico.” (Adolescente 09)

“Depende da situação, poderia até indicar, mas explicaria a importância do preservativo.” (Adolescente 10)

As respostas induzem que a utilização do método e o resultado favorável fazem com que os jovens defendam sua propriedade preventiva, de tal modo que se sintam seguros para repassar sua experiência adiante, indicando-o, ainda se percebe a consciência frente o uso do preservativo, que nos remete aos conceitos de Silva (2010) e diversos outros autores que enfatizam que a pílula não aponta o abandono dos demais métodos contraceptivos, bem como uma nova margem de análise que condiz com a preocupação da automedicação, quando os mesmos citam a necessidade de uma prescrição por um profissional qualificado, que leva as inúmeras discussões da participação ativa do profissional de saúde nesse contexto.

Os profissionais precisam estar preparados para atender as demandas e as necessidades do público adolescente que se encontra inserido em um contexto amplo de fatores de risco, associados ou não a sexualidade, porém tomando por base o novo limiar da iniciação sexual precoce e os riscos que envolvem a atividade sexual desprotegida, o foco para estes temas priorizam capacitação constante sobre sexualidade, anticoncepção, incluindo os aspectos éticos que envolvem a prescrição dos métodos contraceptivos, permitindo assim ao profissional habilidade para a abordagem desses aspectos, facilitando o atendimento holístico dos jovens. Tratar da orientação sexual, ainda mais relacionada aos adolescentes, não constitui uma missão simplificada, ainda mais quando se determina que a adequação desta interfira diretamente nas questões comportamentais, presentes e futuras, deste público alvo. Enfatiza-se então, que apesar de uma parcela enorme de responsabilidade quanto a esta

atuação, a participação da família, escola e sociedade como um todo é imprescindível para a continuidade deste processo educativo (BRASIL, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência constitui um estágio do desenvolvimento humano, bastante expressivo por apresentar transformações físicas e psicológicas, período onde se estabilizam valores sociais e pessoais, que se estenderão em sua inserção nos diferentes setores da sociedade, durante a vida adulta. Estas modificações caracterizam um alto limiar para o exercício de comportamentos de risco, podendo resultar em gravidez precoce e não planejada, o que muitas vezes induz ao abortamento em condições inseguras, violência sexual, além de doenças sexualmente transmissíveis.

Nesta pesquisa buscou-se apreender e analisar o conhecimento e as práticas dos adolescentes na contracepção de emergência, estudantes da Escola Estadual Prefeito Joaquim Lacerda Leite de São José de Piranhas. De acordo com os dados coletados, o perfil dos estudantes investigados assume as seguintes características: constitui-se por ambos os sexos, com faixa etária entre 14 e 20 anos, quanto ao estado civil, predominam-se os solteiros, a maioria residem com os pais, existindo aqueles que residem com um parente próximo ou o cônjuge. Em relação à formação educacional, cursam diferentes séries do ensino médio, distribuídos nos turnos de funcionamento da instituição de ensino (manhã ou noite).

Um dos fatores amplamente debatidos sobre a contracepção de emergência refere-se à lacuna de informações, devido à falta da educação sexual. Constata-se que os adolescentes dispõem de formas de acesso para informações (televisão, internet, amigos, etc.), no entanto, não é suficiente que haja disponibilidade de meios para o alcance de conceitos, prioriza-se uma conscientização, a partir de uma aquisição de conhecimentos sobre saúde sexual adequada, fornecida pelos pilares responsáveis pelo desenvolvimento saudável desses jovens, que são: família, escola e profissionais da saúde. Trata-se de uma co-responsabilidade em aperfeiçoar a escuta, garantir o acesso a informações seguras, aos métodos contraceptivos em si, etc.

A família por ser o vínculo mais próximo, do acompanhamento mais duradouro, laços mais estreitos, firmam uma confiabilidade inquestionável. A escola por ser o espaço destinado para se trabalhar conhecimentos, relaciona adequadamente o desenvolvimento de ações educativas diversas. Já ao profissional, são reservadas às ações e às instruções, baseadas na escuta e investigação da realidade daquele a quem fornecem cuidados, neste caso os adolescentes precisam estabelecer um vínculo de confiança, para assegurar seguir estas orientações que permitem um maior êxito somado à eficiência daquilo que se propôs.

