

Flávia Calanca da Silva

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: CONHECIMENTO,
EXPERIÊNCIA E OPINIÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA
DE SAÚDE DE QUATRO UNIVERSIDADES FEDERAIS
DO BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do Título de Mestre em
Ciências.

São Paulo
2009

Flávia Calanca da Silva

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: CONHECIMENTO,
EXPERIÊNCIA E OPINIÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA
DE SAÚDE DE QUATRO UNIVERSIDADES FEDERAIS
DO BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo programa de pós-graduação em Pediatria.

Orientador: Prof.Dr. Mauro Fisberg

Co-orientadora: Dra. Maria Sylvia de Souza Vitalle

São Paulo
2009

Silva, Flávia Calanca

Contraceção de emergência: conhecimento, experiência e opinião de estudantes da área de saúde de quatro Universidades Federais o Brasil. /Flávia Calanca da Silva. -- São Paulo, 2009. xiii, 109f.

Tese (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Pediatria

Título em inglês: Emergency contraception: awareness/knowledge, experience and attitudes of students at four Federal Universities in Brazil.

1. Anticoncepção Pós-coito. 2. Comportamento do Adolescente. 3. Medicina do Adolescente. 4. Adolescente. 5. Sexualidade.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA

Chefe do Departamento: Dr. Mauro Batista de Moraes

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Profa. Dra. Olga Maria Silvério Amancio

Flávia Calanca da Silva

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: CONHECIMENTO,
EXPERIÊNCIA E OPINIÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA
DE SAÚDE DE QUATRO UNIVERSIDADES FEDERAIS
DO BRASIL**

Presidente da Banca: Prof. Dr. Mauro Fisberg

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Ignez Saito

Prof. Dr. José Maria Soares Júnior

Dr. Vicente José Salles de Abreu

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Norma e Manuel, pelo amor incondicional, pelo apoio em todos os momentos e pelo incentivo constante.

Ao meu marido Marcelo, pelo amor, pelo carinho, compreensão e companheirismo de sempre.

À minha mais que amada Ana Clara, presente Divino, meu maior orgulho. Pessoa que me ensinou, além de infinitas coisas, a otimizar meu tempo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, **Prof. Dr. Mauro Fisberg**, pelas suas orientações valiosas, pelo aprendizado, pela confiança e estímulo desde minha formação. Exemplo de pessoa e pesquisador. Por seus ensinamentos que enriqueceram a minha formação profissional e científica, entremeados por um dia-a-dia de amizade neste período de convívio, o meu muito obrigada!

Agradeço imensamente à minha co-orientadora, **Dra. Maria Sylvia de Souza Vitale**, pessoa de inestimável conhecimento, pela inspiração em seguir a especialidade, pela oportunidade de aprendizado que tive estando ao seu lado. Agradeço a amizade, a paciência durante minha trajetória na pós-graduação, o apoio e a confiança, em momentos nos quais nem eu mesma tinha certeza de ser capaz.

Agradeço à queridíssima amiga e secretária do CAAA, **Patrícia Sophia**, por estar sempre disposta a ajudar, por sua alegria que contagia nosso ambiente de trabalho, por sua eficiência e por sua força. O CAAA não é o mesmo sem você.

Agradeço ao **Prof. Dr. Hélcio Maranhão**, à **Dra. Maria Helena Canuto** e a **Prof. Dra. Maria Marlene de Sousa Pires**, sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

À **todos os adolescentes** que participaram desta pesquisa.

*“De tudo, ficaram três coisas...
a certeza de que estamos sempre começando...
a certeza de que é preciso continuar...
a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...”*

Portanto devemos...

*fazer da interrupção um caminho novo...
da queda um passo de dança...
do medo, uma escada...
do sonho, uma ponte...
da procura... um encontro”*

- Fernando Pessoa -

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de tabelas.....	x
Lista de figuras.....	xi
Apresentação.....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Fundamentação Científica.....	2
1.2 Justificativa.....	10
1.3 Objetivo Geral.....	10
1.4 Objetivos Específicos.....	10
1.5 Metodologia.....	12
1.6 Referências Bibliográficas.....	16
2. ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	27
2.1 “Contracepção de emergência: conhecimento, experiência e opinião de universitários do Brasil”.....	28
Resumo	30
Abstract.....	32
Introdução.....	33
Métodos.....	34
Resultados.....	36
Discussão.....	40
Referências bibliográficas.....	46
Tabelas.....	51
Figuras.....	55
2.2 “Diferenças regionais de conhecimento e uso de contraceptivo de emergência entre estudantes de quatro universidades federais do Brasil”.....	56
Resumo	58
Abstract.....	60
Introdução.....	61
Métodos.....	63
Resultados.....	65

Discussão.....	70
Referências bibliográficas.....	77
Tabelas.....	82
Figuras.....	85
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
4. ANEXOS.....	90

Lista de Tabelas

Artigo 1 “Contraceção de emergência: conhecimento, opinião e experiência de estudantes universitários brasileiros”:

Tabela 1: Caracterização da amostra de acordo com sexo.....51

Tabela 2: Distribuição dos estudantes universitários que “já ouviram falar sobre anticoncepção de emergência (ACE)” segundo sexo, idade, nível socioeconômico, uso de métodos contraceptivos, número de parceiros e idade da primeira relação sexual.....52

Tabela 3: Resposta dada pelos estudantes universitários sobre conhecimento do tempo máximo de uso da anticoncepção de emergência - ACE (certo, errado e não sei) de acordo com sexo, idade, nível socioeconômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações sexuais, número de parceiros e idade da primeira relação sexual.....53

Tabela 4: Distribuição das estudantes segundo uso de anticoncepção de emergência - ACE (sim e não) e idade, nível sócio-econômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações, número de parceiros e idade da primeira relação sexual.....54

Artigo 2 “Diferenças regionais de conhecimento e uso de contraceptivo de emergência entre estudantes de quatro universidades federais do Brasil”:

Tabela 1: Caracterização da amostra de acordo com a Universidade Federal de origem (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande do Norte – RN).....82

Tabela 2: Distribuição dos estudantes universitários do sexo feminino, de acordo com conhecimento de anticoncepção de emergência - ACE (sim, não e não sei) e Universidade Federal de origem - Região (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande de Norte – RN).....83

Tabela 3: Distribuição dos estudantes universitários do sexo masculino, de acordo com conhecimento de anticoncepção de emergência - ACE (sim, não e não sei) e Universidade Federal de origem - Região (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande de Norte – RN).....84

Lista de Figuras

Artigo 1 “Contraceção de emergência: conhecimento, opinião e experiência de estudantes universitários brasileiros”:

Figura 1. Fonte de aquisição de conhecimento sobre contraceção de emergência no sexo masculino e no sexo feminino.....55

Artigo 2 “Diferenças regionais de conhecimento e uso de contraceptivo de emergência entre estudantes de quatro universidades federais do Brasil”:

Figura 1 Motivo de uso de anticoncepção de emergência (ACE) de acordo com a Universidade Federal de origem (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande de Norte – RN).....85

Apresentação

A preocupação em padronizar os capítulos das teses existe há muito tempo, inclusive na Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina onde muitos cursos de pós-graduação seguem o modelo sugerido por Rother e Braga (2005)ⁱ. De acordo com esta proposta, a estrutura da tese deve conter as seguintes seções: introdução, revisão da literatura, métodos, resultados, discussão, conclusões (elementos de texto), anexos, referências, abstract, apêndice, glossário e bibliografia consultada (elementos de pós-texto).

Nos últimos anos, existe uma tendência de modificação da estrutura das teses tradicionais em direção ao modelo que tem os artigos a serem publicados em periódicos especializados como ponto central. Esse processo vem ocorrendo não só na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, mas também em outras instituições.

Assim, esta tese foi elaborada no modelo aprovado pela Comissão de Ensino e Pós-graduação do Programa de Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria da UNIFESP – EPM. Sua estrutura é constituída por:

1. Introdução
 - 1.1 Fundamentação Científica
 - 1.2 Justificativa
 - 1.3 Objetivo Geral
 - 1.4 Objetivos Específicos
 - 1.5 Materiais e Métodos
 - 1.6 Referências Bibliográficas
2. Artigos Científicos a serem enviados para publicação
3. Considerações Finais
4. Anexos

Na fundamentação científica são abordados, com mais detalhes, os artigos relacionados ao tema em questão e que não poderiam ser apresentados com tal detalhamento na introdução do artigo científico. Para a preparação dos artigos foram utilizadas as normas do Journal of Adolescent Health e da Revista

Panamericana de Salud Pública, periódicos nos quais teses de Mestrado podem ser enviadas para publicação. Considerando que o artigo possui Resumo e Abstract, esses capítulos não foram repetidos em outras seções da tese. Ao término do trabalho, são apresentados os anexos.

ⁱRother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2^a ed. rev. ampl. São Paulo; 2005.

1.1 Fundamentação Científica

A adolescência é considerada a melhor fase da vida (Heilborn et al., 2006). É neste período que os potenciais físicos e psíquicos estão no auge, mas devido às características próprias do desenvolvimento psicoemocional do adolescente, constitui-se momento de extrema vulnerabilidade a riscos (Heilborn et al., 2006).

A atividade sexual na adolescência vem se iniciando cada vez mais precocemente. A antecipação da puberdade, que tem sido observada a cada geração, os avanços tecnológicos, as mudanças de valores culturais, as mensagens dos meios de comunicação são fatores que juntos trazem, como consequência natural, o início cada vez mais precoce da atividade sexual e a postergação do casamento, aumentando a possibilidade de gravidez fora do matrimônio (World Health Organization - WHO, 2004). A Academia Americana de Pediatria recomenda que a atividade sexual consensual seja adiada para o momento que o adolescente adquira maturidade física, emocional e financeira para as possíveis consequências do sexo (American Academy of Pediatrics - AAP, 2007). Apesar do desenvolvimento físico e reprodutivo estar ocorrendo em idades cada vez menores, não há dados que indiquem que os adolescentes amadureçam do ponto de vista psicológico e social mais cedo hoje que nas gerações passadas (Organización Mundial de la Salud - OMS, 1977). Observa-se um corpo biológico cada vez mais precocemente pronto para a reprodução, frente a um psicoemocional provavelmente ainda despreparado e imaturo para lidar com questões relativas à atividade sexual, como proteção anticoncepcional adequada.

Uma das graves consequências desse comportamento sexual precoce e na maioria das vezes desprotegido é a gravidez indesejada.

Nas últimas décadas, a gravidez na adolescência tem se tornado problema de saúde pública tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos (WHO, 2004). Embora as taxas de gravidez em mulheres menores de 20 anos de idade venham apresentando tendência a declínio, principalmente nos países desenvolvidos, elas ainda são superiores as desejadas, isso porque a gravidez, nessa fase da vida, é considerada de risco, devido às suas repercussões tanto para a mãe como para o conceito, embora, na atualidade, postula-se que esse risco seja muito mais social do que biológico (OMS, 1977; WHO, 1978; WHO, 2004). Uma consequência importante da gravidez precoce é a diminuição da possibilidade de melhoria da situação socioeconômica das jovens, pois ela interrompe e/ou reduz as suas opções educacionais e profissionais, determinando a reprodução do ciclo de pobreza das populações (Friedman, Phillips, 1981; AAP, 1999; Berquó, Cavenaghi, 2005; Ministério da Saúde - MS, 2007). Observa-se também elevado percentual de abandono e desamparo dos filhos de mãe adolescente (Hechtman, 1989; Ekwo, Moawad, 2000). As adolescentes que engravidam são na sua maioria mais pobres, de mais baixa escolaridade, têm menor atenção pré-natal e filhos com maiores taxas de mortalidades neonatal e infantil (Boulton-Jones, MacIlwaine, 1995; Ekwo, Moawad, 2000; Ribeiro et al., 2000; Vitalle, 2001).

De acordo com recente publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência de gravidez e parto entre adolescentes é extremamente divergente nas várias regiões do mundo. Cerca de 16 milhões de adolescentes entre 15 a 19 anos dão a luz anualmente, o que representa 11,0% de todos os nascimentos que ocorrem ao redor do mundo. Quase 95,0% desses nascimentos ocorrem em países em desenvolvimento, sendo que em média 2,0% deles ocorrem na China e aproximadamente 18,0% ocorrem em países da América Latina e Caribe.

Bangladesh, Brasil, Congo, Etiópia, Nigéria, Índia e Estados Unidos são os países responsáveis pela metade dos nascimentos de mães adolescentes que ocorrem em todo o mundo (WHO, 2008).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes aumentou expressivamente durante a década de 90, apresentando pequeno declínio após esse período e até o momento atual (MS – Informações de Saúde. Nascidos Vivos – acessado em 2009). Em 2006, 21,0% dos nascimentos no Brasil foram provenientes de mães menores de 20 anos de idade, sendo que a distribuição geográfica evidencia maiores freqüências nas Regiões Norte e Nordeste (28,7% e 25,2%, respectivamente) e menores no Sudeste e Sul, respectivamente, 18,0% e 19,5% (Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs, 2007; MS - Informações de Saúde. Nascidos Vivos – acessado em 2009).

Embora haja controvérsias, a maternidade precoce freqüentemente não é planejada e/ou desejada (Chalem et al., 2007; Vieira et al., 2007). Muitas adolescentes pensam e efetivamente tentam interromper a gestação, apesar de saber dos riscos à saúde e da legalidade restrita do aborto no Brasil (OMS, 1975; Chalem et al., 2007; Vieira et al., 2007; MS, 2008). De acordo com documento publicado pela OMS, a incidência estimada de abortos ocorridos na América Latina no ano de 2003 foi de 38 para cada 100 nascidos vivos, sendo que cerca de 15,0% desses abortos ocorreram entre adolescentes de 15 a 19 anos; e 11,0% de todas as mortes maternas ocorridas neste mesmo ano foram decorrentes desses abortos (WHO, 2007). No Brasil, por ser o aborto considerado crime pelo Código Penal Brasileiro, observa-se dificuldade de se obter dados fidedignos para calcular a sua magnitude. Muitas mulheres omitem sua indução e a maioria dos trabalhos mostra apenas as taxas de aborto em mulheres que buscam o serviço público para

hospitalização, devido às complicações, não cobrindo, portanto, a realidade do aborto no país (MS, 2008). Apesar disso, estima-se incidência aproximada de 30 abortos para cada 100 nascidos vivos (Ipas, 2007; MS, 2008).

Diante dessas colocações, pode-se concluir que programas objetivando prevenir a gravidez indesejada na adolescência são especialmente importantes. Acesso fácil e não burocrático a serviços de planejamento familiar e métodos contraceptivos são de extrema relevância.

Dentre as várias formas de contracepção existentes, o contraceptivo de emergência (CE) é método que previne a gravidez após a relação sexual, diferente dos outros métodos contraceptivos que a previnem antes ou durante o intercuro sexual, podendo ser estratégia interessante para diminuir a incidência de gravidez indesejada e as taxas de abortos ilegais entre adolescentes.

Contraceptivo de emergência, também conhecido como a “pílula do dia seguinte”, embora se prefira evitar esse nome, é método seguro e efetivo, com indicações reservadas a situações especiais ou de exceção, cujo objetivo é prevenir a gravidez inoportuna ou indesejada após relação sexual que, por alguma razão, foi desprotegida, oferecendo à adolescente uma segunda chance de evitar uma gestação não desejada (Trussell et al., 1997; Task Force on Postovulatory..., 1998; WHO, 1998).

Dentre as indicações do CE pode-se citar relação sexual sem uso de método contraceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do contraceptivo e abuso sexual (MS, 2005). É infeliz a designação popular que chama a contracepção de emergência de “pílula do dia seguinte”. Esse termo pode persuadir os adolescentes que o método só pode ser utilizado até o dia seguinte ao ato sexual desprotegido para que tenha alguma eficácia. Na realidade,

todos os contraceptivos de emergência podem ser usados até 120 horas depois do ato sexual sem proteção, como demonstram trabalhos recentemente publicados; contudo, observa-se diminuição da eficácia quando a administração hormonal ocorre mais remotamente ao intercuro sexual desprotegido (Rodrigues et al., 2001; Ellertson et al., 2003; AAP, 2007).

O primeiro método hormonal efetivo utilizado como contracepção de emergência data da década de 60 e era constituído por pílulas com altas doses de estrógenos (Ellertson, 1996). Efeitos colaterais como náuseas e vômitos graves, limitaram o seu uso (Haspels, Andriessse, 1973; van Santen, Haspels, 1985; Ellertson, 1996). Em 1974, o ginecologista canadense Albert Yuzpe desenvolveu um contraceptivo de emergência cuja pílula combinava estrógeno e progesterona (método de Yuzpe), permitindo, dessa forma, reduzir a dose total de estrógeno e conseqüentemente os efeitos colaterais, sem comprometer a eficácia do método (Yuzpe et al., 1974; Yuzpe, Lancee, 1977). Na década de 90, pílulas contendo altas doses de progesterona (levonorgestrel) também se mostraram efetivas para serem utilizadas como contraceptivo de emergência e estudos recentes evidenciaram que as pílulas contendo apenas progesterona são mais eficazes e mais bem toleradas do que o método combinado (método de Yuzpe), sendo as preferencialmente utilizadas (Ho, Kwan, 1993; Task Force on Postovulatory..., 1998; Harper et al., 2004; Sanfilippo, Downing, 2008; Whitaker, Gilliam, 2008).

A eficácia dos contraceptivos de emergência em proteger contra gravidez indesejada é relativamente alta, mas difere quando se compara o método de Yuzpe com o levonorgestrel e pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e a sua administração. O uso apropriado e correto da contracepção de emergência poderia prevenir em média 80,0% das gestações não planejadas

(Trussel et al., 1999; Grimes, Raymond, 2002; von Hertzen et al., 2002). O risco de gravidez após ato sexual sem proteção é de 32,0%; no entanto, se o método de Yuzpe for utilizado, esse risco cai para 8,0%, ou seja, se 100 adolescentes tiverem uma única relação sexual desprotegida em qualquer momento do seu ciclo menstrual, oito delas ficarão grávidas se não for feita nenhuma intervenção; contudo, se contraceptivo de emergência for utilizado, somente duas engravidarão (Trussell et al., 1996; Gold, 2000). A eficácia do método contendo apenas levonorgestrel, se utilizado até 24 horas do ato sexual é de 90,0%, caindo para 75,0% se utilizado até 72 horas e 60,0% quando usado até 120 horas (AAP, 2007). Segundo a OMS, o método de Yuzpe apresenta taxas de falha de 2,0% entre 0 e 24 horas, de 4,1% entre 25 e 48 horas e de 4,7% entre 49 e 72 horas (WHO, 1998). Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do levonorgestrel são expressivamente menores, 0,4%, 1,2% e 2,7%, respectivamente (WHO, 1998). Entre o 4º e o 5º dia, seguramente a taxa de falha é mais elevada. Dentre os métodos contraceptivos, a contracepção de emergência é o método que apresenta a maior taxa de falha, devendo apenas ser indicado em situações específicas, não devendo nunca ser utilizada como método de rotina (MS, 2005).