Entre as limitações, o fato de tratar-se de estudo com estudantes exclui da amostra os adolescentes que abandonaram ou já completaram os estudos. Além disso, a coleta de dados não foi refeita para os alunos que faltaram no dia em que o questionário foi aplicado. Outra limitação do estudo, referente aos conceitos dos adolescentes sobre a Contracepção de Emergência, condiz com as variações de informação. Entre outros, citam-se: falta de atenção ou de entendimento; falta de seriedade; falta de compromisso em responder; autocensura; e desconfiança de divulgação. Em contrapartida, tais instrumentos auto-aplicativos costumam deixar os participantes mais acessíveis para responder questões, especialmente às consideradas conflituosas, tais como dados relacionados à sexualidade. Apesar das limitações, o presente estudo revela dados importantes, discutidos detalhadamente na pesquisa.

A investigação sobre as concepções e atitudes de adolescentes frente à contracepção de emergência, possibilitou uma revisão das práticas desenvolvidas neste contexto, evidenciando a necessidade de conhecer melhor a realidade dos adolescentes, seus pensamentos, mitos e tabus referentes à sexualidade, facilitando a abordagem, bem como a orientação, fatores que contribuem para a construção de uma vida sexual saudável.

Esta pesquisa não pretende encerrar as discussões sobre o tema e as lacunas encontradas poderão subsidiar outros estudos, acredita-se que a realização da mesma, irá fomentar em outros profissionais o desejo de se pesquisar as vantagens da utilização da contracepção de emergência como um método seguro e eficaz, além de fazê-los lançar um olhar mais criterioso sobre outras formas de abordar os adolescentes quanto aspectos voltados à sexualidade humana. Dispor de opções na contracepção torna a escolha do método mais flexível, a partir do conhecimento das peculiaridades, eficácia, permite-se optar por aquele mais adaptável, beneficiando os clientes, incontestavelmente, ter alternativas direciona a escolha para as particularidades e conveniências de cada caso, de modo que a ponderação permitirá utilizar o método que melhor aprouver.

REFERÊNCIAS

- AMADO, C.R; LEAL, M.M. **Anticoncepção de emergência na adolescência**. 37(edição especial). Pediatria Moderna, 2001.
- ANDRADE, M. M. A. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. ET al. (ORG.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BERLOFI. L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta paul. enferm.** v.19, n.2, p. 196-200, 2006.
- BILAC, E. D. ; OLIVEIRA, Maria Coleta de ; MUSZKAT, Malvina . **Homens e Anticoncepção: duas gerações de camadas médias no Brasil**. Cahiers Des Amériques Latines, Paris - França, v. 39, p. 59-82, 2002.
- BOUZAS I, Pacheco A, Eisenstein E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. **Adolesc. Saude.** 2004;1(2):27-33.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva de Coordenação da Saúde da Criança e Adolescente. Programa de Saúde do Adolescente: bases programáticas**. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996a.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CONEP, 1996b.
- _____. Ministério da Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção de saúde – módulo I**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas Públicas de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde; 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar: Manual para o gestor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar – manual para o técnico**. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: MS; 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Marco Legal Saúde, um Direito de Adolescentes**. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Contraceção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher** – PNDS. 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados. In: U. Bronfenbrenner (Ed.), **Making human beings human: biocological perspectives on human**. (pp. 3 -15). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.

BURAK, S. D. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescents. In: S. D. Burak (Comp). **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago, Costa Rica: LUR Libro Universidad Regional, 2001.

CASTRO, L. R. Uma teoria da infância na contemporaneidade. In: L. R. Castro (Org.), **Infância e adolescência na cultura do consumo**. v. 1, p. 21-54. Buenos Aires/México: Lumen Editorial, 2001.

CATHARINO TR, GIFFIN K. Gravidez e adolescência - investigação de um problema moderno. In: **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. Ouro Preto: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002.

CERVO, A. L., BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2004.

COSTA, N.F.P, FERRAZ, E.A, SOUZA, C.T, SILVA, C.F.R, ALMEIDA, M.G. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. **Rev Bras de Ginecol e Obstet**, 2008.