Os contraceptivos de emergência agem de diferentes maneiras dependendo de qual momento do ciclo menstrual ele é utilizado. Se for administrado na primeira fase do ciclo, antes do pico do hormônio luteinizante, altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias (Ortiz, Croxato, 2003; Sanfilippo, Downing, 2008). Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a anticoncepção de emergência (ACE) age alterando o transporte dos espermatozóides e do óvulo nas trompas; torna ainda o muco cervical espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozóides do trato genital

feminino até as trompas em direção ao óvulo (Ortiz, Croxato, 2003; MS, 2005; Baird, 2009). Por meio de um ou mais desses mecanismos é que a ACE impede a fecundação. Não há até o momento evidências científicas de que a contracepção de emergência possa prevenir a implantação (Baird, 2009). Alguns estudos sugerem a existência de alterações histológicas ou bioquímicas no endométrio, porém as modificações endometriais não são suficientes para inibir a implantação (Landgren et al., 1989; Taskin et al., 1994; Swahn et al., 1996; Durand et al., 2001; Grimes, Raymond, 2002; Marions et al., 2002;). É muito bem estabelecido que os contraceptivos de emergência não interrompem gravidez já estabelecida, não sendo portanto abortivos, e não são teratogênicos caso sejam usados na vigência de gestação (AAP, 2007; Baird, 2009).

Apesar de os contraceptivos de emergência estarem liberados há mais de 30 anos em muitos países e no Brasil estarem incluídos nas normas técnicas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (MS) desde 1996, constitui-se em método pouco utilizado (MS, 1996; Delbanco et al., 1997; Sorhaindo et al., 2002; Moreau et al., 2005; Raymond et al., 2007). A ACE envolve questões de saúde, aspectos éticos e de direito do adolescente, amplamente discutidos pelo MS, Sociedade Brasileira de Pediatria e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Saito, Leal, 2007). De acordo com resolução do Conselho Federal de Medicina após o Fórum “Adolescência e Contracepção de Emergência” realizado em 2005, o método não é abortivo e pode ser usado em qualquer etapa da vida reprodutiva, inclusive na adolescência (Saito, Leal, 2007). Inúmeros estudos objetivando avaliar o grau de conhecimento de adolescentes, principalmente do sexo feminino, e mulheres adultas sobre contracepção de emergência foram e têm sido conduzidos em todo o mundo, pois se acredita que a principal causa da

subutilização desse método seja a falta de conhecimento, tanto por parte das usuárias como por parte dos profissionais de saúde (Langer et al., 1999; Golden et al., 2001; Sorhaindo et al., 2002; Aziken et al., 2003; Díaz et al., 2003; Foster, 2004; Bozkurt et al., 2006; Corbett et al., 2006; Myer et al., 2007; Puri et al., 2007; Barry et al., 2009). Estudos que avaliam o conhecimento de adolescentes e mulheres adultas sobre ACE mostram que apesar da população feminina conhecer esse tipo de método, informações mais específicas como, até quando pode ser utilizado, qual a eficácia, qual o mecanismo de ação e os efeitos colaterais, onde adquiri-lo, são escassas, contribuindo para uma visão negativa e conseqüente subutilização (Langer et al., 1999; Sorhaindo et al., 2002; Aziken et al., 2003; Díaz et al., 2003; Foster, 2004; Wan, Lo, 2005; Bozkurt et al., 2006; Corbett et al., 2006; Myer et al., 2007; Puri et al., 2007).

Programas internacionais têm estabelecido a importância da participação e suporte do homem nas decisões e na resolução de problemas sobre saúde sexual e reprodutiva, por isso, tão importante quanto avaliar o conhecimento no sexo feminino sobre métodos contraceptivos e contracepção de emergência é verificar o que os homens sabem sobre esse assunto, visto que, ter relação sexual, qual método contraceptivo usar e o que fazer caso algum “acidente contraceptivo” aconteça deveriam ser decisões tomadas pelo “casal” e não apenas pela mulher (Internacional Conference..., 1994; Fourth World Conference..., 1995; United Nations Population Fund - UNFPA, 2005; Sahin, 2008). São escassos os trabalhos existentes na literatura que avaliam esse tipo de conhecimento no sexo masculino, corroborando com a idéia de que apenas a mulher é a responsável por evitar a gravidez (Sahin, 2008).

Inexistem trabalhos brasileiros que mostrem como difere o conhecimento sobre contracepção de emergência nas diferentes regiões do Brasil, dificultando a promoção de medidas de saúde dirigidas.

1.2 Justificativa

Diante do exposto, justifica-se a realização deste trabalho pela quase inexistência de publicações nacionais que abordem o comportamento sexual e o conhecimento, de adolescentes universitários brasileiros de cursos da área de saúde, sobre contracepção de emergência. São escassos os trabalhos que avaliem qual a opinião desses adolescentes sobre o assunto e qual a experiência que eles possuem com esse método. Não há na literatura nacional artigos que abordem como difere as respostas a essas indagações no sexo feminino e no sexo masculino, bem como nas diferentes regiões do Brasil.

1.3 Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento, atitude e experiência de adolescentes de cursos de área de saúde de quatro Universidades Federais do Brasil, com contracepção de emergência, bem como a relação entre essas variáveis.

1.4 Objetivos Específicos

- Avaliar a diferença de nível socioeconômico dos adolescentes estudados de acordo com o estado e verificar se há associação entre nível sócio econômico com questões sobre conhecimento e uso de anticoncepção de emergência;

- Verificar se há diferença nas questões relativas a conhecimento da anticoncepção de emergência de acordo com sexo, idade e região da universidade freqüentada;
- Avaliar a porcentagem de adolescentes do sexo feminino e do sexo masculino que já tiveram relação sexual;
- Observar a média de idade da primeira relação sexual dos adolescentes do sexo feminino, do sexo masculino e dos adolescentes de acordo com a região da universidade frequentada. Verificar se a idade da primeira relação sexual interfere com questões relativas a conhecimento e uso da contracepção de emergência;
- Observar a média do número de parceiros sexuais dos adolescentes do sexo masculino, do sexo feminino e dos adolescentes de acordo com a região da universidade freqüentada. Verificar se a média do número de parceiros tem associação com questões relativas a conhecimento e uso da anticoncepção de urgência;
- Verificar qual o método contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes do sexo masculino, do sexo feminino e pelos adolescentes de acordo com a região da universidade frequentada. Avaliar com que freqüência os adolescentes utilizam métodos contraceptivos nas relações sexuais;
- Avaliar se usar métodos contraceptivos em todas as relações sexuais interfere com questões sobre conhecimento e uso da anticoncepção de emergência;
- Avaliar as diferenças de conhecimento e opinião entre estudantes do sexo masculino e feminino sobre contracepção de emergência;

- Avaliar as diferenças inter-regionais existentes sobre conhecimento, experiência e opinião com contracepção de emergência nesta mesma população;
- Observar quais as principais fontes de aquisição de conhecimento sobre contracepção de emergência no sexo feminino e no sexo masculino; bem como nas diferentes regiões estudadas;
- Observar quais os motivos que levaram as adolescentes a fazerem uso da contracepção de emergência e verificar essa informação difere nas regiões estudadas;
- Verificar como as adolescentes adquiriram a contracepção de emergência.

1.5 Metodologia

Este estudo está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo – Universidade Federal de São Paulo, nº 0727/06.

Tipo de estudo

Estudo observacional e de corte transversal.

Seleção da amostra

Estudantes de primeiro ano de cursos da área da saúde (medicina, enfermagem, nutrição e educação física) de quatro universidades federais do Brasil (Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal do Rio Grande do Norte),

representando quatro regiões geográficas do país, foram recrutados no início do segundo semestre do ano de 2006 (cursos semestrais) e no início do primeiro semestre do ano de 2007 (cursos semestrais e anuais), para responder a questionário semi-estruturado, auto-preenchível e anônimo. O objetivo do recrutamento de estudantes de primeiro ano e no início do ano letivo foi evitar o acesso a conteúdo programático que pudesse interferir com as respostas das questões. Inicialmente estava prevista a participação de universidade da região Norte do país, no entanto, dificuldades operacionais impossibilitaram a coleta de dados neste local.

Critérios de inclusão

Utilizaram-se como critérios de inclusão ter idade menor do que 20 anos, estar regularmente matriculado no curso escolhido e estar presente em sala de aula no momento da aplicação do questionário, bem como, ter aceitado participar do estudo mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Por se tratar de menor de idade e por ser a atividade sexual um tema de foro íntimo e pessoal do adolescente, independente da autorização dos responsáveis, o termo de consentimento não foi aplicado aos pais dos estudantes menores de 18 anos para que fosse preservado o sigilo. Por serem todos universitários, foram considerados como menores responsáveis.

Todos os questionários aplicados foram utilizados e tabulados, sem ocorrência de perdas por inadequação nos critérios de inclusão.

Conteúdo do Questionário

Cada questionário continha 10 questões objetivas e 31 de múltipla escolha, sendo que algumas questões eram específicas para as adolescentes do sexo feminino e outras eram específicas para os do sexo masculino. As questões visavam caracterizar o estudante segundo idade, sexo, curso e universidade freqüentada, nível socioeconômico, conhecimento, atitude e experiência com contracepção de emergência, comportamento sexual (número de parceiros sexuais e idade do primeiro intercurso sexual) e uso de métodos contraceptivos, incluindo contracepção de emergência. As questões formuladas para avaliar o conhecimento sobre contracepção de emergência abordavam se o adolescente “já tinha ouvido falar” do método, o tempo máximo após o intercurso desprotegido a contracepção de urgência pode ser usada, as indicações, a composição, a efetividade da ACE quando comparada aos anticoncepcionais orais e a fonte de aquisição de conhecimento. Quanto à opinião, os adolescentes foram questionados sobre ACE ser ou não método abortivo, se a possibilidade de usar contracepção de urgência estimularia os adolescentes a terem relação sexual desprotegida e se é método que traz algum risco à saúde. Por fim, os adolescentes foram indagados se já usaram, usariam ou indicariam o uso da ACE para a parceira. Aos que fizeram uso, questionou-se como o contraceptivo de emergência foi adquirido, qual o motivo de uso e quantas vezes o método foi utilizado.

Por não haver formulários validados e pela escassez de trabalhos com este objetivo na literatura nacional, foi desenvolvido questionário para este fim, a partir de estudos similares (Kosunen et al., 1999; McDonald, Amir, 1999; Virjo et al., 1999; Shawe et al., 2001; Graham et al., 2002; Abbott et al., 2004; Chuang, Freund, 2005; Wan, Lo, 2005). O questionário foi pré-testado em 60 estudantes do curso de

nutrição de universidade particular da cidade de São Paulo para corrigir as possíveis imperfeições.

Aplicação do Questionário

O questionário foi aplicado a todos os alunos presentes em sala de aula, pelos pesquisadores responsáveis por cada região, após explanação sobre o objetivo e a natureza da pesquisa, sendo mantidos o anonimato e a confidencialidade.

Análise do nível social e econômico

Para definição do nível socioeconômico, foi utilizado o modelo criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) em 2003 (ABEP, 2003). O conceito básico desta classificação é discriminar as pessoas sócio economicamente, mediante informações sobre sua escolaridade e a posse de determinados “itens de conforto”, tais como televisor, geladeira, rádio, automóvel, empregadas domésticas, entre outros. É levado em consideração o número de entidades possuídas, item por item. A soma dos pontos obtidos inclui o entrevistado nas classes A1, A2, B1, B2, C, D e E. Para facilitar a análise estatística os estudantes foram agrupados em classes A (A1+A2), B (B1+B2) e Outra (C+D+E).

Análise estatística

Dupla digitação dos dados foi realizada a fim de minimizar os erros. Para a análise estatística os estudantes foram classificados em sexo masculino e feminino

e de acordo com a região da universidade frequentada. Para as tabelas com variáveis categóricas usou-se o teste exato de Fisher (Agresti, 1990). A fim de complementar a análise das variáveis categóricas que apresentaram significância estatística foram calculadas as razões de chance. Para as variáveis contínuas foram utilizados modelos de Análise de Variância (ANOVA) (Neter et al., 1996). As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando o p-valor foi menor do que 0.05 (5%). Para avaliar se as variáveis sexo, idade, nível sócio econômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações, número de parceiros e idade do primeiro intercuro sexual estavam conjuntamente associadas ao conhecimento da ACE, ao tempo máximo de uso da ACE, ao conhecimento das situações de uso e da efetividade da ACE ajustara-se modelos de regressão logística múltipla. Para identificar a ordem de importância das variáveis estatisticamente significantes, calculou-se o Valor da Informação ou Information Value (IV), que define que quanto maior o IV mais importante é a variável (McCullagh, Nelder, 1989). Todos os resultados foram gerados utilizando-se o software SAS versão 8.2 (SAS Inst., Cary, Estados Unidos).

1.6 Referências Bibliográficas

Abbott J, Feldhaus KM, Houry D, Lowenstein SR. Emergency contraception: what do our patients know? *Ann Emerg Med* 2004;43(3):376-381.

Agresti A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley and Sons; 1990.

American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy – current trends and issues. *Pediatrics* 1999;103(2):516-520.

American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on adolescence. Contraception and Adolescents. *Pediatrics* 2007;120(5):1135-1148.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica (CCEB). Brasil; 2003. Disponível no site:

http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (acessado em 20 de novembro de 2005).

Aziken ME, Okanta PI, Ande ABA. Knowledge and perception of emergency contraception among female Nigerian undergraduates. *Int Fam Plan Perspect* 2003;29(2):84-87.

Baird DT. Emergency contraception: how does it work? *Reproductive BioMedicine Online* 2009;18(Suppl 1):32-36.

Barry RF, Vitalle MSS, Silva FC. Emergency contraception: what do pediatrics know about this subject? *Minerva Pediatr*. No prelo 2009.

Berquó E, Cavenaghi S. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event? In: Annual Meeting of the Population Association of America (PAA). Philadelphia; 2005.

Boulton-Jones C, McInnery K. Teenage pregnancy and deprivation. *BMJ* 1995;310(6976):398-399.

Bozkurt N, Korucuoglu U, Aksakal FN, Biri A, Ciftçi B, Maral I, Tiras B. Turkish adolescent's knowledge on and attitude toward emergency contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(6):391-395.

Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(1):177-186.

Chuang CH, Freund KM. Emergency contraception knowledge among women in a Boston community. *Contraception* 2005;71(2):157-160.

Corbett PO, Mitchell CP, Taylor JS, Kemppainen J. Emergency contraception: knowledge and perceptions in a university population. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18(4):161-168.

Delbanco SF, Mauldon J, Smith MD. Little knowledge and limited practice: emergency contraceptive pills, the public, and the obstetrician-gynecologist. *Obstet Gynecol* 1997;89(6):1006-1011.

Díaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles. *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1729-1737.

Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001;64(4):227-234.

Ekwo EE, Moawad A. Maternal age and preterm births in a black population. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14(2):145-151.

Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: beyond coca-cola. *Fam Plann Perspect* 1996;28(2):44-48.

Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101(6):1168-1171.

Foster DG, Harper CC, Bley JJ, Mikanda J, Induni M, Saviano EC, Stewart FH. Knowledge of emergency contraception among women aged 18 to 44 in California. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):150-156.

Fourth World Conference on Women. Beijing Declaration. Beijing; 1995.

Friedman SB, Phillips S. Psychosocial risk to mothers and child as a consequence of adolescent pregnancy. *Semin perinatal* 1981;5(1):33-37.

Gold MA. Emergency contraception. *Adv Pediatr* 2000;47:309-334.

Golden NH, Seigel WM, Fischer M, Shneider M, Quijano E, Suss A, et al. Emergency Contraception: pediatrician's knowledge, attitudes, and opinions. *Pediatrics* 2001;107(2):287-292.

Graham A, Moore L, Sharp D, Diamond I. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. *BMJ* 2002;324(7347):1179-1183.

Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. *Ann Intern Med* 2002;137(3):180-189.

Harper CC, Rocca CH, Darney PD, von Hertzen H, Raine TR. Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(94):1158-1163.

Haspels AA, Andriess R. The effect of large doses of estrogens post coitum in 2000 women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1973;3(4):113-117.

Hechtman L. Teenage mothers and their children risk and problems: a review. *Can J Psychiatr* 1989;34(6):569-575.

Heilborn ML, Aquino EML, Knauth DR. Juventude, sexualidade e reprodução. *Cad Saúde Pública* 2006;22(7):1362-1363.

Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod* 1993;8(3):389-392.

Internacional Conference on Population and Development Programme of Action. Cairo; 1994.

Ipas Brasil. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*. Brasília – DF; 2007. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf. (acessado em 10 de março de 2009).

Kosunen E, Vikat A, Rimpelä M, Rimpelä A, Huhtala H. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *BMJ* 1999;319(7202):91.

Landgren BM, Johannisson E, Aedo AR, Kumar A, Shi YE. The effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. *Contraception* 1989;39(3):275-289.

Langer A, Harper C, Garcia-Barrios C, Schiavon R, Heimbürger A, Elul B, et al.

Emergency contraception in Mexico City: what do health care providers and potential users know and think about it? *Contraception* 1999;60(4):233-241.

McCullagh P, Nelder JA. *Generalized Linear Models*. 2^aed. London: Chapman and Hall; 1989.

Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Ståbi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002;100(1):65-71.

McDonald G, Amir L. Women's knowledge and attitudes about emergency contraception: a survey in a Melbourne women's health clinic. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1999;39(4):460-464.

Ministério da Saúde (MS). *Assistência ao Planejamento Familiar*. Brasília – DF: MS; 1996.

Ministério da Saúde (MS). *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília - DF: MS; 2005.

Ministério da Saúde (MS). *Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*. Brasília – DF: MS; 2007.

Ministério da Saúde (MS). *Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil*. Brasília – DF: MS; 2008. Disponível no site:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf (acessado em 10 de março de 2009).

Ministério da Saúde (MS). Informações de Saúde. Nascidos vivos – Brasil.

Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

(acessado em 20 de janeiro de 2009).

Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception* 2005;71(3):202-207.

Myer L, Mlobeli R, Cooper D, Smit J, Morroni C. Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2007;7:14.

Neter J, Kutner M, Wasserman W, Nachtsheim C. *Applied Linear Statistical Models*. 4^aed. New York: Mc Graw Hill; 1996.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *El embarazo y el aborto en la adolescencia*. Ginebra: OMS; 1975.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Necesidades de salud de los adolescentes*. Ginebra: OMS; 1977.

Ortiz MA, Croxato H. Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia. *Boletín CLAE* 2003;1(2):2.

Puri S, Bhatia V, Swami HM, Singh A, Sehgal A, Kaur AP. Awareness of emergency contraception among female college students in Chandigarh, India. *Indian J Med Sci* 2007;61(6):338-346.

Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2007;109(1):181-188.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – 2007 (IDB – 2007). Nascimentos no Brasil. Brasília: RIPSA; 2007.

Ribeiro ERO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):136-142.

Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet* 2001;184(4):531-537.

Sahin NH. Male university students' views, attitudes and behaviors towards family planning and emergency contraception in Turkey. *J Obstet Gynecol Res* 2008;34(3):392-398.

Saito MI, Leal MM. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Rev Paul Pediatr* 2007;25(2):180-186.

Sanfilippo J, Downing D. Emergency contraception: when and how to use it. *J Fam Pract* 2008;57(2 Suppl):S25-36.

Shawe J, Ineichen B, Lawrenson R. Emergency contraception: who are the users? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001;27(4):209-212.

Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception* 2002;66(4):261-268.

Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75(8):738-744.

Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352(9126):428-433.

Taskin O, Brown RW, Young DC, Poindexter AN, Wiehle RD. High doses of oral contraceptives do not alter endometrial alpha 1 and alpha v beta 3 integrins in the late implantation window. *Fertil Steril* 1994;61(5):850-855.

Trussell J, Ellertson C, Stewart F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam Plann Perspect* 1996;28(2):58-64.

Trussell J, Koenig J, Ellertson C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *Am J Public Health* 1997;87(6):932-937.

Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59(3):147-151.

United Nations Population Fund (UNFPA). *State of World Population 2005*.

Partnering with boys and men. Disponible no site:

<http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch6/index.htm> (acessado em 29 de janeiro de 2009).

van Santen MR, Haspels AA. A comparison of high-dose estrogens versus low-dose ethinyl estradiol and norgestrel combination in post-coital interception: a study in 496 women. *Fertil Steril* 1985;43(2):206-213.

Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(5):1201-1208.

Virjo I, Kirkkola AL, Isokoski M, Mattila K. Use and knowledge of hormonal emergency contraception. *Adv Contracept* 1999;15(2):85-94.

Vitalle MSS. Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) de prematuridade e baixo peso [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bártfai G, et al. Low dose mifepristone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 2002;360(9348):1803-1810.

Wan RS, Lo SS. Are women ready for more liberal delivery of emergency contraceptive pills? *Contraception* 2005;71(6):432-437.

Whitaker AK, Gilliam M. Contraceptive care for adolescents. *Clin Obstet Gynecol* 2008;51(2):268-280.

World Health Organization (WHO). Risk approach for maternal and child health care. Geneva: WHO; 1978.

World Health Organization (WHO). Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva: WHO; 1998.

World Health Organization (WHO). Adolescent Pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004.

World Health Organization (WHO). Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Geneva: WHO; 2007.

World Health Organization (WHO). Adolescent Pregnancy. MPS Notes. Geneva: Risk approach for maternal and child health care. Geneva: WHO; 2008.

Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception: a pilot study. J Reprod Med 1974;13(2):53-58.

Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinyl estradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. Fertil Steril 1977;28(9):932-936.

**CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: CONHECIMENTO, EXPERIÊNCIA E
OPINIÃO DE UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL**

Título em inglês: Emergency contraception: awareness/knowledge, experience and attitudes among college students in Brazil

Conflito de interesse: nada a declarar

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

Artigo Científico a ser enviado para o periódico Journal of Adolescent Health

Qualis A2 Internacional

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: CONHECIMENTO, EXPERIÊNCIA E OPINIÃO DE UNIVERSITÁRIOS DO BRASIL

AUTORES:

Silva, F.C.; Vitalle, M. S. S.; Maranhão, H.S.; Canuto, M. H.; Pires, M. M. S.; Fisberg, M.

Silva, F.C. – Médica Pediatra. Pós-graduanda, nível mestrado, do programa Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Médica Assistente do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) – Disciplina de Especialidades Pediátricas – Departamento de Pediatria – Unifesp.

Vitalle, M. S. S. – Médica Pediatra. Doutora em Medicina pelo Departamento de Pediatria da Unifesp. Chefe do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - Disciplina de Especialidades Pediátricas – Departamento de Pediatria – Unifesp.

Maranhão, H.S. – Médico Pediatra. Doutor em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Unifesp. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Canuto, M. H.- Médica Pediatra. Professora auxiliar da Universidade Federal de Goiás.

Pires, M. M. S. – Médica Pediatra. Doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina.

Fisberg, M. – Médico Pediatra. Doutor em Medicina pelo Departamento de Pediatria da Unifesp. Professor Associado do Departamento de Pediatria da Unifesp.

Correspondência:

Mauro Fisberg

Rua: Borges Lagoa, 1080. Conj. 603 - Vila Clementino

04038-002 – São Paulo – S.P.

E-mail: nutrociencia@nutrociencia.com.br

Resumo

Objetivo: avaliar conhecimento, opinião e experiência de adolescentes brasileiros, que frequentam ensino superior, com anticoncepção de emergência (ACE).

Métodos: Aplicou-se questionário semi-estruturado a totalidade de adolescentes de primeiro ano de quatro universidades federais brasileiras (n=611). O questionário abordava conhecimento, opinião e experiência com ACE e comportamento sexual. Utilizaram-se teste exato de Fisher para analisar as variáveis categóricas, análise de variância (ANOVA), para variáveis contínuas e Valor da Informação (IV) para identificar a ordem de importância das variáveis estatisticamente significantes. Diferenças foram consideradas significantes quando $p < 0,05$.

Resultados: Aproximadamente 96,0% (n=588) dos estudantes já tinham ouvido falar sobre ACE e 40,7% (n=238) responderam que pode ser usada até 72 horas após intercurso sexual desprotegido, sendo que o nível sócio econômico mostrou associação positiva com estas questões. Aproximadamente 19,0% (n=111) dos estudantes conheciam todas as situações nas quais ACE é indicada. Cerca de 47,0% (n=187) das meninas já tinham tido relação sexual e destas, 41,8% (n=76) referiram ter usado ACE. Amigos foram principal fonte de indicação de ACE. Cerca de 35,0% (n=207) dos estudantes consideravam ACE abortiva e 81,0% (n=473) achavam que a ACE traz riscos a saúde. Os motivos para o não uso foram falta de informação sobre o método e a percepção sobre ser abortivo.

Conclusões: Percentual elevado de adolescentes sabe da existência da ACE, mas questões específicas permanecem desconhecidas. Pré-conceitos como, ser abortiva e trazer riscos à saúde são questões que podem estar promovendo

visão negativa sobre ACE. Desmistificá-las poderia evitar gestações indesejadas e abortos ilegais no Brasil.

Palavras-chaves: Anticoncepção Pós-coito, Comportamento do Adolescente, Medicina do Adolescente, Adolescente e Sexualidade

Abstract

Objective: to evaluate the awareness/knowledge, attitudes and experience of Brazilian teenage college students with emergency contraception (EC).

Methods: A semi-structured questionnaire was completed by all teenage first-year students from health sciences courses in four federal universities in Brazil (n=611). The questionnaire covered awareness/knowledge, attitudes and experience with EC, and sexual behavior. Fisher's exact test was used for categorical variables, analysis of variance (ANOVA) for continuous variables, and Information Value (IV) to rank the importance of statistically significant variables (at $p < 0.05$).

Results: About 96,0% (n=588) of the students had heard about EC, and 40,7% (n=238) responded it can be used up to 72 hours after unprotected sexual intercourse; socio-economic level was positively associated with these questions. About 19,0% (n=111) knew all the situations in which EC is indicated. About 47,0% (n=187) of the girls had had sexual intercourse, 41,8% (n=76) of which reported having used EC. Friends were the main source of indication for EC. About 35,0% (n=207) of the students considered EC abortive, and about 81,0% (n=473) thought EC poses health risks. The reasons for not using were lack of information about the method and the perception of it being abortive.

Conclusions: a high proportion of teenagers is aware of EC, but specific issues remain unknown. Preconceptions, such as it being abortive and posing health risks, may be promoting a negative view on EC. Demystifying the subject may prevent unwanted pregnancies and illegal abortions in Brazil.

Key-word: Contraception, Postcoital; Adolescent Behavior; Adolescent Medicine; Adolescent; Sexuality.

Introdução

As taxas de gravidez na adolescência vêm apresentando tendência a declínio principalmente nos países desenvolvidos [1]. No Brasil a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes aumentou expressivamente durante a década de 90, declinando após esse período [2]. Em 2006, 21,0% dos nascimentos, no Brasil, foram provenientes de mães menores de 20 anos de idade [2].

A gravidez na adolescência é considerada situação de risco [3]. As adolescentes que engravidam são na sua maioria mais pobres, de mais baixa escolaridade, têm menor atenção pré-natal e filhos com maiores taxas de mortalidades neonatal e infantil [4].

Embora haja controvérsias, a maternidade precoce freqüentemente não é planejada e/ou desejada [5,6]. Muitas adolescentes tentam interromper a gestação, apesar de saber dos riscos à saúde e da legalidade restrita do aborto no Brasil [5,7]. Por ser o aborto considerado crime pelo Código Penal Brasileiro, observa-se dificuldade de se obter dados fidedignos para calcular a sua magnitude. Apesar disso, estima-se incidência aproximada de 30 abortos para cada 100 nascidos vivos [7,8].

O uso de anticoncepção de emergência (ACE) pode ser estratégia interessante para diminuir a incidência de gravidez indesejada e as taxas de abortos ilegais entre adolescentes. É método que objetiva prevenir gravidez após relação sexual que, por alguma razão, foi desprotegida.

Apesar de estar liberado há mais de 30 anos em muitos países e no Brasil incluído nas normas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde desde 1996, constitui-se método pouco utilizado [9-11]. Estudos que avaliam o conhecimento de

adolescentes e mulheres adultas sobre ACE mostram que apesar de conhecerem o método, informações mais específicas como até quando pode ser utilizado, qual a eficácia, o mecanismo de ação e os efeitos colaterais, onde adquiri-lo, são escassas, contribuindo para uma visão negativa e conseqüente subutilização [9,12-15].

Tão importante quanto avaliar o conhecimento no sexo feminino sobre métodos contraceptivos e ACE, é verificar o que os homens sabem sobre esse assunto. Programas internacionais têm estabelecido a importância da participação do homem nas decisões sobre saúde sexual e reprodutiva [16,17]. São escassos os trabalhos existentes na literatura que avaliam esse tipo de conhecimento no sexo masculino, corroborando com a idéia de que apenas a mulher é a responsável por evitar a gravidez [17].

Diante do exposto justifica-se a realização deste trabalho para avaliar o conhecimento, atitude e experiência com ACE, de adolescentes brasileiros, do sexo feminino e masculino, que freqüentam ensino superior, bem como a relação entre essas variáveis.

Materiais e Métodos

Estudantes de primeiro ano, matriculados nos cursos de enfermagem, medicina, educação física e nutrição de quatro universidades federais do Brasil, representando quatro regiões geográficas do país (Sul,Sudeste, Nordeste e Centro-oeste), foram recrutados no início do ano letivo de 2006 e 2007 para responder a questionário semi-estruturado e auto-preenchível. O objetivo desse recrutamento foi evitar o acesso dos estudantes a conteúdo programático que pudesse interferir com as respostas das questões. Por problemas no calendário escolar e greves das universidades, a região norte do país não foi avaliada.

O questionário continha 10 questões objetivas e 31 de múltipla escolha para caracterizar o estudante segundo idade, sexo, nível socioeconômico, conhecimento, atitude e experiência com ACE e comportamento sexual (uso de métodos contraceptivos, número de parceiros e idade do primeiro intercurso sexual). As questões formuladas para avaliar o conhecimento sobre ACE abordavam se o adolescente “já tinha ouvido falar” do método, o tempo máximo após o intercurso desprotegido a ACE poderia ser usada, as indicações e a fonte de aquisição de conhecimento. Quanto à opinião, os adolescentes foram questionados sobre ACE ser ou não abortiva, se a possibilidade de utilizar o método estimularia os adolescentes a terem relação sexual desprotegida e se o uso traria riscos à saúde. Por fim, os adolescentes foram indagados se já usaram, usariam ou indicariam o uso da ACE para a parceira. Aos que fizeram uso, questionou-se como o método foi adquirido, quais os motivos de uso e quantas vezes o método foi utilizado.

O questionário foi desenvolvido para este fim, a partir de estudos similares e foi pré-testado em estudantes de universidade particular para corrigir as imperfeições [18-20]. Foi aplicado a todos os alunos presentes em sala de aula, pelos pesquisadores responsáveis por cada uma das regiões, após explanação sobre o objetivo e a natureza da pesquisa, sendo mantido o anonimato e a confidencialidade, sendo que 611 alunos responderam a pesquisa.

Para definição do nível socioeconômico, utilizou-se o modelo criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) em 2003, que inclui o entrevistado nas classes A (A1+A2), B (B1+B2) e outras (C+D+E) [21].

Para a análise estatística os estudantes foram classificados em sexo masculino e feminino. Foram excluídos da análise os estudantes com 20 anos de idade ou mais, uma vez que o objetivo foi avaliar apenas adolescentes [22]. Para as

variáveis categóricas usou-se o teste exato de Fisher e para as contínuas, modelo de Análise de Variância (ANOVA) [23,24]. As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando o p-valor foi menor do que 0,05 (5%). Para avaliar se as variáveis sexo, idade, nível sócio econômico e comportamento sexual estavam associadas com questões relativas ao conhecimento e uso da ACE, usou-se modelo de regressão logística múltipla, calculando-se o Valor da Informação ou Information Value (IV), que define que quanto maior o IV mais importante é a variável [25]. Todos os resultados foram gerados utilizando-se o software SAS versão 8.2 (SAS Inst., Cary, Estados Unidos).

Este estudo está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo – Universidade Federal de São Paulo, nº 0727/06.

Resultados

Caracterização da Amostra

Dez por cento dos estudantes matriculados nos cursos não estavam presentes em sala de aula no momento da aplicação do questionário, sendo que 611 alunos responderam à pesquisa. A caracterização da população encontra-se descrita na Tabela 1. O sexo feminino representou 66,1% (404) da amostra.

Observou-se diferença estatisticamente significante do nível sócio-econômico em relação ao sexo. No sexo feminino prevaleceram estudantes do nível socioeconômico B e no sexo masculino, nível A ($p=0,0195$).

Aproximadamente 55,0% ($n=337$) dos estudantes que participaram do estudo já tinham tido relação sexual, sendo que a chance de um estudante do sexo masculino ter tido relação sexual é três vezes maior que a chance de uma estudante

do sexo feminino ($p < 0,0001$). As médias de idade do primeiro intercuro sexual bem como do número de parceiros também mostraram diferença estatística ($p < 0,0001$): a idade da primeira relação sexual dos estudantes do sexo masculino foi, em média, um ano abaixo da idade das estudantes do sexo feminino; e os estudantes do sexo masculino tiveram, em média, 3,26 parceiros contra 1,65, do sexo feminino.

Os métodos contraceptivos mais utilizados pelos adolescentes sexualmente ativos foram o preservativo masculino e os anticoncepcionais orais (ACO). Tabela foi citada por 7,1% ($n=13$) das meninas e 8,0% ($n=12$) dos meninos e coito interrompido por 10,9% ($n=20$) das mulheres e 9,3% ($n=14$) dos homens. Cerca de 30,0% ($n=97$) dos estudantes referiram que não usavam métodos contraceptivos em todas as relações sexuais. As variáveis sexo, idade, nível sócio econômico, número de parceiros e idade da primeira relação sexual não estavam associadas com usar ou não métodos contraceptivos em todas as relações sexuais.

Conhecimento sobre anticoncepção de emergência

A maioria dos estudantes, 96,4% ($n=588$), referiu já ter ouvido falar sobre ACE. Não foi observada associação, segundo o modelo de regressão logística utilizado, entre “ter ouvido falar” de ACE e as variáveis sexo, idade, nível socioeconômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações, número de parceiros e idade da primeira relação sexual (Tabela 2). Quando se considerou somente as variáveis sexo, idade e nível socioeconômico, obteve-se que o nível sócio-econômico está associado ao conhecimento da ACE ($p=0,0155$ e $IV=8,3398$). A chance de um estudante da classe A (independentemente do sexo) conhecer ACE é, aproximadamente, 3,42 vezes maior que a chance de um estudante das classes C ou D.

Quando os estudantes que disseram ter ouvido falar sobre ACE (n=588) foram questionados sobre o tempo máximo de uso da ACE, menos da metade, 40,7% (n=238) sabia que deveria ser usado até 72 horas do intercursos sexual desprotegido e aproximadamente 48,0% dos estudantes (n=280) achavam que a mulher tinha 24 a 48 horas para usar ACE. As variáveis sexo, nível sócio econômico e uso de métodos contraceptivos em todas as relações estão associadas ao conhecimento do tempo máximo de uso (Tabela 3).

Aproximadamente 19,0% (n=111) dos estudantes que disseram ter ouvido falar sobre ACE e responderam a essa questão, conheciam todas as situações nas quais o método deve ser indicado. Não houve relação entre as variáveis sexo, idade, nível sócio-econômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações, número de parceiros e idade da primeira relação com essa questão.

Em ambos os sexos, a principal fonte de aquisição de conhecimento sobre ACE foi a escola, seguido dos meios de comunicação e dos amigos. Cerca de 36,0% das meninas e 25,8% dos meninos relataram que tinham aprendido sobre ACE com médicos - $p=0,0121$ (Figura 1).

Experiência com ACE

Das 182 meninas que disseram conhecer ACE, já tiveram relação sexual e responderam à questão sobre uso de AU, 41,8% (n=76) referiram ter usado o método; e dentre os 143 estudantes do sexo masculino, 22,4% (n=32) relataram que a parceira já fez uso de ACE. No sexo feminino, as variáveis associadas ao uso de ACE foram: nível sócio econômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações e a idade da primeira relação sexual (Tabela 4).