DINIZ, Nataly Carvalho. **Gravidez na adolescência: um desafio social**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Campos Gerais, 2010.

DORETO D T. **Estudo do conhecimento de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de uma área de um programa de saúde da família de Ribeirão PretoSP**, [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]. Ribeirão Preto, 2006.

DREZET, J. **Contraceção de emergência e violência sexual**. In: I Conferencia del Consorcio Latinoamericano de anticoncepción de Emergencia. 16-18 out, 2002; Quito: CLAE; 2002.

DUARTE, Albertino. **Gravidez na adolescência**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2005.

EISENSTEIN, E.; COELHO, C. Crescimento e Desenvolvimento Puberal. **A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_08.html>. Acesso em: 02/01/ 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Saúde da adolescente.** Manual de orientação. São Paulo, 2001.

FERREIRA, M. de A.; LISBOA, M. T. L., ALMEIDA, A. J.F.; GOMES, M. da L. B. Inserção da Saúde do Adolescente na Formação do Enfermeiro: Uma Questão de Cidadania. IN: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G.. **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro.** Brasília: ABEn/ Governo Federal, 2000.

FIGUEIREDO, Regina. **Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional.** Rev. Saúde Sexual e Reprodutiva, IPAS, n. 13, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva.** São Caetano do Sul, SP: Yends Editora, 2007.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba and GONCALVES, Patrícia Elaine. **A saúde na percepção do adolescente.** Physis [online]. vol. 19, n.1, pp. 227-238, 2009.

GOMES, A.W; COSTA, O.C.M; SOBRINHO, N.L.C; SANTOS, T.S.A.C; BACELAR, B.C. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria** - Vol. 78, Nº4, 2002.

GONTIJO, D. T; MEDEIROS, M. A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 3(6), 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 03/01/2012.

GUIMARÃES, AMDN, Vieira MJ, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev Latino-Am Enfermagem.** 2003; Maio/Jun; 11(3): 293-8.

GUIMARÃES, G. R. A. **Promoção da saúde na escola: saúde bucal como objeto de saber.** Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade.** Tradução: Tomaz T. da Silva e Guacira L. Louro. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: DP&A Editora, 2005.

HEILBORN, Maria Luiza and GRUPO CONPRUSUS et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online].** vol. 25, suppl. 2, pp. s269-s278, 2009.

HOFFMANN; Ana Cristina Oliveira da Silva; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na

adolescência. **R. Saúde Públ.** ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

MARGULIS, M. Juventud: uma aproximação conceptual. In: S. D. Burak (Comp.), **Adolescencia y juventud en América Latina**. Cartago, Costa Rica: LUR Libro Universidad Regional, 2001.

MINAYO, M.C.. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo. Hucitec, 2006.

MONTEIRO, D.L.M.; TRAJANO, Alexandre J.B.; BASTOS, Álvaro da C. **Gravidez e Adolescência**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2009.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol. 39, n.5, pp. 795-801, 2005.

MUSSEN, P.H; CONGER, J.J; KAGAN, J; HUSTON, A.C. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. São Paulo: Editora Harbra; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levonorgestrel para Anticoncepção de Emergência**. PNUD, FNUAP, OMS, Banco Mundial, Boletim Informativo, março de 2005.

SABROZA, A. R., LEAL, M. S., GAMA, S. J. N.; COSTA, J. V. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(1), 112-120, 2004.

SANTOS, C.A.C, Nogueira KT. Gravidez na adolescência: falta de informação?. **Rev. Adolesc. Saúde**. 6(1):48-56. 2009.

SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. 16. ed. v. 1. Campinas: Autores Associados, 2004.

SILVA, Flávia Calanca da et al. **Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde**. Cad. Saúde Pública [online]. 2010, vol.26, n.9, pp. 1821-1831. ISSN 0102-311X.

SILVA, Karla Maria Duarte. **Gravidez na adolescência: revelando opiniões de estudantes do Ensino Médio**./ Karla Maria Duarte Silva. Cajazeiras, 2009.

SOUZA, Rozana Aparecida de; BRANDAO, Elaine Reis. Marcos normativos da anticoncepção de emergência e as dificuldades de sua institucionalização nos serviços públicos de saúde. **Physis** [online]. vol.19, n.4, pp. 1067-1086, 2009.