A média e o desvio padrão do número de vezes que as adolescentes do sexo feminino usaram ACE foi $1,83 \pm 1,29$, variando de uma a dez vezes, sendo que o número de vezes de uso não mostrou associação com nenhuma variável. Dentre os motivos de uso, 48,7% (n=37) das adolescentes citaram acidente com o preservativo masculino; 47,4% (n=36) não estavam usando forma regular de contracepção; 18,4% (n=14) relataram que tinham se esquecido de tomar uma ou mais doses do ACO e 1,3% (n=1) havia se esquecido de fazer uso do anticoncepcional injetável.

Apenas 5,3% (n=4) das meninas adquiriram ACE através de prescrição médica. Na maioria dos casos, 52,0% (n=39), amigos indicaram o uso e em 34,7% (n=26) das vezes quem indicou foi o farmacêutico ou balconista da farmácia.

Opinião em relação à ACE

Dos 581 estudantes que responderam a questão sobre ACE ser ou não abortiva, 35,6% (n=207) consideravam esse método abortivo. Não houve diferença estatisticamente significativa quando feita a comparação entre os sexos ($p=0,3315$).

Grande parte dos estudantes, 68,9% (n=403), acreditava que havia risco importante dos adolescentes negligenciarem o uso de métodos contraceptivos de rotina caso soubessem da possibilidade de usar ACE. Ambos os sexos apresentavam opinião semelhante ($p=0,3200$).

Cerca de 81,0% (n=473) dos adolescentes achavam que uso de ACE poderia trazer algum tipo de risco para a saúde, independentemente do gênero ($p=0,5078$). As adolescentes do sexo feminino preocupavam-se principalmente com má formação fetal em caso de uso de ACE na vigência de gravidez (67,2%; n=174), sangramento genital (52,1%; n=135) e infertilidade (33,2%; n=86). Os adolescentes

do sexo masculino preocupavam-se principalmente com má formação fetal e infertilidade (53,6%; n=67) e sangramento vaginal (44,8%;n=56).

Quando os adolescentes que nunca usaram o método foram questionados se usariam ou aconselhariam suas parceiras a usarem, 47,1% (n=144) meninas referiram que usariam, 17,0% (n=52) não usariam e 35,9% (n=110) não sabiam se usariam. Entre os estudantes do sexo masculino, 48,7% (n=95) aconselhariam sua parceira a usar, 34,4% (n=67) não aconselhariam e 16,9% (n=33) não sabiam se aconselhariam. Dentre os principais motivos do não uso, do não aconselhamento e de não saber se usariam ou aconselhariam tem-se a falta de informação suficiente sobre o método: possíveis efeitos colaterais, complicações para a mulher e para o feto no caso de gravidez e a percepção sobre o método ser abortivo. Não se observou relação entre conhecimento e concordância em usar o método se fosse necessário; a maioria das que usaria ACE achava que o método traz riscos à saúde e que a possibilidade de uso pode estimular os adolescentes a terem relação sexual desprotegida; porém a maioria não o considerava abortivo.

Discussão

Embora os resultados desse trabalho sejam semelhantes aos encontrados na literatura, observou-se maior porcentagem de estudantes que “já ouviram falar” e apresentavam conhecimentos específicos sobre ACE, do que a encontrada nos estudos recentemente publicados [14,26]. Essa prevalência mais elevada justifica-se, provavelmente, pela característica da população estudada composta por universitários que freqüentavam instituições públicas do país.

No Brasil, dos 35,9% de jovens que cursam o ensino superior, apenas 24,7% freqüentam as escolas públicas, mostrando quão disputado e difícil é ingressar

nesse tipo de instituição [27]. Tem-se que, de modo geral, os jovens que ingressam em universidades públicas, possuem melhor nível de conhecimento e são mais bem preparados. Geralmente são adolescentes oriundos de escolas particulares, nas quais aulas de educação sexual fazem parte do currículo desde a década de 80, fazendo com que esses jovens tenham contato com assuntos referentes à saúde sexual [28].

Quando se comparou os estudantes das classes mais altas (A e B) com os das classes mais baixas (C e D), observou-se que os mais favorecidos ouviram falar mais sobre ACE e possuíam maior conhecimento em relação ao tempo máximo de uso do que os menos favorecidos. Portanto, apesar de todos serem providos de muito conhecimento, o nível socioeconômico acaba por diferenciá-los entre os que tiveram mais acesso a informação de melhor conteúdo via internet, revistas, jornais, profissionais de saúde, livros, e os que não tiveram tanto acesso, mas que ainda tiveram muito mais acesso do que a população de adolescentes em geral.

Interessante notar que “ter ouvido falar sobre ACE” não significa conhecer o método, como demonstram outros trabalhos [9,26,29]. Nenhum estudante respondeu que 120 horas era o tempo máximo que a ACE pode ser utilizada após o intercurso sexual desprotegido, como é preconizado atualmente [30,31]. Os primeiros estudos que demonstraram que existe algum benefício na utilização da ACE entre 72 e 120 horas após o coito desprotegido são do início dos anos 2000 [30,31]. Por ser informação relativamente recente, os adolescentes ainda a desconheciam. Menos da metade dos estudantes respondeu que o tempo máximo era 72 horas e quase metade dos estudantes respondeu 24 a 48 horas, possivelmente pela designação popular que chama a ACE de “pílula do dia seguinte”, nome infeliz, que pode persuadir o adolescente a achar que só até o dia

seguinte ao ato sexual desprotegido, a medicação fará efeito. Um quinto dos estudantes sabia precisamente todas as situações nas quais a ACE estava indicada. Na verdade, os estudantes sabem da existência da ACE, mas não estão familiarizados com o método, como é observado em inúmeras publicações [9,26,29]. Falta de informação sobre a ACE tem sido freqüentemente associada com as percepções negativas que os adolescentes têm do método, justificando o pouco uso [12].

Como a maioria dos métodos contraceptivos é para ser utilizado pela mulher, prescindindo a escolha da participação masculina, se vincula à idéia de que a reprodução biológica e o seu controle sejam de responsabilidade apenas do sexo feminino. Esse pode ser o motivo que explique o porquê das meninas dominarem alguns aspectos do conhecimento sobre ACE quando comparadas aos meninos. É possível que elas busquem e se atentem mais as informações fornecidas devido à responsabilidade inerente existente sobre elas. Não se pode ignorar também que os adolescentes do sexo masculino têm menos oportunidade de receber informações sobre sexualidade e contracepção dos profissionais de saúde do que as meninas, eles não precisam consultar médicos para conseguir anticoncepção e as meninas muitas vezes buscam atendimento médico devido a problemas menstruais, sendo essa uma porta de entrada para a discussão dos aspectos relativos à saúde reprodutiva.

Embora a principal fonte de aquisição de conhecimento sobre ACE seja a escola, é bem provável que a informação passada para os alunos seja incompleta ou não esteja sendo retida por não possuir relevância pessoal no momento em que é abordada, mostrando a necessidade de reformular o modo como a *educação sexual*, é discutida nas escolas. Idealmente, também, o repasse destes

conhecimentos deveria ser feito principalmente por médicos ou outros profissionais de saúde afeitos ao assunto. Trabalho realizado em região metropolitana brasileira mostrou que o pediatra tem dificuldade em aconselhar seus pacientes sobre ACE, por questões morais, religiosas ou falta de conhecimento [32]. Foi significativa a diferença encontrada na aquisição de conhecimento sobre ACE através de médicos quando se comparou os dois sexos. Esse fato, provavelmente, se explica pelo maior acesso que as meninas têm aos médicos e serviços de saúde, como já foi discutido anteriormente.

Encontrou-se nesse trabalho maior porcentagem de meninas que fizeram uso de ACE do que o encontrado em trabalhos recentemente publicados [13,26,33]. É esperado que quando comparado à população com menor nível educacional, os universitários tenham diferentes pontos de vista em relação à saúde reprodutiva e planejamento familiar, bem como projeto de vida distinto dos jovens que ingressam no mercado de trabalho e não frequentam universidade. Por deterem maior conhecimento sobre ACE do que os adolescentes em geral e por priorizarem, talvez, o futuro profissional nesse momento da vida, esses adolescentes tentem de maneira mais efetiva prevenir a gravidez em caso de acidente contraceptivo.

Quando os meninos foram questionados sobre uso de ACE pela parceira, observou-se discrepância entre as porcentagens relatadas por eles e pelas meninas, sugerindo que o parceiro desconheça a atitude tomada por elas em caso de falha no método contraceptivo utilizado.

Observou-se que apesar de lacunas importantes no conhecimento, as jovens utilizam ACE. Embora a prevalência de uso tenha sido maior do que a encontrada na literatura seria de grande relevância ter questionado essas adolescentes sobre situações nas quais elas poderiam ter utilizado ACE e não o fizeram. Estudos

futuros, com essa mesma população, talvez sejam necessários para solucionar essas dúvidas.

Visto que as jovens de maior nível sócio econômico conhecem mais ACE é de se esperar que elas também façam mais uso do método. É descrito que as adolescentes que iniciam a vida sexual mais precocemente tendem a ter mais relações sexuais sem proteção do que as que iniciam mais tardiamente, justificando o motivo pelo qual as que iniciaram a atividade sexual mais cedo utilizaram mais ACE do que as que iniciaram mais tardiamente [28].

Muito poucas meninas adquiriram ACE através de prescrição médica. Inúmeros trabalhos mostram que os médicos estão pouco familiarizados com a ACE e temem prescrevê-la para adolescentes receando que esta atitude possa promover comportamento sexual irresponsável ou uso inadequado [32,34]. Seria aconselhável que os médicos fornecessem para as adolescentes sexualmente ativas orientação e prescrição de ACE para quando elas necessitarem.

A grande maioria dos adolescentes que participaram desse estudo acreditava que a possibilidade de utilizar ACE pode fazer com que a jovem adquira comportamento sexual de risco, aumentando a promiscuidade e diminuindo o uso de métodos contraceptivos de rotina. Trabalhos confirmam que conhecer, ser orientada e mesmo possuir prescrição de ACE, não diminui o uso de métodos contraceptivos e não modifica o comportamento sexual de adolescentes e mulheres adultas [35,36]. Observou-se neste trabalho que a média de vezes que as meninas utilizaram ACE ficou próxima de duas (78,0% usaram até duas vezes), não parecendo, portanto, que as adolescentes utilizem ACE como substituto de outros métodos.

Percentual elevado de adolescentes achava que o uso de ACE pode trazer riscos à saúde da mulher ou do feto caso ela já esteja grávida e embora pouco mais

da metade dos estudantes não considerassem ACE abortiva, boa parcela acreditava que se trata de método que induz aborto. A literatura é categórica em afirmar que a ACE não causa infertilidade, não provoca sangramento ou alterações significativas no padrão menstrual, não interrompem gravidez estabelecida e, se usados na vigência de gestação, não são teratogênicos [37-39].

Considerar ACE abortiva foi um dos principais motivos encontrados nesse trabalho para o não uso do método pelos estudantes entrevistados, como também é relatado na literatura [9,12,40]

Pode-se concluir que a população estudada sabe sobre o método, mas desconhece suas especificidades. Muitos consideravam a ACE abortiva e achavam que trazia riscos à saúde. Esses fatores podem estar contribuindo para a subutilização da medicação. Apesar de porcentagem elevada de adolescentes terem feito uso da ACE, quando comparada à literatura, limitação do trabalho foi não averiguar se mais adolescentes se expuseram a situações nas quais a ACE estaria indicada e não a utilizaram.

Portanto, melhorar o conhecimento dos jovens sobre ACE, fornecendo informações sobre os mecanismos de ação, para desmistificar o conceito de ser abortiva, indicações e forma de uso, mostrando aos potenciais usuários que o método é seguro e efetivo, bem como orientar os adolescentes para que eles possam identificar situações de risco de gravidez, incluindo, sempre, os adolescentes do sexo masculino nestas discussões, poderia otimizar a utilização do método e prevenir inúmeras gestações indesejadas e abortos ilegais no Brasil.

Referências Bibliográficas

- [1]. World Health Organization (WHO). Adolescent Pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004.
- [2]. Ministério da Saúde (MS). Informações de Saúde. Nascidos vivos – Brasil. Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> (acessado em 20 de janeiro de 2009).
- [3]. Ministério da Saúde (MS). Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília – DF: MS; 2007.
- [4]. Boulton-Jones C, McInnery K. Teenage pregnancy and deprivation. *BMJ* 1995;310(6976):398-399.
- [5]. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(1):177-186.
- [6]. Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(5):1201-1208.
- [7]. Ministério da Saúde (MS). Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Brasília – DF: MS; 2008. Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf (acessado em 10 de março de 2009).
- [8]. Ipas Brasil. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*; 2007. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf. (acessado em 10 de março de 2009).
- [9]. Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception* 2002;66(4):261-268.

- [10]. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception* 2005;71(3):202-207.
- [11]. Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2007;109(1):181-188.
- [12]. Díaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles. *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1729-1737.
- [13]. Corbett PO, Mitchell CP, Taylor JS, Kemppainen J. Emergency contraception: knowledge and perceptions in a university population. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18(4):161-168.
- [14]. Myer L, Mlobeli R, Cooper D, Smit J, Morroni C. Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2007;7:14.
- [15]. Puri S, Bhatia V, Swami HM, Singh A, Sehgal A, Kaur AP. Awareness of emergency contraception among female college students in Chandigarh, India. *Indian J Med Sci* 2007;61(6):338-346.
- [16]. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World Population 2005. Partnering with boys and men. Disponível no site: <http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch6/index.htm> (acessado em 29 de janeiro de 2009).
- [17]. Sahin NH. Male university students' views, attitudes and behaviors towards family planning and emergency contraception in Turkey. *J Obstet Gynecol Res* 2008;34(3):392-398.

- [18]. Kosunen E, Vikat A, Rimpelä M, Rimpelä A, Huhtala H. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *BMJ* 1999;319(7202):91.
- [19]. Abbott J, Feldhaus KM, Houry D, Lowenstein SR. Emergency contraception: what do our patients know? *Ann Emerg Med* 2004;43(3):376-381.
- [20]. Chuang CH, Freund KM. Emergency contraception knowledge among women in a Boston community. *Contraception* 2005;71(2):157-160.
- [21]. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); 2003. Disponível no site: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (acessado em 20 de novembro de 2005).
- [22]. World Health Organization (WHO). [The adolescent health and development \(AHD\) unit – investing in a health sector response to adolescents and young people.](#) Disponível no site: <http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245.htm> (acessado em 20 de janeiro de 2009).
- [23]. Agresti A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley and Sons; 1990.
- [24]. Neter J, Kutner M, Wasserman W, Nachtsheim C. *Applied Linear Statistical Models*. 4^aed. New York: Graw Hill; 1996.
- [25]. McCullagh P, Nelder JA. *Generalized Linear Models*. 2^aed. London: Chapman and Hall; 1989.
- [26]. Addo VN, Tagoe-Darko ED. Knowledge, practices, and attitudes regarding emergency contraception among students at a university in Ghana. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105(3):206-209.
- [27]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais* 2006. Brasília – DF: IBGE; 2006. Disponível no site:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=774

(acessado em 30 de setembro de 2008).

[28]. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Brasília – DF: UNESCO; 2004. Disponível no site:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf> (acessado em 23 de março de 2009).

[29]. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2009;25(3):551-562.

[30]. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. Am J Obstet 2001;184(4):531-537.

[31]. Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. Obstet Gynecol 2003;101(6):1168-1171.

[32]. Barry RF, Vitalle MSS, Silva FC. Emergency contraception: what do pediatrics know about this subject? Minerva Pediatr. No prelo 2009.

[33]. Merchant RC, Damergis JA, Gee EM, Bock BC, Becker BM, Clark MA. Contraceptive usage, knowledge and correlates of usage among female emergency department patients. Contraception 2006;74(3):201-207.

[34]. Goyal M, Zhao H, Mollen C. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. Pediatrics 2009;123(3):765-770.

[35]. Lo SS, Fan SY, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency

contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19(10):2404-2410.

[36]. Walker DM, Torres P, Gutierrez JP, Flemming K, Bertozzi SM. Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico. *J Adolesc Health* 2004;35(4):329-334.

[37]. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352(9126):428-433.

[38]. American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on adolescence. Contraception and Adolescents. *Pediatrics* 2007;120(5):1135-1148.

[39]. Sanfilippo J, Downing D. Emergency contraception: when and how to use it. *J Fam Pract* 2008;57(2 Suppl):S25-36.

[40]. Díaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptive. *Cad Saúde Pública* 2003;19(5):1507-1517.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com sexo.

Características	Feminino (n=404) N (%)	Masculino (n=207) N (%)	Total (n=611) N (%)
Média da idade (anos)	18.19±0.74 (16-19)	18.25±0.78 (16-19)	18.21±0.75 (16-19)
Nível socioeconômico ^{* #}	n=386	n=201	n=587
A	127 (32.9)	89 (44.3)	216 (36.8)
B	205 (53.1)	82 (40.8)	287 (48.9)
Outros	54 (14.0)	30 (14.9)	84 (14.3)
Relação Sexual ^{* #}	n=397	n=204	n=601
Sim	187 (47.1)	150 (73.5)	337 (56.1)
Não	210 (52.9)	54 (26.5)	264 (43.9)
Média da idade da primeira relação sexual (anos) ^{* #}	16.64±1.33 (13-19)	15.69±1.54 (9-19)	16.23±1.50 (9-19)
Média do número de parceiros sexuais ^{* #}	1.65±1.30 (1-11)	3.26±3.22 (1-17)	2.18±2.26 (1-17)
Métodos contraceptivos utilizados ^{# &}	n=184	n=150	n=334
Preservativo masculino	170 (92.4)	140 (93.3)	310 (92.8)
Contraceptivos orais	132 (71.7)	44 (29.3)	176 (52.7)
Coito interrompido	20 (10.9)	14 (9.3)	34 (10.2)
Tabelinha	13 (7.1)	12 (8.0)	25 (7.5)
Contraceptivo injetável	7 (3.8)	2 (1.3)	9 (2.7)
Camisinha feminina	3 (1.6)	4 (2.7)	7 (2.1)
Diafragma	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.3)
Anel vaginal	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.3)
DIU	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.3)
Adesivo	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.3)
Implante	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Usa métodos contraceptivos em todas as relações? [#]	n=185	n=150	n=335
Sim	132 (71.4)	106 (70.7)	238 (71.0)
Não	53 (28.6)	44 (29.3)	97 (29.0)

* estatisticamente significativa (p <0.05)

nem todos os estudantes responderam essa questão

& mais de uma alternativa possível

Tabela 2. Distribuição dos estudantes universitários que “já ouviram falar” sobre anticoncepção de emergência (ACE) segundo sexo, idade, nível socioeconômico, uso de métodos contraceptivos, número de parceiros e idade da primeira relação sexual. Tamanho da amostra (n e %) e valor de significância (p)[#].

Características	N (%)	p
Total (n=610) [#]	588 (96.4)	
Sexo		
F (n=403)	390 (96.8)	0.5993
M (n=207)	198 (95.7)	
Idade		
16 (n=4)	4 (100.0)	0.4506
17 (n=111)	107 (96.4)	
18 (n=247)	234 (94.7)	
19 (n=248)	243 (98.0)	
Nível sócio econômico		
A (n=216)	210 (97.2)	0.6885
B (n=287)	282 (98.3)	
C ou D (n=84)	77 (91.7)	
Uso de métodos contraceptivos em todas as relações		
Sim (n=238)	232 (97.5)	0.8026
Não (n=97)	94 (96.9)	
Número de Parceiros		
Até 4 (n=247)	242 (98.0)	0.3469
Acima de 4 (n=24)	23 (95.8)	
Não lembra (n=64)	61 (95.3)	
Idade da primeira relação		
≤ 16 anos (n=183)	178 (97.3)	0.4521
> 16 anos (n=144)	139 (96.5)	
Não lembra (n=10)	10 (100.0)	

[#] nem todos os estudantes responderam essa questão

Tabela 3. Resposta dada pelos estudantes universitários sobre conhecimento do tempo máximo de uso da anticoncepção de emergência - ACE (certo, errado e não sei) de acordo com sexo, idade, nível social econômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações sexuais, número de parceiros e idade da primeira relação sexual. Tamanho da amostra (n e %), valor de significância (p) e Valor de Informação (IV)[#].

Características	Resposta			p	IV
	Certo N (%)	Errado N (%)	Não sei N (%)		
Total (n=585) [#]	238 (40.7)	280 (47.9)	67 (11.5)		
Sexo					
F (n=387)	171 (44.2)	175 (45.2)	41 (10.6)	0.0002	13.9218
M (n=198)	67 (33.8)	105 (53.0)	26 (13.1)		
Idade					
16 (n=4)	3 (75.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0.5342	0.3864
17 (n=107)	39 (36.4)	52 (48.6)	16 (15.0)		
18 (n=233)	91 (39.1)	117 (50.2)	25 (10.7)		
19 (n=241)	105 (43.6)	111 (46.1)	25 (10.4)		
Nível social econômico					
A (n=209)	95 (45.5)	99 (47.4)	15 (7.2)	0.0217	7.6648
B (n=280)	113 (40.4)	135 (48.2)	32 (11.4)		
C ou D (n=77)	25 (32.5)	38 (49.4)	14 (18.2)		
Uso de métodos contraceptivos em todas as relações					
Sim (n=231)	99 (42.9)	114 (49.4)	18 (7.8)	0.0114	6.3953
Não (n=94)	54 (57.4)	34 (36.2)	6 (6.4)		
Número de Parceiros					
≤ 4 (n=241)	124 (51.5)	101 (41.9)	16 (6.6)	0.4619	1.5448
> 4 (n=23)	11 (47.8)	12 (52.2)	0 (0.0)		
Não lembra (n=61)	19 (31.1)	34 (55.7)	8 (13.1)		
Idade da primeira relação					
≤ 16 anos (n=178)	82 (46.1)	82 (46.1)	14 (7.9)	0.9579	0.086
> 16 anos (n=138)	70 (50.7)	58 (42.0)	10 (7.2)		
Não lembra (n=10)	2 (20.0)	8 (80.0)	0 (0.0)		

[#] nem todos os estudantes que disseram ter ouvido falar de ACE responderam essa questão.

Tabela 4. Distribuição das estudantes universitárias segundo uso de anticoncepção de emergência - ACE (sim e não) e idade, nível socioeconômico, uso de métodos contraceptivos em todas as relações, número de parceiros e idade da primeira relação sexual. Tamanho da amostra (n e %), valor de significância (p) e Valor de Informação (IV)[#].

Características	Uso de ACE		p	IV
	Sim N (%)	Não N (%)		
Total (n=182) [#]	76 (41.8)	106 (58.2)		
Idade				
16 (n=1)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.0996	2.7115
17 (n=23)	5 (21.7)	18 (78.3)		
18 (n=77)	36 (46.8)	41 (53.2)		
19 (n=81)	34 (42.0)	47 (58.0)		
Nível socioeconômico				
A (n=59)	33 (55.9)	26 (44.1)	0.0497	6.0051
B (n=97)	34 (35.1)	63 (64.9)		
C ou D (n=20)	7 (35.0)	13 (65.0)		
Uso de métodos contraceptivos em todas as relações				
Sim (n=128)	37 (28.9)	91 (71.1)	<0.001	24.2221
Não (n=52)	39 (75.0)	13 (25.0)		
Número de Parceiros				
≤ 4 (n=170)	70 (41.2)	100 (58.8)	0.4816	1.4611
> 4 (n=6)	4 (66.7)	2 (33.3)		
Não lembra (n=5)	2 (40.0)	3 (60.0)		
Idade da primeira relação				
≤ 16 anos (n=82)	44 (53.7)	38 (46.3)	0.004	8.2619
> 16 anos (n=99)	32 (32.3)	67 (67.7)		
Não lembra (n=0)	0 (0.0)	0 (0.0)		

[#] nem todos os estudantes que disseram ter ouvido falar de ACE responderam essa questão.

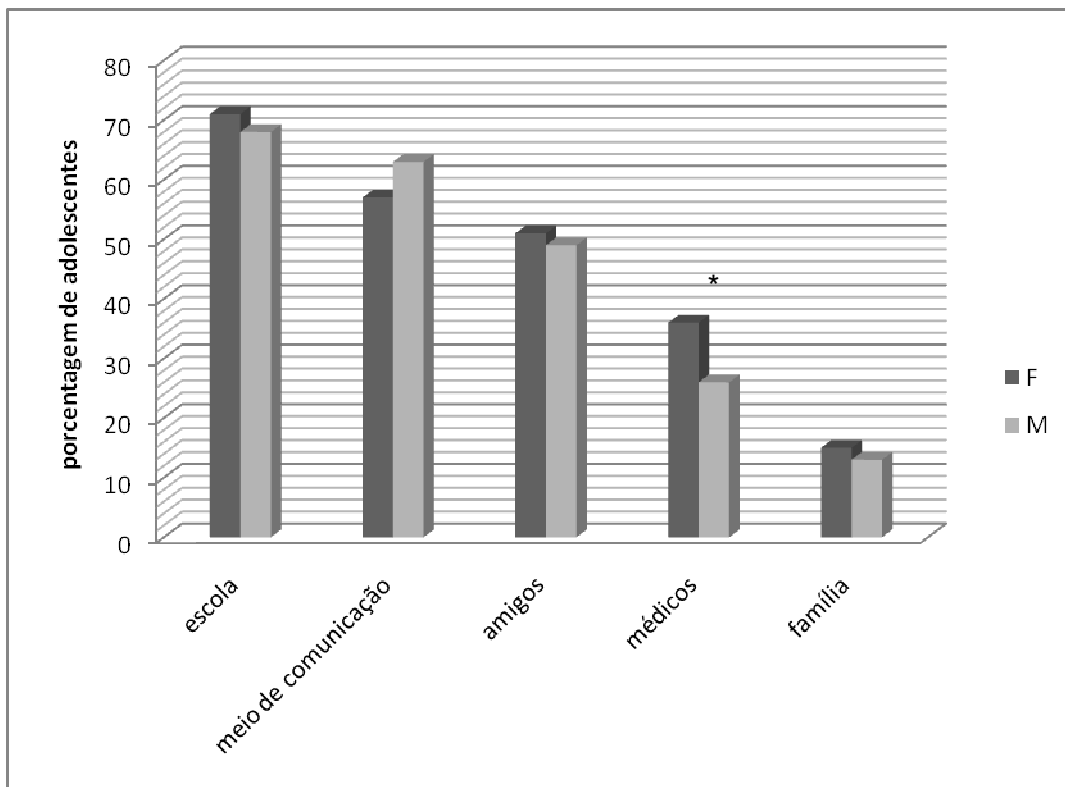


Figura 1 – Fonte de aquisição de conhecimento sobre contracepção de emergência no sexo masculino (M) e no sexo feminino (F).

* $p=0.0121$ (quando avaliada a fonte de aquisição de conhecimento através de “médicos” nos sexos masculino e feminino, encontrou-se diferença estatisticamente significante)

**DIFERENÇAS REGIONAIS DE CONHECIMENTO E USO DE CONTRACEPTIVO
DE EMERGÊNCIA ENTRE ESTUDANTES DE QUATRO UNIVERSIDADES FEDERAIS
DO BRASIL**

Título em inglês: Regional differences in awareness/knowledge and use of emergency contraception among students of four Federal Universities in Brazil

Conflito de interesse: nada a declarar

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

Artigo Científico a ser enviado para o periódico Revista Panamericana de Salud Pública

Qualis B2 Internacional

DIFERENÇAS REGIONAIS DE CONHECIMENTO E USO DE CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA ENTRE ESTUDANTES DE QUATRO UNIVERSIDADES FEDERAIS DO BRASIL

AUTORES:

Silva, F.C.; Vitalle, M. S. S.; Maranhão, H.S.; Canuto, M. H.; Pires, M. M. S.; Fisberg, M.

Silva, F.C. – Médica Pediatra. Pós-graduanda, nível mestrado, do programa Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Médica Assistente do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) – Disciplina de Especialidades Pediátricas – Departamento de Pediatria – Unifesp.

Vitalle, M. S. S. – Médica Pediatra. Doutora em Medicina pelo Departamento de Pediatria da Unifesp. Chefe do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - Disciplina de Especialidades Pediátricas – Departamento de Pediatria – Unifesp.

Maranhão, H.S. – Médico Pediatra. Doutor em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Unifesp. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Canuto, M. H.- Médica Pediatra. Professora auxiliar da Universidade Federal de Goiás.

Pires, M. M. S. – Médica Pediatra. Doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina.

Fisberg, M. – Médico Pediatra. Doutor em Medicina pelo Departamento de Pediatria da Unifesp. Professor Associado do Departamento de Pediatria da Unifesp.

Correspondência:

Mauro Fisberg

Rua: Borges Lagoa, 1080. Conj. 603 - Vila Clementino

04038-002 – São Paulo – S.P.

E-mail: nutrociencia@nutrociencia.com.br

Resumo

Objetivo: avaliar as diferenças inter-regionais de conhecimento, experiência e opinião de universitários brasileiros sobre anticoncepção de emergência (ACE).

Métodos: Aplicou-se questionário semi-estruturado a totalidade de adolescentes de primeiro ano de cursos da área de saúde de quatro universidades federais de diferentes regiões do Brasil. O questionário abordava conhecimento, opinião e experiência com ACE e comportamento sexual. Utilizou-se o teste exato de Fisher para variáveis categóricas e análise de variância (ANOVA), para as contínuas. Diferenças foram consideradas significantes quando $p < 0,05$.

Resultados: Nas questões relativas ao conhecimento do método obteve-se que 96,0% (n=588) dos estudantes já tinham ouvido falar sobre ACE e 19,0% (n=111) conheciam todas as situações nas quais está indicada, sendo que os estudantes de Goiás (GO) têm maior chance de ter ouvido falar sobre o método e os estudantes de Santa Catarina (SC), de saber todas as situações nas quais ACE pode ser usada. Cerca de 42,0% das meninas que tinham vida sexual ativa já tinham feito uso do método. Aproximadamente 35,0% (n=207) dos estudantes consideravam ACE abortiva e 81,0% (n=473) achavam que a ACE traz riscos a saúde. Não se observou diferença significativa entre as regiões nas questões relativas a uso, bem como nas questões relativas à opinião, apesar das diferenças econômicas.

Conclusões: As diferenças inter-regionais sobre conhecimento não impactaram na experiência e na opinião dos adolescentes sobre ACE. Programas nacionais, sem necessidade de regionalização, devem ser conduzidos para melhorar o conhecimento sobre o método e difundir o uso.

Palavras-chaves: Anticoncepção Pós-coito, Comportamento do Adolescente, Medicina do Adolescente, Adolescente e Sexualidade

Abstract

Objective: to evaluate inter-regional differences in awareness/knowledge, experience and attitudes of Brazilian college students regarding emergency contraception (EC).

Methods: A semi-structured questionnaire was completed by all teenage first-year students from health sciences courses in four federal universities in different regions in Brazil. The questionnaire covered awareness/knowledge, attitudes and experience with EC, and sexual behavior. Fisher's exact test was used for categorical variables, and analysis of variance (ANOVA) for continuous variables. Differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results: About 96,0% (n=588) of the students had heard about EC and 19,0% (n=111) knew all the situations in which EC is indicated; students from Goiás (GO) were more likely to have heard about EC, and students from Santa Catarina (SC) were more likely to know all the situations in which EC can be used. About 42,0% of the girls with an active sex life had already used EC. About 35,0% (n=207) of the students considered EC abortive, and about 81,0 (n=473) thought EC poses health risks. No significant difference was observed among regions regarding use and attitudes towards EC, in spite of economical differences.

Conclusions: Inter-regional differences on awareness/knowledge had no impact on the experience and attitudes teenagers have regarding EC. National awareness campaigns should be conducted to improve knowledge about EC and expand its use; campaigns would not require regional adaptation.

Key-word: Contraception, Postcoital; Adolescent Behavior; Adolescent Medicine; Adolescent; Sexuality.

Introdução

A gravidez na adolescência é tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual do adolescente (1). É considerada elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza, ao colocar impedimentos na melhoria da situação socioeconômica dos jovens, já que interrompe e/ou reduz as opções educacionais e profissionais (1,2).

Embora as taxas de gestação em mulheres menores de 20 anos de idade venham apresentando tendência a declínio em todo o mundo, elas ainda são muito elevadas (3). No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes aumentou expressivamente durante a década de 90, tendendo a pequeno declínio a partir desse período (4). Em 2005, 22,0% dos nascimentos ocorridos no Brasil foram provenientes de mães menores de 20 anos de idade, sendo que a distribuição geográfica evidencia maiores frequências nas Regiões Norte e Nordeste (28,7% e 25,2%, respectivamente) e menores no Sudeste e Sul, respectivamente, 18,0% e 19,5% (4).

Em relação à primeira gravidez, estudos indicam que entre 60,0% a 83,7% das adolescentes não pretendiam engravidar, mostrando que a maternidade precoce geralmente não é planejada e/ou desejada (5-8). Apesar dos riscos à saúde e da legalidade restrita do aborto no Brasil, muitas adolescentes pensam e efetivamente tentam interromper a gestação (5,7). Por ser o aborto crime pelo Código Penal Brasileiro, muitas mulheres omitem sua indução e a maioria dos trabalhos mostra apenas as taxas de aborto em mulheres que buscam o serviço público para hospitalização devido as suas complicações, não cobrindo, portanto, a realidade do aborto no país (7). No Brasil, apesar das dificuldades, estima-se incidência

aproximada de 30 abortos para cada 100 nascidos vivos, sendo que entre 7,0% e 9,0% do total desses abortos realizados ocorreram na adolescência (7,9).

Diante dessas colocações, pode-se concluir que programas objetivando prevenir a gravidez indesejada na adolescência são especialmente importantes. Acesso fácil e não burocrático a serviços de planejamento familiar e métodos contraceptivos são de extrema relevância.

Dentre as várias formas de contracepção existentes, a anticoncepção de emergência (ACE) é método que previne gravidez após relação sexual, podendo ser estratégia interessante para diminuir a incidência de gravidez indesejada e as taxas de abortos ilegais entre adolescentes.

Apesar de os contraceptivos de emergência estarem liberados 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, constituem-se método pouco utilizado (10-12). Estudos que avaliam o conhecimento de adolescentes e mulheres adultas sobre ACE mostram que apesar da população feminina conhecer esse tipo de método, informações mais específicas como, até quando pode ser utilizado, a eficácia, qual o mecanismo de ação e os efeitos colaterais, onde adquiri-lo, são escassas, contribuindo para uma visão negativa e conseqüente subutilização do método (11,13-17). Inexistem trabalhos brasileiros que mostrem como difere o conhecimento sobre ACE nas diferentes regiões do Brasil, dificultando a promoção de medidas de saúde dirigidas.

Diante do exposto, justifica-se a realização desse trabalho para avaliar as diferenças inter-regionais existentes em relação ao conhecimento, experiência e opinião de adolescentes universitários, sobre contracepção de emergência, bem como a relação entre essas variáveis.

Métodos

Estudantes de primeiro ano de cursos da área da saúde (medicina, enfermagem, nutrição e educação física) de quatro Universidades Federais do Brasil (Universidade Federal de São Paulo - SP, Universidade Federal de Santa Catarina - SC, Universidade Federal de Goiás - GO e Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN), representando quatro regiões geográficas do país, foram recrutados no início do ano letivo de 2006 e 2007 para responder a questionário semi-estruturado e auto-preenchível. O objetivo desse recrutamento foi evitar o acesso dos estudantes a conteúdo programático que pudesse interferir com as respostas das questões. Dificuldades operacionais impossibilitaram a coleta de dados na região Norte do país.

Cada questionário continha 10 questões objetivas e 31 de múltipla escolha para caracterizar o estudante segundo idade, sexo, curso e universidade freqüentada, nível socioeconômico, conhecimento, atitude e experiência com contracepção de emergência e comportamento sexual (uso de métodos contraceptivos, número de parceiros e idade do primeiro intercurso sexual). As questões formuladas para avaliar o conhecimento sobre ACE abordavam se o adolescente já “tinha ouvido falar” do método, o tempo máximo após o intercurso desprotegido a ACE poderia ser usada, as indicações, a efetividade e a fonte de aquisição de conhecimento. Quanto à opinião, os adolescentes foram questionados sobre ACE ser ou não abortiva, se a possibilidade de usá-la estimularia os adolescentes a terem relação sexual desprotegida e se é método que poderia trazer risco à saúde. Por fim, os adolescentes foram indagados se já usaram, usariam ou indicariam o uso da ACE para a parceira. Aos que usaram, questionou-se como o método foi adquirido, os motivos de uso e quantas vezes a ACE foi utilizada.