TYRREL MAR, SANTOS RS. **Enfermagem Obstétrica:** Transpondo os limites da Enfermagem e da saúde reprodutiva. Conferência III Seminário estadual sobre o ensino de Enfermagem para a assistência ao nascimento e parto. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras (ABENFO), 2001.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2011.** Adolescência: Uma fase de oportunidades. Caderno Brasil. Disponível em <http://arquivo.campanhaeducacao.org.br/semana/2011/Situacao_Mundial_Infancia_2011_UNICEF.pdf>. Acesso em 23/02/2012.

WANNMACHER, L. **Contracepção de emergência:** evidências versus preconceitos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. OPAS/OMS/MS, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Married adolescents:** no place of safety. Geneva: World Health Organization; 2006. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data).

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo.** 16 ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Caro estudante,

Esta pesquisa é um estudo que está sendo feito com o objetivo de produzir novos conhecimentos acerca do uso de contraceptivos de emergência.

Compreende-se que muitas perguntas desse questionário são de caráter pessoal, íntimas e podem deixar algumas pessoas constrangidas. Mas, esta é a única forma que temos para avaliar o comportamento e as necessidades dos jovens sobre esse tipo de método contraceptivo.

Por isso, contamos com a sua participação, respondendo as questões de forma honesta e sincera para podermos ter um “retrato” de como os jovens estão informados e agindo atualmente sobre esse tema.

Lembramos que o questionário é anônimo, não havendo necessidade de colocar nomes ou identificações de cada um. O seu questionário não será lido nem analisado na escola, vai ser agrupado com as respostas dadas por outros estudantes para enfim serem discutidos como parte integrante do projeto.

A partir desse exame será feita uma análise geral, por isso, a qualidade da sua resposta vai definir a categoria do material produzido. Sendo assim a sua resposta é **MUITO IMPORTANTE** para nós!

LEMBRE-SE:

Sua sinceridade é fundamental! Não estaremos julgando ninguém, apenas vamos aproveitar as informações que nos puderem ser ofertadas para ajudar no desenvolvimento de novos conceitos referentes à realidade local.

Muito Obrigada!

QUESTIONÁRIO

1. Perfil social e escolar dos adolescentes.

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Com quem você mora atualmente? _____

Em que série você estuda? _____

Quais os horários de suas aulas? _____

Práticas preventivas de gravidez.

1. Você já teve relação sexual?

2. Se sim, com quantos anos você teve a sua primeira relação sexual? _____

3. Se sim, qual(is) o(s) método(s) que você usa para evitar gravidez?

Conhecimento dos adolescentes sobre a contracepção de emergência.

4. O que você já ouviu falar sobre a pílula do dia seguinte?

5. Como você conseguiu essas informações?

6. Qual a sua opinião sobre o uso da contracepção de emergência?

7. Quais as dúvidas que você tem sobre a pílula do dia seguinte?

Uso de métodos contraceptivos de emergência.

8. Se você for menina, você já usou a pílula do dia seguinte? _____

Se você for menino, sua namorada ou esposa já usou a pílula do dia seguinte? _____

9. Qual a(s) razão (ões) que o fez optar por esse método?

10. Você indicaria a Pílula do Dia Seguinte ou Contracepção de Emergência para alguém usar? Por quê?

APÊNDICE B – ORÇAMENTO

Material de Consumo				
Item	Descrição	Qdade.	Valor Unitário	Total
01	Papel A4 branco (resma)	02	14,00	28,00
02	Caneta	10	2,00	20,00
03	Cartucho Preto	01	30,00	30,00
04	Cartucho Colorido	01	50,00	50,00
05	Pendrive 1GB	01	30,00	30,00
06	Encadernação	06	1,50	9,00
Despesas de Transporte				
07	Mototaxi/ônibus local	20	2,50	50,00
Serviços de terceiros				
08	Tradutor de Inglês	01	40,00	40,00
09	Revisor de Português	01	120,00	120,00
10	Fotocópias	200	0,10	20,00
Total				397,00

Ressalta-se que todas as despesas transcorrerão por conta das autoras da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Campina Grande

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: *Contraceção de Emergência: Concepções e Atitudes de Adolescentes de uma Escola Pública do Município de São José de Piranhas – Paraíba*

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, residente no município de _____, Rua _____, portador da Cédula de identidade, RG....., e inscrito no CPF/MF..... nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “***Contraceção de Emergência: Concepções e Atitudes de Adolescentes de uma Escola Pública do Município de São José de Piranhas – Paraíba***”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que possam descobrir as possíveis causas da contraceção de emergência em adolescentes de uma Escola Pública do Município de São José de Piranhas – Paraíba.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de se submeter a um tratamento terapêutico e será sem custo algum para mim;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não me causará nenhum prejuízo;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que o meu nome não seja mencionado;
- VI) Caso eu desejar, poderei tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa.
 - () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 - () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VII) Observações Complementares.
- VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba, e a Delegacia Regional de Campina Grande.

São José de Piranhas, _____ de _____ de 2012

() Adolescente / () Responsável

.....

Testemunha 1 : _____
 Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____
Prof^a Ms. Milena Silva Costa

Telefone para contato: (83) 35322000

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____
Prof^a Ms. Milena Silva Costa

Telefone para contato: (83) 35322000

ANEXO C- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA

ESCOLA ESTADUAL PREFEITO JOAQUIM LACERDA LEITE
RUA RAIMUNDO ALVES - S/N
BAIRRO SANTO ANTÔNIO - SÃO JOSÉ DE PIRANHAS-PB
FONE: 3552-1216 CEP: 58.940-000

DECLARAÇÃO

Eu, _____, Diretora da Unidade: Escola Estadual Prefeito Joaquim Lacerda Leite, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Contracepção de Emergência: Concepções e Atitudes de Adolescentes de uma Escola Pública do Município de São José de Piranhas – Paraíba”, que será realizada com os alunos do ensino médio, com abordagem qualitativa, da referida Escola no período de maio de 2012, tendo como pesquisadora Maria Isabel Cavalcanti, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

São José de Piranhas - PB, ____ de _____ de 2012.

Sr^a. Josefa Ferreira da Silva
Diretora da Escola Estadual Prefeito Joaquim Lacerda Leite

ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “Contracepção de Emergência: Concepções e Atitudes de Adolescentes de uma Escola Pública do Município de São José de Piranhas – Paraíba”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, de de 2012.

Prof^a Ms. Milena Silva Costa
Orientadora - UFCG

Maria Isabel Cavalcanti
Orientanda – UFCG

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande

PROJETO DE PESQUISA

Título: CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: CONCEPÇÕES E ATITUDES DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PARAÍBA

Área Temática: SAÚDE COLETIVA

Pesquisador: MILENA SILVA COSTA

Versão: 1

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CAAE: 01942512.5.0000.5182

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 63826

Data da Relatoria: 26/07/2012

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho conforme a autora: "visa analisar o conhecimento e as práticas dos adolescentes na contracepção de emergência. Desta forma, tomando como eixo norteador o perfil social e escolar dos adolescentes, a fim de identificar as práticas preventivas de gravidez, bem como investigar o conhecimento dos adolescentes sobre a contracepção de emergência".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar conhecimentos e práticas dos adolescentes na contracepção de emergência.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil social e escolar dos adolescentes.

Identificar as práticas preventivas de gravidez.

Investigar o conhecimento dos adolescentes sobre a contracepção de emergência.

Averiguar o uso de métodos contraceptivos de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos aos participantes. Os resultados ajudarão na condução das ações de profissionais de saúde para uso correto de contracepção de emergência por adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa bastante interessante no tocante a um tema de extrema relevância nos dias atuais e que possui total condição de ser realizado nos moldes que se pretende construir. Trata-se de pesquisa qualitativa e que utiliza a análise de conteúdo como forma de abordar temas que permeiam o universo dos adolescentes relacionado à ideia da utilização de métodos contraceptivos de emergência na vida desses indivíduos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão em conformidade com o exigido pela Resolução 196

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de Parecer favorável, pois do ponto de vista ético a pesquisa não apresenta nenhum risco aos sujeitos em questão! Salvo melhor juízo deste CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecer do relator.

CAMPINA GRANDE, 31 de Julho de 2012

Assinado por:
Karynna Magalhães Barros da Nóbrega