O questionário foi desenvolvido para este fim, a partir de estudos similares e foi pré-testado em estudantes de universidade particular da cidade de São Paulo para corrigir as imperfeições (18-21). Foi aplicado a todos os alunos presentes em sala de aula, pelos pesquisadores responsáveis, após explanação sobre o objetivo e a natureza da pesquisa, sendo mantido o anonimato e a confidencialidade. Um total de 611 alunos respondeu à pesquisa.

Para definição do nível socioeconômico, foi utilizado o modelo criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) em 2003 (22). Os entrevistados são incluídos nas classes A1, A2, B1, B2, C, D e E.

Para a análise estatística os estudantes foram classificados de acordo com a região da universidade freqüentada, em sexo masculino e feminino; e agrupados em classes A (A1+A2), B (B1+B2) e Outra (C+D+E).

Foram excluídos da análise os estudantes com 20 anos de idade ou mais, uma vez que o objetivo foi avaliar apenas adolescentes, tendo sido utilizada a classificação da Organização Mundial de Saúde - OMS (23). Para as variáveis categóricas usou-se o teste exato de Fisher e para as variáveis contínuas, modelo de Análise de Variância – ANOVA (24,25). A fim de complementar a análise das variáveis categóricas que apresentaram significância estatística foram calculadas as razões de chance. As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes quando o p-valor foi menor do que 0,05 (5%). Todos os resultados foram gerados utilizando-se o software SAS versão 8.2 (SAS Inst., Cary, Estados Unidos).

Este estudo está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo – Universidade Federal de São Paulo, nº 0727/06.

Resultados

Caracterização da Amostra

Dez por cento dos estudantes matriculados nos cursos não estavam presentes em sala de aula no momento da aplicação do questionário, sendo que 611 alunos responderam à pesquisa.

A caracterização da amostra encontra-se descrita na Tabela 1. No estudo prevaleceram estudantes do sexo feminino em todas as regiões. Observou-se diferença estatisticamente significativa do nível socioeconômico entre as regiões ($p=0,0002$). Exceto em SP, onde prevaleceu o nível socioeconômico A, nas demais regiões prevaleceram estudantes do nível social econômico B. Nível socioeconômico C/D foi mais prevalente no RN. Não havia na amostra estudante do nível socioeconômico E.

Cinquenta e seis por cento ($n=337$) dos estudantes que participaram do estudo já tinham tido relação sexual, sendo 47,1% ($n=187$) das meninas e 73,5% ($n=150$) dos meninos ($p<0,0001$). Observou-se diferença estatisticamente significativa em relação a ter tido ou não intercuro sexual entre as regiões ($p=0,0006$): a maior prevalência de atividade sexual foi encontrada em SC e a menor prevalência foi observada no RN. As médias de idade do primeiro intercuro sexual bem como do número de parceiros não mostraram diferença estatística entre as regiões, mas mostraram diferença entre os gêneros: a idade da primeira relação sexual dos estudantes do sexo masculino foi, em média, um ano abaixo da idade da primeira relação dos estudantes do sexo feminino (15,69 anos versus 16,65 anos, respectivamente); e os estudantes do sexo masculino tiveram, em média, 3,26 parceiros contra 1,65, do sexo feminino ($p<0,0001$).

Os métodos contraceptivos mais utilizados pelos adolescentes sexualmente ativos em todas as regiões foi preservativo masculino seguido pelos anticoncepcionais orais hormonais (ACOs). Cerca de 10,0% (n=34) dos estudantes referiram utilizar coito interrompido e 7,5% (n=25) relataram fazer tabelinha como formas de contracepção. Cerca de 30,0% (n=97) dos estudantes referiram não usar métodos contraceptivos em todas as relações sexuais. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os sexos e entre os adolescentes do sexo masculino por região quando se avaliou a frequência de uso de métodos contraceptivos, mas essa diferença estava presente entre as adolescentes do sexo feminino ($p=0,0444$): a chance de uma estudante de SP usar métodos contraceptivos em todas as relações é a mesma de uma estudante de SC e maior que das estudantes de GO e do RN. Menos de 1,0% (n=3) dos estudantes referiu nunca ter usado nenhum método contraceptivo em suas relações sexuais.

Conhecimento sobre anticoncepção de emergência

Cerca de 96,0% (n=588) dos estudantes referiram “já ter ouvido falar” sobre ACE, sendo 96,8% (n=390) das meninas e 95,7% (n=198) dos meninos. Observou-se diferença estatisticamente significativa em relação a essa informação entre as estudantes do sexo feminino nas diferentes regiões ($p = 0,0091$): a chance de uma estudante de GO “já ter ouvido falar” sobre ACE é maior que a chance das estudantes das outras regiões.

Menos da metade dos estudantes, 40,7% (n=238), sabiam que a ACE deveria ser usado até 72 horas do intercurso sexual desprotegido e cerca de 48,0% dos estudantes (n=280) achavam que a mulher tinha 24 a 48 horas para usá-la. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre as regiões para essa variável.

Aproximadamente 19,0% (n=111) dos estudantes conheciam precisamente todas as situações nas quais a ACE está indicada. Cerca de 6,0% (n=37) dos adolescentes, embora soubessem alguma indicação da ACE, responderam que poderia ser usada como método de rotina. Diferença estatística significativa para essa variável foi observada tanto entre estudantes do sexo masculino ($p < 0,0001$), como do sexo feminino ($p = 0,0021$), nas diferentes regiões. Obteve-se que a chance dos estudantes de SC, tanto do sexo masculino como do sexo feminino, conhecerem as situações de uso é maior que a chance dos estudantes das outras regiões.

Quarenta e oito por cento (n=283) dos estudantes sabiam informar quão efetiva é a ACE quando comparada aos ACOs se esses forem usados adequadamente. Encontrou-se diferença estatística significante em ambos os sexos, entre as diferentes regiões. A chance dos estudantes de SP, dos sexos feminino e masculino, saberem sobre a efetividade da ACE é maior que a chance dos estudantes das outras regiões.

Cerca de 33,0% dos estudantes relataram que tinham aprendido sobre ACE com médicos. Observou-se que em GO a chance de um estudante adquirir conhecimento sobre ACE através da escola é 6,2 vezes maior do que a chance de aquisição de conhecimento através de amigos; 33,1 vezes maior do que através da família; 10,9 vezes maior do que através dos meios de comunicação e 14,1 vezes maior do que através de médicos ($p < 0,0001$). Tem-se ainda que a chance de um estudante de Goiás adquirir conhecimento da ACE pela escola é aproximadamente duas vezes maior que a chance de estudantes das outras regiões adquirirem informações através dessa fonte ($p = 0,0005$) – não mostrado em tabela/figura.

Experiência com ACE

Das 182 meninas que disseram conhecer ACE, já tiveram relação sexual e responderam a questão sobre uso do método, 76 (41,8%) referiram já ter feito uso de ACE e dos 143 estudantes do sexo masculino, 32 (22,4%) relataram que a parceira tinha usado, sendo que não se observou diferença estatística significativa entre as regiões.

A média e o desvio padrão do número de vezes que as adolescentes do sexo feminino usaram ACE foi $1,83 \pm 1,29$, variando de uma a dez vezes, sem diferença estatística entre as regiões. A Figura 1 mostra os principais motivos que fizeram com que as adolescentes recorressem à ACE de acordo com a região.

Em todas as regiões, os amigos ou o farmacêutico/balconista da farmácia foram as principais fontes de indicação de ACE para a adolescente. Apenas 5,3% (n=4) das meninas adquiriram ACE através de prescrição médica.

Opinião em relação à ACE

Dos 581 estudantes que responderam a questão sobre ACE ser ou não abortiva, 207 (35,6%) a consideravam método que induz aborto. Não houve diferença estatisticamente significativa dessa variável quando feita a comparação entre as regiões ($p=0.0503$).

Grande parte dos estudantes, 68,9% (n=403), acreditava que havia risco importante dos adolescentes negligenciarem o uso de métodos contraceptivos de rotina caso soubessem da possibilidade de usar ACE, sendo que não se observou diferença significativa entre as regiões em relação a essa questão ($p=0,3355$).

Cerca de 81,0% (n=473) dos adolescentes achavam que uso de ACE podia trazer risco à saúde. Não se verificou diferença dessa opinião entre as regiões

($p=0,5151$). Em todas as regiões, os riscos mais citados pelos adolescentes foram má formação fetal em caso de uso de ACE na vigência de gravidez e sangramento genital em grande quantidade.

Quando os adolescentes que nunca utilizaram o método foram questionados se usariam ou aconselhariam suas parceiras a usarem, 47,1% ($n=144$) das meninas referiram que usariam, 17,0% ($n=52$) não usariam e 35,9% ($n=110$) não sabem se usariam. Não se observou diferença estatística em relação a essa informação entre as regiões ($p=0,0527$). Entre os estudantes do sexo masculino, 48,7% ($n=95$) aconselhariam sua parceira a usar ACE se fosse necessário, 34,4% ($n=67$) não aconselhariam o uso e 16,9% ($n=33$) não sabem se aconselhariam; neste caso também não foi observado diferença estatística entre as regiões ($p=0,9244$). Dentre os principais motivos do não uso, do não aconselhamento e de não saber se usariam ou aconselhariam tem-se a falta de informação suficiente sobre o método, como os possíveis efeitos colaterais, complicações para a mulher e para o feto no caso de gravidez e a percepção sobre o método ser abortivo.

Não se observou relação entre conhecimento e concordância em usar o método se fosse necessário. A maioria das que usariam ACE achava que o método traz riscos à saúde, que a possibilidade de uso pode estimular os adolescentes a terem relação sexual desprotegida; porém a maioria não o considerava abortivo.

Discussão

A população estudada não é representativa dos universitários do país. Provavelmente representam os universitários adolescentes que ingressam em cursos da área de saúde de Universidades Federais do Brasil, sendo que com essa informação algumas inferências podem ser feitas.

A escolha dessas universidades foi por conveniência. Como a instituição base do estudo foi a Unifesp, utilizaram-se universidades com cursos de saúde equivalentes em carga horária e número de alunos.

Foram escolhidos alunos de universidades federais por representarem de forma teórica a elite do conhecimento entre adolescentes ingressantes em curso superior, baseada na proporção número de candidatos-vagas.

No Brasil, cerca de 36,0% dos jovens brasileiros cursam o ensino superior e desses, apenas 24,7% freqüentam as universidades públicas, mostrando quão disputado e difícil é ingressar nesse tipo de instituição (26). Tem-se que, de modo geral, os jovens que ingressam em universidades públicas possuem melhor nível de conhecimento, são mais bem preparados e têm mais acesso a informação quando comparados aos jovens que freqüentam instituições privadas ou aos que não ingressaram no ensino superior. O fato de serem alunos da área de saúde pode implicar em maior curiosidade destes para assuntos referentes a temas biológicos.

A idade média de início da atividade sexual verificada neste trabalho difere do que é descrito na literatura nacional. A idade da primeira relação sexual das meninas varia de 15,0 a 16,0 anos dependendo da região do país; já para o sexo masculino varia de 13,9 a 14,5 anos (27). Contreras e Hakkert (2001) afirmam que o grau de escolaridade gera impacto diretamente proporcional à idade em que ocorre a iniciação sexual, portanto o fato dos jovens entrevistados estarem freqüentando o ensino superior poderia justificar o adiamento do início da vida sexual observado (28).

A literatura é unânime em citar que idade média da primeira relação sexual dos jovens é significativamente mais baixa entre o sexo masculino do que entre o sexo feminino, bem como o número de parceiros que é significativamente maior

entre os homens do que entre as mulheres, como foi também observado neste trabalho (27,29). Questões culturais podem explicar esse comportamento diferente entre os sexos. Observa-se forte pressão social para que a vida sexual dos rapazes aconteça o mais rápido possível. No imaginário da sociedade, quanto mais cedo se der à iniciação sexual no sexo masculino, mais experiência e eficiência os rapazes levarão para a vida adulta (27).

O método contraceptivo mais utilizado pelos estudantes entrevistados foi o preservativo masculino. Trata-se de forma de contracepção amplamente difundida, foco de inúmeras campanhas educacionais, pois é um dos poucos métodos que confere ao indivíduo dupla proteção (doenças sexualmente transmissíveis - DST e gravidez); além disso, é método de fácil aquisição, baixo custo, reversível e simples de ser usado. Chama a atenção que uma proporção significativa de adolescentes, ainda que baixa quando comparada aos estudantes que utilizam outras formas de contracepção, recorra à tabelinha e ao coito interrompido para evitar gravidez. É bem possível que os adolescentes desconheçam as altas taxas de falhas desses métodos (25,0% e 19,0%, respectivamente) e/ou se consideram tão onipotentes, a ponto de acharem que não estão vulneráveis a gravidez e/ou DSTs, quando optam por esses métodos comportamentais (30).

Foi elevada a porcentagem de estudantes que referiu não utilizar métodos contraceptivos em todas as relações sexuais; cerca de 30,0% dos jovens que participaram do estudo, em algum momento, estavam correndo risco de gravidez não planejada e/ou aquisição de DSTs nesses intercursos desprotegidos.

Observou-se nesse trabalho maior porcentagem de estudantes que “já ouviram falar” e apresentavam conhecimentos específicos sobre ACE, do que a encontrada na grande maioria dos estudos recentemente publicados (14,15,31). A

justificativa para essa mais alta prevalência de conhecimento deve-se, provavelmente, a característica da população estudada, composta apenas por universitários que freqüentavam instituições públicas federais do país, grupo diferenciado da população de adolescentes em geral.

Geralmente esses adolescentes são oriundos de escolas particulares, nas quais aulas de educação sexual fazem parte do currículo desde os anos 80 (27). Portanto, os adolescentes que participaram desse trabalho podem ter maior conhecimento sobre ACE do que o encontrado na literatura, pois já foram expostos a esse tema nas aulas de educação sexual nas escolas.

Interessante notar que “ter ouvido falar” sobre ACE não significa conhecer o método, como demonstra outros trabalhos (11,31,32). Nenhum estudante respondeu que 120 horas é o tempo máximo que a ACE pode ser utilizada após o intercurso sexual desprotegido, como se preconiza atualmente (33,34). Os primeiros estudos que demonstraram que existe algum benefício na utilização da ACE entre 72 e 120 horas após o coito desprotegido são do início dos anos 2000 (33,34). Provavelmente, por ser informação relativamente recente, os adolescentes ainda a desconheciam. Menos da metade dos estudantes respondeu que o tempo máximo para uso da ACE é 72 horas e quase metade respondeu que poderia ser usado de 24 a 48 horas após coito desprotegido, possivelmente pela designação popular que chama a contracepção de emergência de “pílula do dia seguinte”, nome infeliz, que pode persuadir a adolescente a achar que só até o dia seguinte ao ato sexual desprotegido ou indesejado a medicação fará algum efeito.

Embora a grande maioria dos estudantes soubesse, pelo menos, uma situação na qual o método pode ser usado, apenas um quinto dos estudantes sabia precisamente todas as situações nas quais a ACE estava indicada. Da mesma

forma, menos da metade dos estudantes conheciam a real efetividade da ACE quando comparada aos ACOs. Na verdade, os estudantes sabem da existência da ACE, mas não estão familiarizados com o método, como é observado em inúmeras publicações (11,15,31,32). Essa falta de informação tem sido associada com as percepções negativas que os adolescentes têm do método e com o pouco uso (13).

É preocupante constatar que a principal fonte de aquisição de conhecimento sobre ACE, na maioria das regiões, seja a escola, pois questões relevantes sobre o método são desconhecidas, remetendo a idéia de que o tipo de informação que as escolas estejam oferecendo possa ser insuficiente. Observou-se que mesmo em Goiás, onde há diferença significativa entre a aquisição da informação obtida na escola quando comparada a outros métodos e onde quase 80,0% dos adolescentes obtêm informação de ACE através da escola contra 60,0 a 70,0% nas outras regiões (diferença essa também com significância estatística), esses adolescentes não possuem mais conhecimento sobre ACE do que os das outras regiões do país aqui analisadas. Uma vez que a maioria dos estudantes toma conhecimento de assuntos referentes à saúde sexual nas escolas, os currículos deveriam ser reorganizados para que informação de qualidade fosse fornecida para esses alunos.

Idealmente seria, também, que a aquisição de conhecimentos sobre saúde sexual ocorresse de forma mais expressiva através de médicos ou outros profissionais de saúde, pois o conteúdo da informação fornecida pela mídia ou por amigos pode ser duvidoso e incompleto. Ou esses adolescentes não estão tendo acesso a médicos ou os médicos não estão aconselhando seus pacientes sobre ACE. Em trabalho realizado com residentes de pediatria e pediatras da prefeitura do município de São Paulo obteve-se que cerca de 70,0% dos médicos não aconselhavam seus pacientes adolescentes sobre ACE (35).

Encontrou-se nesse trabalho maior porcentagem de meninas que fizeram uso de ACE do que o encontrado na literatura (16,31,36). É esperado que quando comparado à população com menor nível educacional, os universitários tenham diferentes pontos de vista em relação à saúde reprodutiva e planejamento familiar, bem como projeto de vida diferente dos jovens que ingressam no mercado de trabalho logo ao terminar o ensino médio. Por deterem maior conhecimento sobre ACE do que os adolescentes em geral e por priorizarem, talvez, o futuro profissional nesse momento da vida, esses adolescentes tentem de maneira mais efetiva prevenir a gravidez em caso de acidente contraceptivo.

Quando os meninos foram questionados sobre uso de ACE pela parceira, observou-se discrepância entre as porcentagens relatadas por eles e pelas meninas, mostrando que o parceiro desconhece os métodos contraceptivos utilizados pela parceira ou a atitude tomada em caso de falha no método contraceptivo utilizado. Como a maioria dos métodos contraceptivos é para ser utilizado pela mulher, prescindindo a escolha da participação masculina, se vincula a idéia de que a reprodução biológica e seu controle sejam de responsabilidade apenas das mulheres.

Observou-se que apesar de lacunas importantes no conhecimento, as jovens utilizam ACE. Embora a prevalência de uso tenha sido superior do que a encontrada na literatura, esse trabalho não contemplou situações nas quais as adolescentes poderiam ter utilizado ACE e não o fizeram, ou seja, não se sabe se o método foi subutilizado por essa população. Estudos futuros, com essa mesma população, talvez sejam necessários para solucionar essa questão.

Em todas as regiões, porcentagem pequena de meninas adquiriu ACE através de prescrição médica. Inúmeros trabalhos mostram que os médicos temem

prescrever ACE para adolescentes receando que esta atitude possa promover comportamento sexual irresponsável ou uso inadequado, além de estarem pouco familiarizados com o método (35,37).

Adolescentes das quatro regiões acreditavam que a possibilidade de utilizar ACE pode fazer com que a jovem adquira comportamento sexual de risco, aumentando a promiscuidade e diminuindo o uso de métodos contraceptivos de rotina. Embora essa seja uma preocupação constante descrita na literatura, tanto entre usuários, como entre profissionais de saúde, há inúmeros trabalhos, muitos bem conduzidos, que não confirmam essa evidência: conhecer, ser orientada e mesmo possuir prescrição de ACE não modifica o comportamento sexual de adolescentes e mulheres adultas (38-40). Observou-se neste trabalho que a média de vezes que as meninas utilizaram ACE ficou próxima de duas (78,0% usaram até duas vezes e 22,0% usaram mais do que duas vezes), não parecendo, portanto, que as adolescentes utilizam ACE como substituto de outros métodos.

Nas regiões onde se observou menor porcentagem de adolescentes que utilizavam métodos contraceptivos em todas as relações sexuais (GO e RN), obteve-se, como era de se esperar, que o principal motivo pelo qual os adolescentes utilizaram ACE foi ausência de uso de métodos contraceptivos durante a relação sexual.

Percentual elevado de adolescentes achava que o uso de ACE pode trazer riscos à saúde e embora pouco mais da metade dos estudantes não considerassem ACE abortiva, uma grande parcela acreditava que se trata de método que induz aborto. A literatura é categórica em afirmar que a ACE não traz riscos à saúde: não causa infertilidade e não provoca sangramento ou alterações significativas no

padrão menstrual após o uso (30). É bem definido que não interrompem gravidez estabelecida e, se usada na vigência de gestação, não é teratogênica (41).

Considerar ACE abortiva e desconhecer as especificidades do método foram os principais motivos encontrados nesse trabalho para o não uso de ACE pelos estudantes entrevistados, como também é relatado na literatura (11,13,42).

É bem provável que melhorar o conhecimento dos jovens sobre ACE, fornecendo a eles informações sobre os mecanismos de ação, para desmistificar o conceito de ACE ser abortiva, indicações e forma de uso, mostrando aos potenciais usuários que o método é seguro e efetivo, bem como orientar os adolescentes para que eles possam identificar situações de risco de gravidez, incluindo, sempre, os adolescentes do sexo masculino nestas discussões, poderia otimizar a utilização do método e prevenir inúmeras gestações indesejadas e abortos ilegais no Brasil.

Como limitação desse estudo pode-se considerar que a população estudada apresenta características peculiares impedindo que os resultados sejam extrapolados para a população de adolescentes no geral, mas se pode inferir que se o conhecimento desses estudantes tão diferenciados não é satisfatório, o dos adolescentes da população como um todo deve ser ainda mais deficiente.

Embora se tenha observado diferença estatisticamente significativa em muitos aspectos do conhecimento entre as regiões, não se observou nenhuma variável que pudesse explicar de maneira lógica essas diferenças. É provável que as variáveis estudadas não foram suficientes para explicar as diferenças obtidas e apesar de existirem, elas não impactaram na experiência e na opinião dos adolescentes sobre o método nas diferentes regiões, podendo levar a crer que programas nacionais, sem necessidade de regionalização, podem ser conduzidos para melhorar o conhecimento sobre ACE desses jovens.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde (MS). Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília – DF: MS; 2007.
2. Friedman SB & Phillips S. Psychosocial risk to mothers and child as a consequence of adolescent pregnancy. *Semin perinatal* 1981;5(1):33-37.
3. World Health Organization (WHO). Adolescent Pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004.
4. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – 2007 (IDB – 2007). Nascimentos no Brasil. Brasília, OPAS: RIPSA; 2007.
5. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(1):177-186.
6. Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(5):1201-1208.
7. Ministério da Saúde (MS). Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Brasília – DF: MS; 2008. Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf (acessado em 10 de março de 2009).
8. World Health Organization (WHO). Adolescent Pregnancy. MPS Notes. Geneva: WHO; 2008.
9. Ipas Brasil. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*; 2007. Disponível em: http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf. (acessado em 10 de março de 2009).

10. Ministério da Saúde (MS). Assistência ao Planejamento Familiar. Brasília – DF: MS: 1996.
11. Sorhaindo A, Becker D, Fletcher H, Garcia SG. Emergency contraception among university students in Kingston, Jamaica: a survey of knowledge, attitudes, and practices. *Contraception* 2002;66(4):261-268.
12. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception* 2005;71(3):202-207.
13. Díaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles. *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1729-1737.
14. Foster DG, Harper CC, Bley JJ, Mikanda J, Induni M, Saviano EC, Stewart FH. Knowledge of emergency contraception among womwn aged 18 to 44 in California. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(1):150-156.
15. Bozkurt N, Korucuoglu U, Aksakal FN, Biri A, Ciftçi B, Maral I, et al. Turkish adolescent's knowledge on and attitude toward emergency contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(6):391-395.
16. Corbett PO, Mitchell CP, Taylor JS, Kemppainen J. Emergency contraception: knowledge and perceptions in a university population. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18(4):161-168.
17. Puri S, Bhatia V, Swami HM, Singh A, Sehgal A, Kaur AP. Awareness of emergency contraception among female college students in Chandigarh, India. *Indian J Med Sci* 2007;61(6):338-346.
18. Kosunen E, Vikat A, Rimpelä M, Rimpelä A, Huhtala H. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *BMJ* 1999;319(7202):91.

19. McDonald G, Amir L. Women's knowledge and attitudes about emergency contraception: a survey in a Melbourne women's health clinic. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1999;39(4):460-464.
20. Virjo I, Kirkkola AL, Isokoski M, Mattila K. Use and knowledge of hormonal emergency contraception. *Adv Contracept* 1999;15(2):85-94.
21. Abbott J, Feldhaus KM, Houry D, Lowenstein SR. Emergency contraception: what do our patients know? *Ann Emerg Med* 2004;43(3):376-381.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); 2003. Disponível no site: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (acessado em 20 de novembro de 2005).
23. World Health Organization (WHO). The adolescent health and development (AHD) unit – investing in a health sector response to adolescents and young people. Disponível no site: <http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245.htm> (acessado em 20 de janeiro de 2009).
24. Agresti A. *Categorical data analysis*. New York: John Wiley and Sons; 1990.
25. Neter J, Kutner M, Wasserman W, Nachtsheim C. *Applied Linear Statistical Models*. 4ªed. New York: Mc Graw Hill; 1996.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais 2006*. Brasília – DF: IBGE; 2006. Disponível no site: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=774 (acessado em 30 de setembro de 2008).
27. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. *Juventudes e sexualidade*. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Brasília – DF: UNESCO; 2004. Disponível no site:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf> (acessado em 23 de março de 2009).

28. Contreras JM, Hakkert R. La sexualidad y la formación de uniones. In: Guzmán JM, et al. (Orgs.). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y Caribe. México, D.F.: UNFPA; 2001.
29. Figueiredo R, Pupo LR, Alves MCGP, Escuder MML. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
30. American Academy of Pediatrics (AAP). Committee on adolescence. Contraception and Adolescents. *Pediatrics* 2007;120(5):1135-1148.
31. Addo VN, Tagoe-Darko ED. Knowledge, practices, and attitudes regarding emergency contraception among students at a university in Ghana. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105(3):206-209.
32. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25(3):551-562.
33. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet* 2001;184(4):531-537.
34. Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003;101(6):1168-1171.
35. Barry RF, Vitalle MSS, Silva FC. Emergency contraception: what do pediatrics know about this subject? *Minerva Pediatr*. No prelo 2009.

36. Merchant RC, Damergis JA, Gee EM, Bock BC, Becker BM, Clark MA. Contraceptive usage, Knowledge and correlates of usage among female emergency department patients. *Contraception* 2006;74(3):201-207.
37. Goyal M, Zhao H, Mollen C. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. *Pediatrics* 2009;123(3):765-770.
38. Glasier A, Baird D. The effects of self- administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;399(1):1-4.
39. Lo SS, Fan SY, Ho PC, Glasier AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19(10):2404-2410.
40. Walker DM, Torres P, Gutierrez JP, Flemming K, Bertozzi SM. Emergency contraception use is correlated with increased condom use among adolescents: results from Mexico. *J Adolesc Health* 2004;35(4):329-334.
41. Sanfilippo J, Downing D. Emergency contraception: when and how to use it. *J Fam Pract* 2008;57(2 Suppl):S25-36.
42. Díaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptive. *Cad Saúde Pública* 2003;19(5):1507-1517.

Tabela 1. Caracterização da amostra de acordo com a Universidade Federal de origem (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande de Norte – RN). Tamanho da amostra (n e %) e valor de significância (p).

Características	SC (n=138) N (%)	SP (n=161) N (%)	GO (n=170) N (%)	RN (n=142) N (%)	Total (n=611) N (%)
Sexo	n=138	n=161	n=170	n=142	n=611
F	93 (67,4)	106 (65,8)	117 (68,8)	88 (62,0)	404 (66,1)
M	45 (32,6)	55 (34,2)	53 (31,2)	54 (38,0)	207 (33,9)
Média da idade (anos)	18,20±0,71 (17-19)	18,29±0,75 (17-19)	18,03±0,83 (16-19)	18,35±0,67 (17-19)	18,25±0,75 (16-19)
Nível sócio-econômico [#]	n=138	n=160	n=163	n=126	n=587
A	47 (34,1)	77 (48,1)	52 (31,9)	40 (31,8)	216 (36,8)
B	73 (52,9)	75 (46,9)	81 (49,7)	58 (46,0)	287 (48,9)
C/D/E	18 (13,0)	8 (5,0)	30 (18,4)	28 (22,2)	84 (14,3)
Relação Sexual [#]	n=135	n=159	n=167	n=140	n=601
Sim	93 (68,9)	95 (59,7)	84(50,3)	65 (46,4)	337 (56,1)
Não	42 (31,1)	64 (40,3)	83 (49,7)	75 (53,6)	264 (43,9)
Média da idade da primeira relação sexual (anos) [#]	16,09±1,66 (9-19)	16,56±1,10 (13-19)	16,17±1,57 (13-19)	16,02±1,62 (13-19)	16,23±1,50 (9-19)
Média do número de parceiros sexuais [#]	2,12±1,80 (1-12)	1,87±1,64 (1-11)	2,55±3,27 (1-17)	2,33±2,11 (1-9)	2,18±2,26 (1-17)
Métodos contraceptivos utilizados [#] &	n=93	n=95	n=83	n=63	n=334
Preservativo masculino	85 (91,4)	90 (94,7)	78 (94,0)	57 (90,5)	310 (92,8)
Contraceptivos orais	57 (61,3)	56 (58,9)	44 (53,0)	19 (30,2)	176 (52,7)
Coito interrompido	7 (7,5)	9 (9,5)	8 (9,6)	10 (15,9)	34 (10,2)
Camisinha feminina	3 (3,2)	2 (2,1)	2 (2,4)	0 (0)	7 (2,1)
Tabelinha	2 (2,2)	12 (12,6)	5 (6,0)	6 (9,5)	25 (7,5)
Adesivo	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)
Contraceptivo Injetável	0 (0)	2 (2,1)	2 (2,4)	5 (7,9)	9 (2,7)
DIU	0 (0)	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)	1 (0,3)
Diafragma	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)
Implante	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Anel Vaginal	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	1 (0,3)

* estatisticamente significativa (p <0.05)

nem todos os estudantes responderam essa questão

& mais de uma alternativa possível

Tabela 2. Distribuição dos estudantes universitários do sexo feminino, de acordo com conhecimento de anticoncepção de emergência - ACE (sim, não e não sei) e Universidade Federal de origem - Região (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande de Norte – RN). Tamanho da amostra (n e %) e valor de significância (p)[#].

Região				p
	Já ouviu falar de ACE?			
	Sim (n=390)	Não (n=13)		
SC	92 (23,6)	1 (7,7)		0,0091
SP	105 (26,9)	1 (7,7)		
GO	114 (29,2)	3 (23,1)		
RN	79 (20,3)	8 (61,5)		
	Conhece até quanto tempo após intercurso desprotegido ACE pode ser usada?			
	Sim (n=171)	Não (n=175)	Não sei (n=41)	
SC	33 (19,3)	47 (26,9)	10 (24,4)	0,0519
SP	54 (31,6)	43 (24,6)	8 (19,5)	
GO	57 (33,3)	47 (26,9)	9 (21,9)	
RN	27 (15,8)	38 (27,7)	14 (24,2)	
	Sabe situações nas quais a ACE está indicada?			
	Sim (n=317)	Não (n=73)		
SC	85 (26,8)	7 (9,6)		0,0021
SP	77 (24,3)	28 (38,4)		
GO	88 (27,8)	26 (35,6)		
RN	67 (21,1)	12 (16,4)		
	Conhece quão efetiva é a ACE quando comparada com a pílulas comuns?			
	Sim (n=192)	Não (n=117)	Não sei (n=80)	
SC	50 (26,0)	25 (21,4)	16 (20,0)	0,0383
SP	59 (30,7)	28 (23,9)	18 (22,6)	
GO	58 (30,2)	33 (28,2)	23 (28,7)	
RN	25 (13,0)	31 (26,5)	23 (28,7)	

[#] nem todos os estudantes responderam todas as questões.
 Teste exato de Fisher

Tabela 3. Distribuição dos estudantes universitários do sexo masculino, de acordo com conhecimento de anticoncepção de emergência - ACE (sim, não e não sei) e Universidade Federal de origem - Região (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande de Norte – RN). Tamanho da amostra (n e %) e valor de significância (p)[#].

<i>Região</i>				<i>p</i>
	Já ouviu falar de ACE?			
	Sim (n=198)	Não (n=9)		
SC	43 (21,7)	2 (22,2)		
SP	53 (26,8)	2 (22,2)	0,9371	
GO	50 (25,2)	3 (33,4)		
RN	52 (26,3)	2 (22,2)		
	Conhece até quanto tempo após intercurso desprotegido ACE pode ser usada?			
	Sim (n=67)	Não (n=105)	Não sei (n=26)	
SC	10 (14,9)	27 (25,7)	6 (23,1)	
SP	24 (35,8)	19 (18,1)	10 (38,4)	0,0910
GO	14 (20,9)	30 (28,6)	6 (23,1)	
RN	19 (28,4)	29 (27,6)	4 (15,4)	
	Sabe situações nas quais a ACE está indicada?			
	Sim (n=160)	Não (n=38)		
SC	41 (25,6)	2 (5,3)		
SP	38 (23,8)	15 (39,5)	<0,0001	
GO	33 (20,6)	17 (44,7)		
RN	48 (30,0)	4 (10,5)		
	Conhece quão efetiva é a ACE quando comparada com a pílulas comuns?			
	Sim (n=91)	Não (n=53)	Não sei (n=53)	
SC	22 (24,2)	7 (13,2)	14 (26,4)	
SP	29 (31,8)	13 (24,5)	11 (20,7)	0,0408
GO	20 (22,0)	21 (39,6)	9 (17,0)	
RN	20 (22,0)	12 (22,7)	19 (35,9)	

[#] nem todos os estudantes responderam todas as questões.
 Teste exato de Fisher

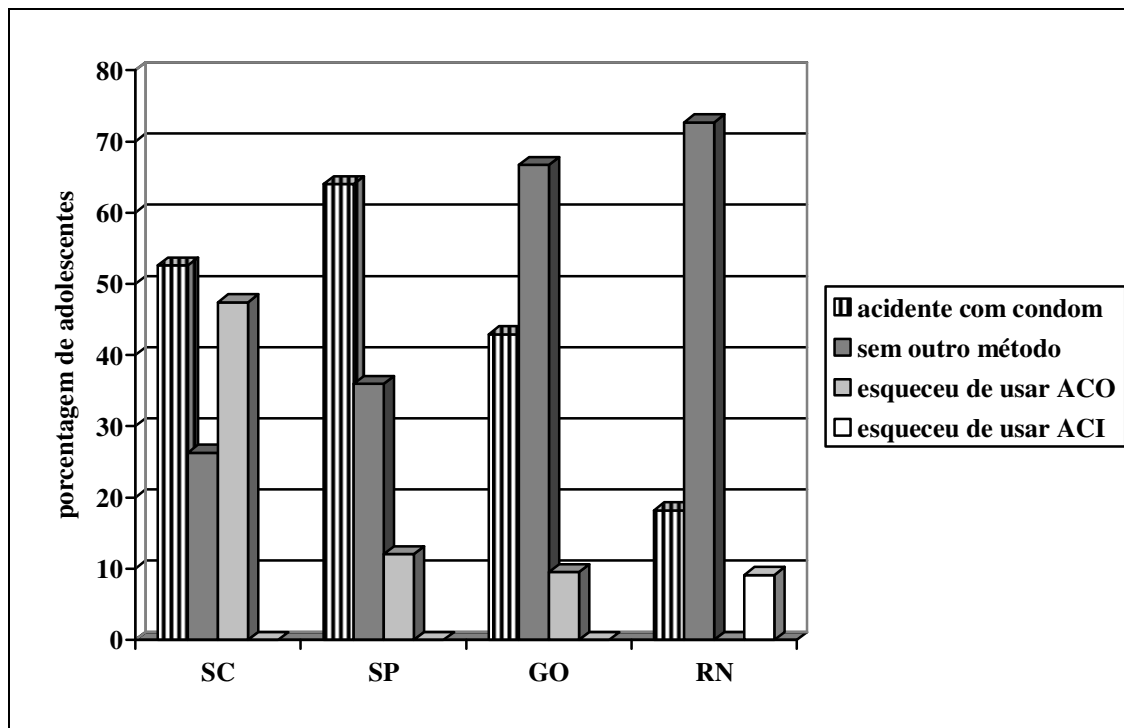


Figura 1. Motivo de uso de anticoncepção de emergência (ACE) de acordo com a Universidade Federal de origem (Santa Catarina – SC, São Paulo – SP, Goiás – GO e Rio Grande de Norte – RN).

ACO – anticoncepcional oral

ACI – anticoncepcional injetável

Considerações Finais

- Observou-se diferença significativa do nível socioeconômico entre as regiões. Em São Paulo prevaleceram estudantes da classe econômica A e nas demais regiões prevaleceu o nível sócio econômico B;
- Mais da metade dos estudantes avaliados já tinham tido relação sexual, sendo que a porcentagem de meninos foi bem maior que a de meninas de maneira estatisticamente significativa;
- Observou-se que a média de idade da primeira relação sexual foi maior do que a encontrada na literatura nacional, provavelmente pela característica da população estudada. É provável que o grau de escolaridade gere impacto diretamente proporcional na idade em que ocorre a iniciação sexual;
- Provavelmente, por questões culturais, a média de idade observada do primeiro intercuro sexual foi maior para as meninas do que para os meninos; e o número de parceiros sexuais também foi maior para os meninos, ambas de maneira estatisticamente significativa;
- O método contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes sexualmente ativos foi o preservativo masculino, provavelmente pela popularidade desse método e pela dupla proteção por ele conferida;
- A maior porcentagem de estudantes que “já ouviram falar” e apresentavam conhecimentos específicos sobre ACE do que a encontrada na literatura deve-se, provavelmente, a peculiaridade da população estudada;
- O nível sócio-econômico pareceu ser fator impactante quando se fala em conhecer ACE: os estudantes mais favorecidos ouviram falar mais sobre ACE e possuíam maior conhecimento em relação ao tempo máximo de uso após intercuro sexual desprotegido do que os estudantes menos favorecidos.

- “ter ouvido falar” sobre ACE não significa conhecer o método. Conhecimentos mais específicos como tempo máximo de uso após intercuro desprotegido, indicações, efetividade são pouco conhecidos, o que pode implicar no pouco uso.
- As mulheres detêm mais conhecimento sobre especificidades da anticoncepção de emergência quando comparada aos homens, provavelmente, pela idéia vinculada de que a reprodução biológica e seu controle sejam apenas de responsabilidade da mulher;
- A principal fonte de aquisição de conhecimento sobre ACE foi a escola. Apesar de se poder inferir que o assunto educação sexual esteja sendo abordado nestas instituições, principalmente no estado de Goiás, a falta de conhecimento desses adolescentes sobre ACE evidenciam falha no conteúdo ou na forma como esse tema esteja sendo tratado;
- Apesar de lacunas no conhecimento, maior porcentagem de meninas, do que a encontrada nos trabalhos publicados, fizeram uso de ACE. É provável que a população estudada por deter maior conhecimento sobre contracepção de emergência do que os adolescentes em geral e por priorizarem, talvez, o futuro profissional nesse momento da vida, tendam a prevenir gravidez de maneira mais efetiva em caso de acidente contraceptivo. Limitação do trabalho foi não verificar se ACE foi subutilizado por essa população;
- Pequena porcentagem de adolescentes adquiriu ACE através de prescrição médica, a maioria foi por indicação de amigos e farmacêutico ou balconista da farmácia. Embora não tenha sido possível averiguar neste estudo, é pouco provável que a falta de necessidade prática de prescrição médica para aquisição de ACE tenha sido o motivo pelo qual as adolescentes que participaram dessa pesquisa utilizaram mais ACE do que o referido na literatura, pois há outros trabalhos

nacionais que mostram que a CE é pouco utilizada pelas adolescentes do país, evidenciado que o fácil acesso ao método não melhora as taxas de uso e não promove o abuso;

- Os adolescentes que participaram do estudo acreditavam que a possibilidade de utilizar ACE pode fazer com que a jovem adquira comportamento sexual de risco, que o uso de contracepção de emergência pode trazer riscos à saúde da mulher ou do feto caso ela já esteja grávida e que se trata de método que induz aborto. Desmistificar essas questões pode favorecer o uso do método pelas adolescentes;
- Embora se tenha observado diferença estatisticamente significativa em muitos aspectos do conhecimento entre as regiões, não se observou nenhuma variável que pudesse explicar de maneira lógica essas diferenças. Apesar de existirem, essas diferenças de conhecimento não impactaram na experiência e na opinião dos adolescentes sobre o método nas diferentes regiões;
- Melhorar o conhecimento dos jovens sobre contracepção de emergência, fornecendo a eles informações sobre os mecanismos de ação, para desmistificar o conceito de ACE ser abortiva, indicações e forma de uso, mostrando aos potenciais usuários que o método é seguro e efetivo, bem como orientar os adolescentes para que eles possam identificar situações de risco de gravidez, incluindo, sempre, os adolescentes do sexo masculino nestas discussões, poderia otimizar a utilização do método e prevenir inúmeras gestações indesejadas e abortos ilegais no Brasil.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

UNIFESP



Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente
Disciplina de Especialidades Pediátricas
Departamento de Pediatria



Ficariamos extremamente agradecidos se você pudesse responder esse questionário da maneira mais sincera possível. Reforçamos que você não precisa se identificar e suas respostas são completamente confidenciais. **ATENÇÃO:** Algumas perguntas são apenas para as mulheres responderem, algumas somente para os homens e a maioria para ambos, tudo está explicado no próprio questionário. Agradecemos muito a sua colaboração!

1) Idade ____ anos Data de nascimento ____/____/____ 2) Sexo: () feminino
 () masculino

3) Universidade Federal de(o) _____ 4) Curso: _____

5) Até que grau seu pai (ou responsável) estudou?

- () nunca estudou
- () fez até 1º, ou 2º, ou 3º série
- () fez até 4º, ou 5º, ou 6º, ou 7º série
- () fez até 8º, ou 1º colegial, ou 2º colegial.
- () terminou o 3º colegial
- () fez faculdade, mas não terminou o curso
- () fez faculdade completa
- () não sei.

6) Na sua casa tem:

a) Televisão em cores? () Não
 () Sim. **Se você respondeu sim,**
quantas?____

b) Rádio? () Não
 () Sim. Quantos?____

c) Videocassete e/ou DVD () Não
 () Sim. Quantos?____

d) Aspirador de pó? () Não
 () Sim. Quantos?____

e) Máquina de lavar roupa? () Não
 () Sim. Quantas?____

f) Automóvel? () Não
 () Sim. Quantos?____

g) Empregado (a) que recebe salário e trabalha todo dia? () Não
 () Sim. Quantos?____

- h) Banheiro com água encanada? Não
 Sim. Quantos?___
- i) Geladeira Não
 (Não vale quebrada) Sim. Quantas?___
- j) Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) Não
 Sim. Quantos?___

**ATENÇÃO: As mulheres devem responder a partir da questão n°7
 Os homens devem responder a partir da questão n° 9, PULE A N° 7 E 8.**

7) Com quantos anos você ficou menstruada pela primeira vez? ____ anos não lembro

8) Qual a data da sua última menstruação?_____ não lembro

9) Você sabe qual o primeiro dia do ciclo menstrual?

- o último dia da menstruação
 o primeiro dia da menstruação
 um dia após término da menstruação
 não sei

10) É possível engravidar durante a menstruação?

- sim não não sei

11) A ovulação, geralmente, ocorre em que período do ciclo menstrual?

- no início do ciclo menstrual
 no final do ciclo menstrual
 no meio do ciclo menstrual
 não sei

12) Dos métodos contraceptivos abaixo, qual (is) você conhece ou já ouviu falar? (assinale mais de uma alternativa se necessário).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> camisinha masculina (codom) | <input type="checkbox"/> diafragama |
| <input type="checkbox"/> pílula (anticoncepcional oral) | <input type="checkbox"/> tabelinha |
| <input type="checkbox"/> anticoncepcional injetável | <input type="checkbox"/> coito interrompido |
| <input type="checkbox"/> camisinha feminina | <input type="checkbox"/> adesivo |
| <input type="checkbox"/> DIU (dispositivo intra-uterino) | <input type="checkbox"/> implante subdérmico |
| <input type="checkbox"/> anel vaginal | <input type="checkbox"/> outros. Qual |

(is)?_____

13) Como você ficou conhecendo o(s) método(s) contraceptivo(s) assinalado(s) acima? (assinale mais de uma alternativa se for necessário).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> médicos ou outros profissionais de saúde | <input type="checkbox"/> amigos |
| <input type="checkbox"/> escola | <input type="checkbox"/> TV e/ou rádio |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> jornal/ revistas |
| <input type="checkbox"/> membro da família. Quem?_____ | |
| <input type="checkbox"/> outros. Qual (is)?_____ | |

14) Você já ouviu falar sobre a “pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência?

- () não. **Se você respondeu NÃO passe para a questão 25.**
 () sim. **Se você respondeu SIM continue na próxima questão.**

15) Como você ficou conhecendo a “pílula do dia seguinte”? (assinale mais de uma alternativa se for necessário).

- () médicos ou outros profissionais de saúde
 () membro da família. Quem? _____
 () amigos
 () escola
 () TV e/ou rádio
 () Internet
 () jornal/ revistas
 () outros. Qual (is)? _____

16) Você sabe até quanto tempo no máximo, depois de uma relação sexual desprotegida, é aconselhável utilizar a “pílula do dia seguinte”?

- () até 24 horas ou 01 dia
 () até 48 horas ou 02 dias
 () até 72 horas ou 03 dias
 () até 120 horas ou 05 dias
 () não sei

17) Em qual (is) situação (ões) abaixo, você acha que a “pílula do dia seguinte” está indicada? (assinale mais de uma alternativa se achar necessário)

- () após relação sexual, se nenhum outro método estava sendo usado
 () após relação sexual, caso a camisinha rasgue, fure ou escorregue
 () após estupro
 () após relação sexual, caso a mulher esteja tomando irregularmente sua pílula, ou esqueceu de tomar algum dos comprimidos da cartela
 () após relação sexual, caso tenha esquecido ou atrasado o uso do anticoncepcional injetável
 () após relação sexual, como método contraceptivo de rotina, substituindo outros métodos anticoncepcionais

18) A “pílula do dia seguinte” possui a mesma composição das pílulas comuns (estrógeno e progesterona ou somente progesterona), porém em quantidades bem maiores?

- () verdadeiro. **Se você respondeu VERDADEIRO continue na próxima questão.**
 () falso. **Se você respondeu FALSO pule para a questão de número 20.**
 () não sei. **Se você respondeu NÃO SEI pule para a questão de número 20.**

19) Então, você acha que as pílulas comuns podem ser usadas como “pílula do dia seguinte”?

- () sim () não () não sei

20) A efetividade em prevenir gravidez quando se usa “a pílula do dia seguinte” após relação sexual desprotegida é:

- () maior do que se estivesse usando uma pílula anticoncepcional normal regularmente e adequadamente

- () igual a que se estivesse usando uma pílula anticoncepcional normal regularmente e adequadamente
- () menor do que se estivesse usando uma pílula anticoncepcional normal regularmente e adequadamente
- () não sei

21) Você acha que a possibilidade de utilização da pílula do dia seguinte pode estimular as mulheres a terem relação sexual desprotegida?

- () sim () não () não sei

22) Você acha que para a mulher há algum risco em se utilizar a “pílula do dia seguinte”?

- () não. **Se você respondeu NÃO vá para a questão de número 24.**
- () sim. **Se você respondeu SIM continue na próxima questão.**

23) Qual(is) é (são) esse(s) risco(s)? (se necessário assinale mais de uma alternativa)

- () infertilidade futura
- () mal-formação fetal caso se utilize e já esteja grávida
- () sangramento vaginal de grande volume
- () não sei () outros. Qual (is)? _____

24) Você acha que a “pílula do dia seguinte” é um remédio que provoca aborto?

- () sim () não () não sei

25) Você já teve relação sexual?

- () sim. **Se você respondeu SIM continue na próxima questão.**
- () não. **Se você respondeu NÃO, pule para a questão 36 SE VOCÊ FOR MULHER ou para a questão 40 SE VOCÊ FOR HOMEM.**

26) Com que idade você teve sua primeira relação sexual? _____ anos

- () não lembro

27) Quantos parceiros (as) você teve até o momento? _____ parceiros (as)

- () não lembro

28) Que método (s) contraceptivo (s) você e/ou seu parceiro ou você e/ou sua parceira costumam usar? (assinale mais de uma alternativa se necessário).

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| () pílula | () “camisinha” masculina |
| () anticoncepcional injetável | () DIU |
| () “camisinha” feminina | () implante |
| () coito interrompido | () tabelinha |
| () adesivo | () anel vaginal |
| () nenhum | () diafragma |
| () outros. Qual (is)? _____ | |

29) Com que frequência vocês usam o(s) método(s) contraceptivo (s) assinalado(s) acima?

- () em todas as relações sexuais
- () na maioria das relações sexuais
- () na metade das relações sexuais
- () na minoria das relações sexuais
- () nunca

30) Você teve relação sexual nas últimas quatro semanas?

- () sim. **Se você respondeu SIM continue na próxima questão.**
 () não. **Se você respondeu NÃO passe para a questão 32 SE VOCÊ FOR MULHER ou para a 38 SE VOCÊ FOR HOMEM.**

31) Qual (is) método(s) contraceptivo(s) você e/ou seu parceiro ou você e/ou sua parceira usaram na ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL? (responda mais de uma alternativa se necessário)

- () pílula () “camisinha” masculina
 () anticoncepcional injetável () DIU
 () “camisinha” feminina () implante
 () coito interrompido () tabelinha
 () adesivo () anel vaginal
 () diafragma () nenhum
 () outros. Qual(is)? _____

ATENÇÃO: As questões 32 A 37 são apenas para as **MULHERES** responderem e as questões 38 A 41 são apenas para os **HOMENS** responderem.

32) Você já usou a “pílula do dia seguinte”?

- () sim. **Se você respondeu SIM, responda APENAS as questões 33, 34 e 35.**
 () não. **Se você respondeu NÃO, pule para a questão de número 36.**
 () nunca ouvi falar da pílula do “dia seguinte”. **Se você respondeu que NUNCA OUVIU FALAR pule para a questão 35.**

33) Quantas vezes você já usou a pílula do dia seguinte? _____ vezes
 () não lembro

34) Qual (is) o(s) motivo(s) que a levou a usar a “pílula do dia seguinte”? (Assinale mais de uma alternativa se necessário).

- () “camisinha” rompeu ou furou ou escorregou
 () não estava usando nenhum outro método contraceptivo, ou seja, a relação sexual foi desprotegida
 () estava usando pílula, porém esqueceu de tomar um ou mais comprimidos
 () estava usando anticoncepcional injetável, porém esqueceu de receber dose no dia certo
 () outros. Qual(is)? _____

35) Como você conseguiu a “pílula do dia seguinte”? (se necessário assinale mais de uma alternativa)

- () médico prescreveu
 () comprei na farmácia sem receita por indicação de algum (a) amigo (a)
 () comprei na farmácia sem receita por indicação de outra pessoa.

Quem? _____

- () comprei na farmácia sem receita por indicação do funcionário da farmácia
 () um/a amigo (a) me deu
 () outro. Qual? _____

36) Você usaria a “pílula do dia seguinte”?

- () sim () não
 () não sei () não sei por que nunca ouvi falar

ANEXO 2 – CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL SÓCIOECONÔMICO

Classificação do nível socioeconômico de acordo com o tipo e quantidade de bens possuídos e grau de escolaridade, associado aos pontos necessários para determinar tal classificação. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 2003. Disponível no site: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf

	não tem	1	2	3	4 ou mais
Televisão em Cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de Lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA	PONTOS
Analfabeto/ Primário incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	3
Superior Completo	5

CLASSE	PONTOS
A1	30-34
A2	25-29
B1	21 -24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIFESP



Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente
Disciplina de Especialidades Pediátricas
Departamento de Pediatria



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **CONHECIMENTO SOBRE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE DE UNIVERSIDADES FEDERAIS DO BRASIL.**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar o seu conhecimento sobre contracepção de emergência, outros métodos contraceptivos e fisiologia do ciclo menstrual. Será ainda avaliado seu comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos. O estudo abrangerá todos estudantes de primeiro ano, que freqüentam os cursos de medicina, educação física, nutrição e enfermagem de cinco universidades federais do Brasil (Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Rio Grande do Norte) .

Você receberá um questionário contendo 41 questões (39 objetivas e 02 abertas) que visam conhecer a sua idade, o curso que freqüenta, seu nível socioeconômico, e os seus conhecimentos sobre fisiologia do ciclo menstrual, métodos contraceptivos, incluindo contracepção de emergência, além do seu comportamento sexual. Nesse questionário você não precisará se identificar, somente colocará a sua idade e o seu sexo no local indicado.

O desconforto é mínimo, visto que nenhum procedimento será realizado e é inerente apenas ao tempo despendido para responder o questionário que deverá ser em média de 20 minutos.

Não há benefício direto para o participante. Trata-se de um estudo que visa avaliar o conhecimento da nossa população, objetivando que medidas públicas sejam instituídas a partir dos resultados, para que mais informações sobre esse tema possam ser levadas aos nossos adolescentes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Flávia Calanca da Silva que pode ser encontrado à Rua Botucatu no. 715 São Paulo - SP Telefone(s) 5576-4360 ou pelo e-mail: flavia_calanca@uol.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br. É garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento ou não participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros alunos, não sendo divulgado a identificação de nenhum estudante.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parcial da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelo procedimento deste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Conhecimento sobre contracepção de emergência entre estudantes da área de saúde de cinco universidades federais do Brasil” Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Dra. Flávia Calanca da Silva

Data ____ / ____ / ____

ANEXO 4 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 23 de junho de 2006.
CEP 0727/06

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) FLÁVIA CALANCA DA SILVA
Co-Investigadores: Mauro Fisberg
Disciplina/Departamento: Especialidades Pediátricas/Pediatria da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: “**Conhecimento sobre contracepção de emergência entre estudantes da área de saúde de cinco universidades federais do Brasil**”.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional transversal.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Avaliar o grau de conhecimento sobre contracepção de emergência entre estudantes de cursos de área de saúde de cinco universidades federais do Brasil.

RESUMO: Será utilizado um questionário impresso contendo 41 questões, que será respondido por todos os alunos do primeiro ano, com idade até 19 anos de ambos os sexos, dos cursos de medicina, nutrição, enfermagem e educação física, que estejam interessados em participar da pesquisa das Universidades: Federal de São Paulo, Federal de Santa Catarina, Federal do Pará, Federal de Goiás e do Rio Grande do Norte Cada instituição terá um pesquisador colaborador responsável, que receberá os questionários e os termos de consentimento livre e esclarecido com devolução após terem sido respondidos via correio para o pesquisador principal para a análise dos dados.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Medidas de políticas públicas para preencher lacunas que deveriam ser instituídas, dada a importância desse método.

MATERIAL E MÉTODO: descrito e apresentado o instrumento de coleta de dados.

TCLE: adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento específico R\$ 1800,00.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **18/6/2007 e 12/6/2008.**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo