

Maria Suely Peixoto de Araújo

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE  
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS  
ESTADUAIS DE PERNAMBUCO

Camaragibe

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

---

**Araújo, Maria Suely Peixoto de**

Contracepção de Emergência entre Adolescentes de Escolas Estaduais de Pernambuco. Maria Suely Peixoto de Araújo. Recife: [s/n], 2007.

109 p.:il.

Dissertação (Mestrado em Hebiatria) – Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco.

1. Adolescência. 2. Comportamento sexual. 3. Métodos contraceptivos. 4. Anticoncepção pós-coital. 5. Planejamento Familiar.  
I. Título.

CDU

CDD.

---

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco  
Mestrado em Hebiatria

Maria Suely Peixoto de Araújo

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE  
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS  
ESTADUAIS DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Hebiatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de mestre em Hebiatria.  
Mestranda: Maria Suely Peixoto de Araújo.  
Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laura Olinda Bregieiro Fernandes Costa.

Camaragibe

2007

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA ENTRE  
ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS ESTADUAIS  
DE PERNAMBUCO

Maria Suely Peixoto de Araújo

Data da defesa da dissertação: 27 de março de 2007

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Luiza Bezerra Menezes  
Universidade de Pernambuco

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Romualda Castro do Rego Barros  
Universidade Federal de Pernambuco

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rute Cândida Pereira  
Universidade de Pernambuco

# DEDICATÓRIA

“... porque tudo vem de Ti Senhor, e do que é Teu,  
Te damos”.

*... ao meu marido Gilson,  
pela paciência e compreensão, pelo amor e carinho,  
e pelo significado em minha vida.*

*... às minhas filhas Fabíola e Gabriela,  
por serem a minha alegria e o meu tesouro.*

*... à minha irmã Fátima Peixoto,  
pelo carinho, apoio e compreensão.*

## AGRADECIMENTO

Se és capaz de aceitar teus alunos como são em sua realidade social, humana e cultural. Se os levar a superar suas dificuldades, limitações ou fracassos, sem humilhações, sem inúteis frustrações; Se os estimula a emitir opiniões, mesmo contrárias às suas. Se os leva a refletir mais do que decorar. Se te emocionas com a visão de tantas criaturas que de ti dependem para desabrocharem em consciência, criatividade, liberdade e responsabilidade, então, podes dizer: sou mestre.

(Autor desconhecido)

Ao Dr. Mauro Virgílio G. de Barros, um mestre que ensina fazendo... Meu mais profundo respeito e agradecimento pela acolhida em seu grupo de pesquisa, na sua família e no seu coração;

À Diretora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Dr<sup>a</sup>. Vera Rejane do Nascimento Gregório, pelo apoio logístico, incentivo profissional e carinho inestimável;

À Dr<sup>a</sup>. Jane Lemos e Dr. Durval Bezerra, pelo estímulo e compreensão das ausências;

Aos amigos da equipe da Gerência de Saúde Mental, pelas inúmeras vezes que precisaram substituir-me, com sobrecarga em seus trabalhos;

A Jean Burrel, pela colaboração e estímulo, apesar da distância;

A Maria Lúcia Frota de Menezes, pelo incentivo, pelo jeito carinhoso e caridoso de ser;

A Carlos Gilberto Mergulhão, pela valorosa contribuição nas horas de aflição no domínio e compreensão da informática e da estatística.

A Ramilson Vasconcelos, pela colaboração na pesquisa de campo e pelo estímulo;

A Lygia Pereira, pela sintonia, carinho e correções;

A Dolores Câmara, meu agradecimento pelas inúmeras leituras

Aos meus amigos, mestrandos do Consórcio de Pesquisa, pela calorosa convivência e solidariedade que tornaram mais suaves as viagens das coletas: Jorge Bezerra, Cecília Tenório, Rafael Tassitano, Betânia da Mata e Luís Griz;

Aos estudantes do Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças e da Escola Superior de Educação Física, que participaram da pesquisa de campo, pela laboriosa colaboração.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

A Criança é o Pai do Homem – somente a ação educativa pode mudar comportamentos inadequados e formar um comprometimento com a manutenção da vida.

W. Wordsworth (poeta inglês)  
(1770-1850)

Aos adolescentes, que nos permitiram a invasão de seus mundos e de onde ouvimos apelos silenciosos, cristalizados em números, que nos sensibilizam, nos incentivam e nos impulsionam, cada vez mais, a tentar ajudá-los.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

ACHO – Anticoncepcional hormonal combinado oral

ACOG – *American College of Obstetrics and Gynecology* (Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia)

AIDS – Síndrome de imunodeficiência adquirida

BEMFAM – Bem-Estar Familiar no Brasil

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CE – Contracepção de emergência

CELPE – Companhia Energética de Pernambuco

CHECK – Controle

CLAE – Consórcio Latino-Americano de Anticoncepção de Emergência

COMPESA – Companhia Pernambucana de Saneamento e Serviços de Água

DIP – Doença inflamatória pélvica

DIU – Dispositivo intra-uterino

DST – Doença sexualmente transmissível

FDA - *Food and Drug Administration*

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FHI – *Family Health International*

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FSH – Hormônio folículo-estimulante

GERE – Gerência Regional de Educação

GnRH – Hormônio liberador das gonadotrofinas

GSHS – *Global School-based Student Health Survey*

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPPF – *International Planned Parenthood Federation*

LH – Hormônio luteinizante

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRB – *Population Reference Bureau*

SAS – *Statistical Analysis System*

SBRH – Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

SEDUC – Secretaria de Educação e Cultura do Estado de Pernambuco

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela II.1 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas dos 4.210 estudantes do ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco - 2006.....	68
Tabela II.2 – Distribuição das variáveis relativas ao comportamento sexual de 4.210 estudantes do ensino médio da rede pública estadual do estado de Pernambuco - 2006.....	69
Tabela II.3 – Distribuição das informações sobre contracepção de emergência, fornecidas por 4.210 estudantes do ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco - 2006.....	70
Tabela II.4 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas e de comportamento sexual, segundo conhecimento da contracepção de emergência por 4.179 adolescentes - Pernambuco - 2006.....	72
Tabela II.5 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas, de comportamento sexual e de contracepção de emergência, segundo forma de uso desse método por 471 adolescentes - Pernambuco - 2006.....	74

## ***LISTA DE QUADROS***

Quadro I.1 – Espectro de possíveis modos de ação de contraceptivos de emergência.....	39
Quadro II.1 - Número de escolas e alunos matriculados nas escolas de ensino médio, rede pública estadual de Pernambuco. Censo escolar de 2005.....	60
Quadro II.2 - Tamanho da amostra de adolescente por turno e Gerência Regional de Educação .....	62
Quadro II.3– Planejamento amostral por conglomerados em dois estágios .....	62
Quadro II.4– Número de escolas sorteadas e participantes, de turmas e alunos por GERES.....	63

## ***LISTA DE FIGURAS***

Figura II.1 – Mapa das Regiões Geográficas do Estado de Pernambuco.....	58
Figura II.2 - Localização das Gerências Regionais de Educação (Pernambuco).	59

## **RESUMO**

Os adolescentes tornaram-se alvo de grande interesse para a saúde pública, por sua representatividade na população geral, assim como pelas conseqüências da maternidade na adolescência. Grande parte das pesquisas está voltada para o comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes, nele incluída a investigação do uso dos diferentes métodos contraceptivos. Apesar disso são escassos os estudos sobre contracepção de emergência, como método de prevenção de gravidez indesejada ou inoportuna e, conseqüentemente, de abortamentos. Com o objetivo de pesquisar o comportamento sexual, assim como o conhecimento e o uso da contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas, procedeu-se a uma revisão da literatura, com ênfase nos aspectos sociais e éticos da disponibilização desse método em larga escala. Também foram apresentados os resultados de uma pesquisa realizada no estado de Pernambuco, Brasil, envolvendo 4.210 estudantes do ensino médio, com idade entre 14 e 19 anos, de ambos os sexos, sobre o comportamento sexual, o conhecimento e as características de utilização da contracepção de emergência nesse grupo.

Palavras-chave: Adolescência. Comportamento sexual. Métodos contraceptivos. Anticoncepção pós-coital. Planejamento familiar.

## **ABSTRACT**

Adolescents have become an object of great interest for public health due to their representation in the general population as well as the consequences of teenage motherhood. Though most research focuses on adolescents' sexual and reproductive behaviour, including study of the use of different contraceptive methods, there are few studies on emergency contraception as a method preventing unwanted or untimely pregnancy and therefore abortions. Aiming to investigate sexual behaviour as well as knowledge and use of emergency contraception among public school teenagers, the author undertook a literature review with the emphasis on social and ethical aspects of large-scale availability of this method. Also presented were the results of a research program carried out in Pernambuco state, Brazil - which included 4,210 students in secondary education, aged 14 to 19 and of both genders - on sexual behaviour, knowledge and characteristics of emergency contraception use by this group.

Key Words: Adolescence. Sexual behavior. Contraceptive methods. Post-coital contraception. Family planning.

# SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	XI
LISTA DE QUADROS.....	XII
LISTA DE FIGURAS.....	XII
RESUMO.....	XIII
ABSTRACT.....	XIII
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<i>Geral.....</i>	<i>20</i>
<i>Específicos.....</i>	<i>20</i>
<i>Referências bibliográficas da Introdução.....</i>	<i>21</i>
<b>ARTIGO I - A vivência da sexualidade e a contracepção de emergência na adolescência.....</b>	<b>23</b>
<i>Resumo.....</i>	<i>24</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>24</i>
<i>Introdução.....</i>	<i>25</i>
<i>Método.....</i>	<i>26</i>
<i>Comportamento sexual.....</i>	<i>26</i>
<i>Contracepção na adolescência.....</i>	<i>31</i>
<i>Contracepção de emergência.....</i>	<i>36</i>
<i>Considerações finais.....</i>	<i>44</i>
<i>Referências bibliográficas.....</i>	<i>45</i>
<b>ARTIGO II - Contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco.....</b>	<b>53</b>
<i>Resumo.....</i>	<i>54</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>55</i>
<i>Introdução.....</i>	<i>56</i>
<i>Sujeitos e Métodos.....</i>	<i>57</i>
<i>Caracterização do estudo.....</i>	<i>57</i>
<i>Local do estudo.....</i>	<i>57</i>
<i>População alvo.....</i>	<i>60</i>
<i>Dimensionamento da amostra.....</i>	<i>61</i>
<i>Seleção da amostra.....</i>	<i>62</i>
<i>Instrumento de medida.....</i>	<i>64</i>
<i>Implementação do estudo.....</i>	<i>64</i>
<i>Variáveis.....</i>	<i>65</i>
<i>Coleta de dados.....</i>	<i>66</i>
<i>Procedimentos de análise.....</i>	<i>66</i>
<i>Análise dos dados.....</i>	<i>67</i>
<i>Resultados.....</i>	<i>67</i>
<i>Categoria sócio-demográfica.....</i>	<i>67</i>
<i>Comportamento sexual.....</i>	<i>68</i>
<i>Informação sobre contracepção de emergência.....</i>	<i>69</i>
<i>Discussão.....</i>	<i>75</i>
<i>Conclusões.....</i>	<i>84</i>
<i>Referências bibliográficas.....</i>	<i>85</i>
<i>Referências bibliográficas totais.....</i>	<i>90</i>
ANEXOS.....	101

<i>Anexo A – Aprovação do Projeto Geral pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, do qual este é parte.....</i>	<i>102</i>
<i>Anexo B – Carta de Anuência dos Gerentes Regionais de Educação.....</i>	<i>103</i>
<i>Anexo C – Carta de Anuência dos Diretores das Escolas Pesquisadas.....</i>	<i>104</i>
<i>Anexo D – Termo Negativo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</i>	<i>105</i>
<i>Anexo D – Questionário Global School-based Health Survey (perguntas sobre informações pessoais e comportamento sexual).....</i>	<i>106</i>

# 1. INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, a adolescência tem se tornado alvo de preocupação para a sociedade civil, pelo reconhecimento da necessidade de atenção ao desenvolvimento integral das potencialidades do adolescente, bem como um desafio para a comunidade científica, pelo grande contingente populacional que esse grupo representa. Aproximadamente 20% da população mundial, ou seja, um bilhão de pessoas encontra-se na adolescência (PRB, 2006).

Por se caracterizar como uma noção historicamente determinada, surgiram diferentes conceitos de adolescência. Refere-se a um período de vida cronológico, no qual os processos biológicos, psicológicos e socioculturais imprimem marcas individuais de acordo com as características e peculiaridades do grupo social no qual o adolescente está inserido. A Organização Mundial de Saúde define adolescência como o período entre os 10 e 19 anos de idade (WHO 2006).

No Brasil, registram-se 36 milhões de pessoas nessa faixa etária, representando 28% da população total do país (IBGE, 2000; PRB, 2006). A magnitude desse grupo torna-o de grande interesse para o campo da saúde pública, exigindo estudos direcionados para essa faixa etária.

Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005) assim como Jeolás e Ferrari (2003), considerando que a adolescência é socialmente modelada, observam que a maturidade sexual sem maturidade social e emocional torna os jovens vulneráveis à forte influência da mídia. Acompanhando as alterações hormonais, o comportamento sexual do adolescente é um produto de fatores culturais presentes no ambiente, que cada vez mais erotiza as relações sociais e estimula ao sexo precoce. Nessa fase, quase sempre desinformado sobre práticas contraceptivas, o adolescente pode ser surpreendido por uma gravidez não planejada ou o diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível. Desse

modo, a adolescência é o período fundamental para redução dos riscos a que está exposto esse grupo etário (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

Sabroza *et al.* (2004) observam que a responsabilidade imposta pela gravidez precoce, associada às modificações intrínsecas à fase de desenvolvimento, constitui-se em uma experiência complexa e emocionalmente difícil. As conseqüências da maternidade na adolescência têm sido objeto de estudo de muitos pesquisadores nacionais e internacionais, nas últimas décadas. Um grande percentual dessas pesquisas está voltado para o comportamento sexual e reprodutivo, assim como para a investigação dos diferentes métodos contraceptivos empregados por esse segmento etário, tais como: Merchant *et al.* (2006), nos Estados Unidos; Free e Ogden (2005), no Reino Unido; Apter, Cacciatore e Hermanson (2004), na Finlândia; Tripathi, Rathore e Sachdeva (2003), no Norte da Índia e Vieira *et al.* (2002), no Brasil, entre outros. Apesar disso, são escassos os estudos sobre contracepção de emergência.

A proporção de mulheres que têm seu primeiro filho em torno de 18 anos de idade varia de 1%, no Japão, a 53%, na Nigéria (THE ALAN GUTTMARCHER INSTITUTE, 1998). No Brasil, em 2004, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 21,8% do total de nascimentos foi de mães entre 10 e 19 anos de idade, dos quais 4% entre 10 e 14 anos e 96% entre 15 e 19 anos de idade; 34,9% desses nascimentos ocorreram na Região Nordeste, sendo 5,4%, em Pernambuco (BRASIL, 2006). Gonçalves e Gigante, em 2006, na cidade de Pelotas, identificam que 16,2% do total de mulheres com 24 anos de idade haviam parido pelo menos um filho e, dessas, 75% engravidaram antes dos 20 anos de idade.

Uma das causas, entre outras, para o alto percentual de gravidez na adolescência é a falta de disponibilização e acesso aos métodos contraceptivos. Paradoxalmente, o discurso governamental tem sido garantir a regulação da fecundidade como direito constitucional, na tentativa de devolver ao cidadão, de forma consciente e informada, a decisão de ter ou não filhos. Apesar disso, mesmo oficializado desde 1986, enquanto programa de planejamento familiar, a falta de implementação e de avaliação das políticas de reprodução no Brasil

contribuiu para que propostas contraceptivas não oficiais fossem disseminadas, com adoção de práticas pela população, nas quais predominavam a esterilização e o uso de contraceptivos orais, de forma desordenada, levando a uma queda vertiginosa da fecundidade, com exceção da faixa etária dos adolescentes (FERNANDES, 2003; LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004).

Schor *et al.* (2000), em estudos realizados no sul do estado de São Paulo, constataram que, dentre 1.261 mulheres de 10 a 49 anos de idade, 1,4% na faixa etária de 20 a 24 anos já se encontravam esterilizadas enquanto que, 3,7% do grupo de 15 a 19 anos de idade usavam DIU, contra 1,4%, na faixa etária de 20 a 24 anos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama atenção para a gravidade do problema ao estimar a ocorrência de 585.000 mortes maternas, anualmente, em todo mundo, muitas das quais secundárias ao aborto provocado, predominantemente entre mulheres jovens, pobres e de países em desenvolvimento (UNFPA, 2006).

No Brasil, a falta da operacionalização da política de planejamento familiar expõe muitas mulheres ao abortamento, quando de uma gestação não planejada ou indesejada, exceção feita aos casos de estupro e risco materno, quando o aborto é permitido por lei (ROCHA; BALTAR, 2006). Em 2004, foram registrados 24.766 óbitos fetais anteparto, que podem ter se constituído em abortamentos, representando 95,5% dos óbitos fetais do período. No entanto, desse total, 617 foram comprovadamente abortamentos, dos quais 20,7% em adolescentes (BRASIL, 2004).

A limitada repercussão do planejamento familiar na assistência à saúde reprodutiva, principalmente entre adolescentes, contribui de forma significativa para a gravidez inoportuna, conseqüentemente para o abortamento provocado, e para o aumento da morbimortalidade materna. Fere uma prerrogativa consubstanciada na Lei 9.263, de 12 de Janeiro de 1996 que considera o planejamento familiar como um direito de constituição, limitação ou aumento da prole, dentro de uma visão global e integral à saúde (BRASIL, 1996; VIEIRA *et al.*, 2002).

Considerando esse contexto, a presente pesquisa abordou um dos métodos de planejamento familiar - a anticoncepção de emergência (também conhecida como anticoncepção pós-coital ou pílula do dia seguinte), como um recurso alternativo às gestações indesejadas ou inoportunas, evitando o abortamento clandestino. Esse método reduz o risco de uma gravidez se administrada, no mínimo a primeira dose, dentro das primeiras 72 horas após uma relação sexual sem proteção anticoncepcional, incluindo estupro. A efetividade depende do esquema usado e o tempo decorrido entre a relação sexual e ingestão do medicamento. No entanto não é indicada como método contraceptivo de rotina, devendo estar restrito às situações de emergência (WEISMILLER, 2004).

O objetivo de pesquisar, entre adolescentes de escolas públicas estaduais, o conhecimento e o uso da contracepção de emergência, nasceu de uma longa vivência, durante a qual o abortamento entre adolescentes foi uma rotina. Vislumbrou-se, então, a contracepção de emergência como uma solução viável, a partir do exercício crítico incitado pela pós-graduação.

Por meio de revisão da literatura publicada entre 1988 e 2007, que serviu de fundamentação científica e metodológica para investigar o conhecimento e o uso desse método por adolescentes, identificou-se escassez de estudos de base populacional, o que reiterou a motivação nascida da prática. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir como diagnóstico de situação e colaborar para a implementação e a efetivação de políticas públicas de saúde, em favor dos adolescentes pernambucanos.

A presente dissertação está dividida em dois artigos. No primeiro, por meio de revisão da literatura, abordou-se a vivência da sexualidade e a contracepção de emergência na adolescência, contemplando também os aspectos sociais e éticos da disponibilização desse método em larga escala, principalmente para adolescentes.

No segundo artigo, apresentam-se os resultados de pesquisa realizada no estado de Pernambuco, envolvendo 4.210 estudantes adolescentes,

com idade entre 14 e 19 anos, de ambos os sexos, sobre conhecimento e prática da contracepção de emergência.

## **2. OBJETIVOS**

### **Geral**

Descrever o comportamento sexual de adolescentes de escolas públicas estaduais de Pernambuco, assim como o conhecimento e as características de utilização da contracepção de emergência.

### **Específicos**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico e o comportamento sexual dos adolescentes;
- Avaliar o conhecimento e as fontes de informação sobre o contraceptivo de emergência;
- Identificar a prevalência e as características do uso do método contraceptivo de emergência;
- Verificar a associação entre o conhecimento e o uso do contraceptivo de emergência e as variáveis: idade, sexo, estado civil, ocupação, posse de computador, região geográfica de residência, escolaridade da mãe, início de vida sexual, idade à primeira relação sexual, número de parceiros, uso de preservativo, agente de informação sobre contracepção de emergência e frequência de contracepção de emergência.

### **Referências bibliográficas da Introdução**

- APTER, D.; CACCIATORE, R.; HERMANSON, E. **Adolescent contraception**. International Congress Series. 2004. v. 1266, p. 81-89.
- BRASIL. DATASUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher** – plano de ação 2004-2007 / Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. 2004. p. 39-42.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do Art. da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
- FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 19, supl. 2, p. S253-S261, 2003.
- FREE, C.; OGDEN, J. Emergency contraception use and non-use in young women: The application of a contextual and dynamic model. **Br J Health Psychol**, v. 10, n. 2, p. 237-253, 2005.
- GOLDENBERG, P.; FIGUEREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas gerais Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, 2005.
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Popacionais do Censo IBGE**. Rio de Janeiro. 2000.
- JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.
- LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 2, p. 474-481, 2004.
- MERCHANT, C. R. C.; DAMERGIS, J. A.; GEE, E. M.; BOCK, B. C.; BECKER, B. M.; CLARK, M. A. Contraceptive usage, Knowledge and correlates of usage among female emergency department patients. **Contraception**, v. 73, n. 3, p. 201-207, 2006.
- PRB. Population Reference Bureau. **2006 World population data sheet**. 2006.

ROCHA, M. I.; BALTAR, A. A discussão política sobre aborto no Brasil: Uma síntese. **Rev Bras Est Popul**, v. 23, n. 2, p. 369-372, 2006.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; SOUZA JR, P. R.; GAMA, S. G. N. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-20001). **Cad Saude Publica**, v. 20, supl. 1, p. S130-S137, 2004.

SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A. T. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad Saude Publica**, v. 16, n. 2, p. 377-384, 2000.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Access to emergency contraception: state policies in brief**. New York, NY: Alan Guttmacher Institute. 1998. 56p.

TRIPATHI, R.; RATHORE, A. M.; SACHDEVA, J. Emergency contraception: Knowledge, attitude and practices among health care provides in North India. **Obstet Gynaecol Res**, v. 29, n. 3, p. 142-146, 2003.

UNFPA. United National Population Found. **State of world population**. 2006.

VIEIRA, E. M.; BADIANI, R.; FABBRO, A. L. D.; JUNIOR, A. L. R. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 3, p. 263-272, 2002.

WHO. World Health Organization. **Married adolescents: no place of safety**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2006.

WEISMILLER, D. G. Emergency contraception. **Am Fam Physic**, v. 70, n. 4, p. 707-715, 2004.

**ARTIGO I - A vivência da sexualidade e a  
contracepção de emergência na adolescência**

## **A vivência da sexualidade e a contracepção de emergência na adolescência**

### ***Resumo***

Apesar do declínio da fecundidade geral no Brasil, esse índice vem aumentando significativamente entre adolescentes, refletindo a influência da menarca em idade mais jovem, do início de vida sexual mais cedo e do matrimônio mais tardio. Estes fatores tornam os adolescentes mais vulneráveis a gestação indesejada ou inoportuna pela ausência do uso de métodos contraceptivos, nos quais se inclui a contracepção de emergência. Com o objetivo de discutir a vivência da sexualidade e a contracepção de emergência na adolescência, contemplando os aspectos sociais e éticos da disponibilização desse método em larga escala, principalmente para adolescentes, procedeu-se a uma revisão da literatura contemplando trabalhos publicados entre 1988 e 2007. Quanto ao comportamento sexual dos adolescentes, as publicações enfatizaram a necessidade de programas de educação sexual voltados à compreensão da sexualidade como processo de aprendizagem para formação de cidadãos responsáveis com sua saúde e a saúde pública. Dessa educação, devem participar pais, professores, profissionais de saúde e os pares dos adolescentes, para reforçar condutas preventivas de gravidez indesejada ou inoportuna e de doenças sexualmente transmissíveis. Foram abordados os métodos contraceptivos mais indicados para adolescentes, com ênfase no respeito à escolha livre e aos critérios de elegibilidade médica. Com relação à contracepção de emergência, foram abordados seus objetivos, os métodos disponíveis, as indicações e contra-indicações, os efeitos adversos, os índices de falha e os aspectos éticos que até hoje suscitam polêmica.

Palavras-chave: Adolescência. Comportamento sexual. Métodos contraceptivos. Anticoncepção pós-coital. Planejamento familiar. Ética.

### ***Abstract***

Despite the decline in general fertility in Brazil, the rate is increasing significantly among teenagers reflecting the influence of earlier menarche, an earlier start to sexual activity and later marriage. These factors increase teenagers' vulnerability to unwanted or untimely pregnancy due to the failure to use contraceptive methods, among them emergency contraception. With the aim of discussing sexual experience and emergency contraception in adolescence - also taking into consideration social and ethical aspects of large-scale availability of this method, mainly for adolescents - a literature review was undertaken that included works published between 1988 and 2007. As regards teenagers' sexual behaviour, the research emphasized the need for sex education programs aimed at understanding sexuality, as a learning process to develop responsible citizens with regard to their own and public health. Parents, teachers, health professionals and teenagers' partners need to be involved in these programs in order to reinforce behaviours that prevent unwanted or untimely pregnancy and sexually transmitted diseases. The most suitable contraceptive methods for adolescents were discussed, emphasizing respect for free choice and medical eligibility criteria. The author also set out the objectives of emergency contraception, methods available, indications and contra-indications, adverse effects, failure rates and ethical aspects that still arouse controversy today.

Key words: Adolescence. Sexual behavior. Contraceptive methods. Post-coital contraception. Family planning. Ethics.

## **Introdução**

Diversos pesquisadores têm alertado que, apesar do declínio da fecundidade geral no Brasil, esse índice vem aumentando significativamente na faixa etária de 15 a 19 anos, assim como no grupo dos pré-adolescentes, os quais até recentemente não eram incluídos nesse indicador (ALMEIDA *et al.*, 2003; BELO; SILVA, 2004; FEBRASGO, 2001; GUIMARÃES; VIEIRA; PALMEIRA, 2003). A constatação é mais preocupante por estar relacionada à pobreza e ao baixo nível de instrução (CATHARINO; GIFFIN, 2002), que parecem atuar como fatores de agravamento do problema pelo fato de grande parte da população brasileira apresentar essas duas características (IBGE, 2000).

Um forte determinante no comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes é a idade, a qual interfere na iniciação sexual precoce e no risco de relações sexuais principalmente entre 13 e 17 anos, em virtude, possivelmente, de menarca em idade mais jovem e da modificação social do matrimônio da adolescência para a juventude tardia ou mesmo para a fase de adulto jovem (ALMEIDA *et al.*, 2003).

A *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 2003) refere que, nas últimas décadas, os adolescentes vêm iniciando a vida sexual mais cedo, entre 12 e 17 anos de idade. Nesta faixa etária, no entender dos jovens, a pouca ou nenhuma intimidade no começo do relacionamento não permite ou é insuficiente para uma discussão ou negociação relacionada à prevenção da gravidez pelo uso de qualquer dos métodos contraceptivos.

Para Almeida *et al.* (2003) assim como Carret *et al.* (2004), a iniciação sexual precoce e o risco de exercício da sexualidade dissociado de métodos contraceptivos geralmente estão associados a outros fatores como baixa escolaridade, multiparceria, relacionamentos instáveis, imprevisibilidade de relações sexuais, desconhecimento sobre concepção e contracepção, entre outros. Referem que o uso de contracepção é tão menos freqüente quanto menor a idade de iniciação sexual.

As necessidades de exploração e de experiência, características do adolescente, o tornam mais vulnerável a comportamentos que envolvem riscos

pessoais, dentre os quais assumem posição de destaque a prática do sexo inseguro e a ausência de uso dos métodos contraceptivos, nos quais se inclui a contracepção de emergência (BOTELHO, 2003).

O presente artigo objetivou discutir a vivência da sexualidade e a contracepção de emergência na adolescência, como também os aspectos sociais e éticos da disponibilização desse método em larga escala, principalmente para adolescentes, a partir de uma revisão da literatura, incluindo trabalhos publicados entre 1988 e 2007.

### **Método**

Empregando os descritores: adolescência, comportamento sexual, contracepção de emergência, anticoncepção pós-coital, ética, gravidez indesejada, gravidez na adolescência e seus correlatos nos idiomas inglês, francês e espanhol, nas bases de dados: MEDLINE, LILACS, SCIELO, BIREME, COCHRANE, ADOLEC, *Pan-American Health Organization* e *WHOLIS*, foram localizadas 175 publicações, dentre as quais 77 foram empregadas no presente artigo.

### **Comportamento sexual**

Carret *et al.* (2004) constatam que a iniciação sexual precoce, principalmente em idade menor que 13 anos, aumenta a chance em até sete vezes de um adolescente adquirir uma doença sexualmente transmissível (DST), quando comparado àqueles com sexarca em idade maior. Além disso, a iniciação sexual precoce, quando associada à multiplicidade de parceiros, contribui tanto para o aumento do risco de infecção por DST, como de gravidez inoportuna.

Apesar disso, na vivência da sexualidade, a maioria dos adolescentes e jovens busca a dimensão de um campo de descobertas, experimentações e vivências de liberdade, como também de construção de capacidade para tomadas de decisão, escolhas, responsabilidades e afirmação

de identidade, tanto pessoal como política. Essa construção, quando nascida do exercício da sexualidade, demanda socialização e se imbrica com poder e questões econômicas. Manifesta-se quando a sociedade ora reprime o sexo de forma tímida e insuficiente, ora projeta luz sobre todos os aspectos sexuais, colocando o sexo como foco de atenção, principalmente por meio do estímulo ao diálogo sobre o tema, processos que o disseminam na superfície das coisas e dos corpos (FOUCAULT; MORTY; WALTERS, 1998).

De forma imperceptível para a maioria da sociedade, o poder e o desejo se articulam e criam novas formas de dominação, controlando e estabelecendo normas por múltiplos processos (FOUCAULT; MORTY; WALTERS, 1998). Dentre esses processos, está o exercício da sexualidade como busca de um modelo de identidade, que possa atender aos padrões sociais. Nesse contexto, a educação sexual atua como estratégia para uma vivência da sexualidade plena, segura e prazerosa, devendo ser um norte para transformar o exercício do prazer em preservação da saúde (CHIRISNOS *et al.*, 2001; GIFFIN, 2002; HEILBORN, 2006).

A adolescência é um fenômeno durável, produzido pela sociedade ocidental, no qual se dá a construção identitária, que pode ocorrer com sofrimento, dentre outras causas, pela falta de figuras que se prestem satisfatoriamente a serem tomadas como modelos, o que torna os adolescentes vulneráveis à influência de padrões que se configurem atrativos (CHIRINOS *et al.*, 2001; SAITO; LEAL, 2003; VAISBERG, 2005).

Os principais agentes de influência nessa busca, em ordem crescente de importância, têm sido a mídia, os pais e os pares, os quais também atuam na escala de poder, cada qual sob um aspecto diferente. A mídia conquista a confiança dos adolescentes, fazendo com que recorram a ela para aprender ou tirar dúvidas sobre sexo (LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004). Os pais, ora perdem uma importante oportunidade de influenciar o comportamento dos filhos quando só conversam sobre sexo com eles após perceberem seu envolvimento romântico, ora são as principais fontes em quem jovens buscam informação sobre sexualidade; principalmente quando convivem com seus amigos e a sexualidade

do grupo é positivamente influenciada por esse diálogo (AZEVEDO; ABDO, 2006; EISENBERG *et al.*, 2006).

Os amigos têm sido referidos como fonte de informação sobre prática sexual e uso de métodos contraceptivos com uma frequência variando de 18,8% a 40%, mas também como agentes de influência para comportamento sexual de risco (GOMES *et al.*, 2002; PRINSTEIN; WANG, 2005).

Essas influências podem contribuir positivamente para o uso de métodos anticoncepcionais, mas, algumas características comportamentais, próprias da adolescência parecem dificultar essa prática. Entre elas estão: vergonha de ir ao médico; a crença de que não irão engravidar, gerada pelo fato de não terem relação sexual diariamente; a falta de preservativos no momento da relação sexual; preconceitos quanto à utilização do preservativo masculino e o desejo de engravidar, citado, principalmente, por jovens mães (ALMEIDA *et al.*, 2003; BORGES; SCHOR, 2005; FERNANDES, 2003).

Qualquer que seja o agente de informação para o adolescente, o processo de educação sexual não deve ser exercido como uma domesticação, mas como uma oportunidade de auto-reflexão. A partir dela, o indivíduo pode se estabelecer como sujeito, com visão crítica, exercendo uma práxis transformadora sobre seu comportamento sexual, papel que deveria estar sendo desempenhado pela escola, lugar onde se dá o processo de aprendizagem, que inclui o conhecimento sobre o exercício da sexualidade (JEOLÁS; FERRARI, 2003).

O desejo de engravidar convida à reflexão quanto ao uso de contraceptivo pelos adolescentes e sua relação com a vivência da sexualidade plena. Bruno e Bailey (1998) afirmam, a partir de uma pesquisa feita com adolescentes participantes de um grupo de pré-natal, que 40% desejaram a gravidez, o que serviu de base para os autores considerarem ser um engano assumir que toda gravidez é indesejada; muitas são, não só desejadas, como planejadas.

Catharino e Giffin (2002), analisando adolescentes de 10 a 14 anos, no Rio de Janeiro, observam que, a depender da situação econômica da adolescente, ficar grávida pode constituir-se em uma verdadeira estratégia de

sobrevivência o que motiva os questionamentos sociais, que ratificam a assimetria de gênero. Tal fato coloca-se na contramão de alguns discursos oficiais do governo, como, por exemplo, a argumentação de que a gravidez na adolescência rouba a oportunidade de emprego e de estudo, não configura a realidade porque estas oportunidades não estão disponíveis para todos os adolescentes (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004).

O fato de a maternidade estar, no imaginário das pessoas, associada à feminilidade e ser praticamente um imperativo social ao sexo feminino, faz com que o desejo por ter filhos ligue-se fortemente ao papel social imposto às mulheres. Muitas se submetem passivamente a relações sexuais, gravidezes ou abortamentos que não desejam. Outras mulheres, também passivamente, adotam técnicas reprodutivas, como forma de adequação social. Dessa forma, na cultura brasileira, é altamente possível que o não uso de contraceptivos seja uma forma de empregar o sexo e a gravidez como veículos de ascensão social, em determinados contextos (DINIZ; GUILHEM, 2000; HEILBORN, 2006).

Essa contextualização de desigualdade de gênero e relação de poder, envolvendo o uso de contraceptivos e o sexo, permite questionar que “vontade de ser mãe” pode ser muito mais resultado de uma imposição social, naturalizada pela cultura, do que a expressão de um desejo real de ter filhos (DINIZ; GUILHEM, 2000). Essa possibilidade requer dos profissionais de saúde o domínio da habilidade na abordagem a assuntos que envolvam a sexualidade, principalmente do adolescente e, para tanto, precisam ser treinados (CHUANG; FREUND, 2005).

A influência de fatores comportamentais e a importância da qualidade do diálogo entre o adolescente e o profissional de saúde foram evidenciadas por Sundby, Svanemyr e Maehre, em 1999, em pesquisa envolvendo 102 adolescentes que procuraram clínicas de abortamento e aconselhamento contraceptivo em Oslo, Noruega. Apesar do acesso fácil aos contraceptivos e das aulas de educação sobre contracepção ministradas nas

escolas, houve alto índice de gravidez, sugerindo falha importante na comunicação entre o agente de saúde e a adolescente.

Os mesmos autores recomendam, para correção dessa falha, informações melhor estruturadas sobre anticoncepcionais orais, maior promoção do uso do *condom*, maior divulgação sobre contracepção de emergência e a adequação do diálogo profissional com o tipo de comportamento e relacionamento de cada mulher, com ênfase no exercício consciente da sexualidade (SUNDBY; SVANEMYR; MAEHRE, 1999). Este exercício se associa à noção de cidadania, da indivisibilidade do direito básico à saúde que os indivíduos devem exercer plenamente, cabendo ao Estado a oferta dos meios (FERNANDES, 2003).

Por outro lado, orientar e atender adolescentes em saúde reprodutiva envolve, além da competência técnica, o campo dos valores, principalmente no que se refere ao exercício da sexualidade. A capacitação dos profissionais para essa área necessita incluir a discussão sobre o lugar da sexualidade e sua autonomia para os jovens.

Comparado a outros países, o Brasil tem políticas muito avançadas para assegurar o exercício da sexualidade. Adere e permanece fiel às recomendações feitas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, quando insere os adolescentes como sujeitos públicos de direito, e, por meio da Lei do Planejamento Familiar, regulamenta a esterilização voluntária (ESPÍRITO SANTO; TAVARES NETO, 2004; BRASIL, 2004).

No entanto, esse reconhecimento não se tem materializado na disponibilização dos meios que permitem o exercício da sexualidade com baixo ou nenhum risco de gravidez, incluídos nesses meios a educação sexual de boa qualidade e a disponibilização dos contraceptivos. O Estado, por omissão, delega essas funções a outras instituições sociais, que não a cumprem a contento (FIGUEREDO, 2005).

## **Contraceção na adolescência**

*“A regulação da fecundidade é um espaço de legitimação das relações de classe e gênero; que as políticas de reprodução, no Brasil, transferem gradativamente o controle do Estado para o campo da saúde, assumindo o caráter de “intervenção branca” e retirando as decisões de ter ou não ter filhos do âmbito doméstico; e o direito de reproduzir, como direito de cidadania, ainda é algo a ser conquistado, na prática” (Fernandes, 2003, p. 1).*

A divulgação da contraceção na adolescência tem sido bastante explorada pela mídia, do que deriva o maior conhecimento do preservativo (camisinha ou *condom*) e da pílula (anticoncepcional hormonal combinado oral - ACHO), e dá menos ênfase ao dispositivo intra-uterino (DIU) e aos métodos naturais (ESPÍRITO SANTO; TAVARES NETO, 2004). Esse fato foi comprovado por Guimarães, Vieira e Palmeira em 2003, em Aracajú, quando, pesquisando entre adolescentes do ensino médio, verificou que, independente do sexo, 84,5% dos alunos conheciam o preservativo masculino como método de barreira e 53%, a contraceção oral hormonal. O DIU e a laqueadura foram referidos por 30% deles e um menor percentual (24,3%) referiram conhecer a tabela de *Ogino-Knauss*.

A escolha do método está geralmente relacionada à facilidade de acesso e, não, às características peculiares do próprio método e dos usuários; motivo pelo qual pode não ser efetiva, porque é possível que o usuário não tenha domínio do conhecimento que lhe permita escolher, dentre vários, o mais adequado ao comportamento sexual e social do casal (VIEIRA *et al.*, 2005).

Pesquisa sobre planejamento familiar, realizada em Pernambuco, identifica que, para algumas mulheres, a adoção da contraceção é condição facilitadora de preservar a saúde, adequar-se à situação econômica e, paradoxalmente, reafirmar o papel de reprodutora biológica e social, substituindo a ótica quantitativa de ter filhos pela ótica qualitativa de criar bem os filhos (FERNANDES, 2003).

Independente das características individuais, o emprego do preservativo deve ser incentivado, pois é eficiente, seguro e econômico quando usado corretamente. Oferece 99% de proteção contra a síndrome da imunodeficiência humana (AIDS) (VILELA e DORETO, 2006) e 98%, contra gravidez não planejada (BEZERRA, 2004). Essa recomendação parece estar sendo obedecida já que os dados de prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, entre os jovens, apontam para um aumento considerável no uso de preservativos, em relação aos anos anteriores (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Pesquisa nacional sobre empecilho à utilização de anticoncepcionais na adolescência, realizada em 2003, revela que os jovens eram mal informados em assuntos relacionados à concepção e contracepção, mostrando também a existência de crenças errôneas, como a de que a gravidez não acontece antes da primeira menstruação e que é necessário ser mais velho para que a gestação ocorra (ALMEIDA *et al.*, 2003).

Tem-se buscado aumentar a adesão ao uso dos métodos contraceptivos. Inicialmente, priorizou-se o emprego do *condom* como forma de proteção contra DST (DÍAZ; DÍAZ; BARACAT, 2001), e, mais recentemente, de outros métodos, como também a contracepção de emergência, para reduzir gravidez inoportuna. Também se tem objetivado identificar as causas do não uso desses métodos, principalmente entre adolescentes (AIKEN; GOLDEN; PARKER, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2003; FIGUEIREDO, 2005; SOUZA *et al.*, 2006).

Dentre as causas do não uso da contracepção, podem ser considerados: baixo nível socioeconômico e cultural, dificuldade de acesso a serviços especializados, custo de alguns métodos que os tornam inacessíveis e não participação do parceiro, bem como, a ausência da conscientização de que uma gravidez possa ocorrer, acarretando sérias complicações para a mãe, como prematuridade, hipertensão na gestação e baixo peso ao nascer, entre outras (LEITE; RODRIGUES; FONSECA, 2004).

No entanto é a ausência ou a incompletude de informações corretas sobre os métodos contraceptivos a causa mais enfatizada em todos os trabalhos. A indicação de qualquer método anticoncepcional deve ser acompanhada de

explicação sobre proteção contra DST, contra gestação inoportuna e sobre as características de cada método, oferecida em caráter confidencial e em serviço de alta qualidade (DÍAZ; DÍAZ; BARACAT, 2001).

Nesse contexto, aumentar o número de usuários de contraceptivos não garante a redução da gestação inoportuna e do número de abortos; é necessário que haja o desejo de usar proteção, um método adequado à pessoa, a garantia da obtenção do método e a habilidade para poder usá-lo. Na ausência de apenas um desses componentes, a contracepção poderá falhar (APTER; CACCIATORE; HERMANSON, 2004).

O conhecimento da fisiologia reprodutiva pode auxiliar na adoção de comportamentos sexuais mais saudáveis e na adesão ao uso de contraceptivos, fazendo com que o adolescente se aproprie da informação, protagonize seu saber, podendo contribuir para o conhecimento de outros e se transformar em um agente multiplicador, assim como reforce seu comportamento e melhore sua autoestima por ganhar credibilidade entre seus pares (FIGUEIREDO, 2005; BELO; SILVA, 2004).

Cumprido detalhar, brevemente, os métodos comportamentais (coito interrompido, *Ogino-Knauss*, método de temperatura, método *Billings* e método sintotérmico) os métodos contraceptivos de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, capuz cervical e espermicida), DIU, anticoncepcionais hormonais e os métodos cirúrgicos, para que se possam compreender as falhas desses métodos (DÍAZ; DÍAZ, 1999) e, assim sendo, a importância do uso da contracepção de emergência como um último recurso (ABBOTT *et al.*, 2004).

Os métodos comportamentais não estão indicados para adolescentes devido ao conflito entre o autocontrole exigido para eficácia desses métodos e à impulsividade do adolescente (FIGUEIREDO, 2005). Eles incluem: coito interrompido (deposição do sêmen fora da cavidade vaginal), *Ogino-Knauss* (limitação do coito ao período infértil determinado em calendário, correspondente ao primeiro e último quartis do ciclo menstrual), o método da temperatura ou da elevação térmica basal correspondente à ovulação, o método *Billings* (aumento do volume e da viscosidade do muco cervical durante a ovulação) e o método

sintotérmico (ou triplo, no qual se associam temperatura basal, método *Billings* e *Ogino-Knauss*) (ESPEJO *et al.*, 2003).

O método *Ogino-Knauss* tem uma eficácia baixa entre adolescentes, pois a significativa variação do ciclo menstrual, nessa faixa etária, torna-se difícil prever com exatidão o período fértil. Isso faz com que esse método se torne pouco recomendável para as adolescentes que, em geral, precisam de método com alta eficácia (ALDRIGHI; PETTA, 2004; CABRAL *et al.*, 2005).

O preservativo masculino e feminino, é o único método contraceptivo que oferece dupla proteção contra a gravidez e DST/AIDS. Sua eficácia anticoncepcional depende muito da técnica e da consistência de uso. Mesmo usado corretamente o preservativo masculino apresenta taxa de falha variando de 2% a 4%, semelhante à da pílula. O principal empecilho para seu uso tem sido a redução da sensibilidade, além da interferência direta com o ato sexual pela característica de sua colocação, mesmo assim, é um dos métodos de escolha para adolescentes por ser mais conhecido entre os jovens e de mais fácil negociação em relacionamentos imprevisíveis e instáveis (ALMEIDA *et al.*, 2003; APTER; CACCIATORE; HERMANSON, 2004).

Outros métodos de barreira podem dar alguma proteção contra doença inflamatória pélvica, mas não são eficazes contra DST. Sua eficácia anticoncepcional, em uso perfeito, iguala-se à dos preservativos, mas, em uso rotineiro, sua taxa de falha é maior e variável. A eficácia contraceptiva do diafragma e do capuz cervical depende de treinamento da usuária para colocação correta, do posicionamento adequado do dispositivo e do grau de compreensão da usuária, requisitos que não os indicam para adolescentes. Devido à possibilidade de, durante o ato sexual, esses dispositivos se deslocarem, eles requerem concomitância com espermicidas (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Em relação ao uso de espermicida, que consiste em impedir a entrada dos espermatozóides no canal cervical com produtos que têm efeito letal sobre estes gametas, o método traz como desvantagens: ser pouco eficaz quando utilizado isoladamente e interferir no contato sexual; não deve ser recomendado para as adolescentes (BEAUMORD; MATTOS, 2003).

Respeitando a escolha livre e os critérios de elegibilidade médica, o DIU só deve ser indicado para as adolescentes com gestação anterior ou com um único parceiro, quando o risco para DST for mínimo. A taxa de gravidez de DIU, em adolescentes, embora maior que nas adultas, é menor que a taxa observada com a pílula em uso rotineiro. Os efeitos colaterais (cólicas, hipermenorragias) e as complicações (infecção, expulsão do DIU e reação alérgica vaginal) diminuem com a paridade e a idade. Por estes motivos, a adolescente, em geral nulípara, tem maior risco de reação o que limita a indicação desse método (ALDRIGHI; PETTA, 2004).

O uso dos contraceptivos hormonais combinados (ACHO), na adolescência, é o método mais difundido, sendo a presença de ciclo menstrual irregular uma de suas indicações, desde que se respeite o direito de escolha livre e informada (RATHKE *et al.*, 2001). Os ACHO, contendo estrógeno e progesterona, oferecem maior proteção contra distúrbios cardiovasculares, risco de câncer de mama, hipertensão arterial e dislipidemia, além da vantagem de serem apresentados sob forma oral ou injetável, de uso mensal (PEREIRA; TAQUETTE, 2006). Quanto aos contraceptivos simples à base de progesterona, dividem-se em dois grupos: contraceptivo oral de dose muito baixa, também denominado minipílula, e contraceptivo injetável, trimestral, constituído por acetato de medroxiprogesterona (BAHAMONDES, 2006).

A minipílula, apesar de ser menos eficaz que os anticoncepcionais orais combinados, está indicada para nutrízes por não alterar a qualidade e a quantidade do leite. O contraceptivo à base de medroxiprogesterona (injetável) é considerado seguro e eficaz; requer um prazo médio de quatro meses para retorno da função ovariana; pode causar redução da densidade óssea, embora esse efeito possa ser reversível com a interrupção do uso. Não deve ser usado nos dois primeiros anos após a menarca, mas tem indicação precisa, após os 16 anos de idade, necessitando esclarecer aos jovens que, assim como os outros métodos hormonais, não protege contra doenças sexualmente transmissíveis (FEBRASGO, 2004; PINHO NETO; LIMA, 2006).

Os métodos cirúrgicos, considerados permanentes, só devem ser prescritos para adolescentes por uma razão médica com o devido respaldo legal (FIGUEIREDO, 2005).

A prescrição de contraceptivos, independente do tipo, pressupõe livre escolha, espaços democráticos de planejamento, avaliação e troca de experiências, pessoal tecnicamente capacitado e um esforço integrado dos profissionais de saúde e dos próprios adolescentes para incentivar a participação nas ações de promoção de saúde. Por esse motivo, toda unidade de saúde deve se responsabilizar por uma abordagem holística dos adolescentes, capacitando-os para lidar com suas especificidades individuais e culturais (BRANCO, 2004).

A Lei 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do Art. 226 da Constituição de 1998, considera ser o planejamento familiar um conjunto de ações de regulação da fecundidade, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, dentro de uma visão global e integral à saúde, sendo proibida a utilização de ações para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Nessa perspectiva, é necessário aprofundar o conhecimento na área da saúde reprodutiva e do comportamento contraceptivo na adolescência, para que se busque um caminho que não seja unilateral, do medo, do perigo, das limitações, mas de forma a poder contemplar também a beleza desta fase de vida, permitindo a vivência do encantamento, da magia, da busca da identidade e do prazer (GOMES, 2000; MOURA *et al.*, 2007).

Além dos métodos citados, a contracepção de emergência constitui-se no único método que é reservado à situação específica de ser de uso eventual, com o objetivo de evitar gravidez inoportuna (COSTA *et al.*, 2006).

### **Contracepção de emergência**

Reduzir o número de gestações não planejadas, durante a adolescência e suas conseqüências negativas, tanto para os adolescentes como

para seus filhos, tem sido um consenso mundial (WHO, 2006). Para Nunes, (2005), prevenir uma gravidez por meio de um uso consistente da contracepção antes do ato sexual é a opção mais correta, entretanto, na falha ou não utilização de contracepção, torna-se necessário recorrer ao único método que pode ser empregado após a relação sexual, do que deriva a indicação da contracepção de emergência.

A contracepção de emergência (CE) é definida como um método que faz parte da política do Planejamento Familiar, empregando um medicamento hormonal, de forma emergencial, para prevenir gravidez após uma relação sexual desprotegida e potencialmente fecundante. Exemplos desses casos são: uso inadequado de métodos anticoncepcionais, esquecimento prolongado do contraceptivo oral, atraso na data do injetável, cálculo incorreto do período fértil ou de abstinência, interpretação equivocada da temperatura basal, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, rompimento do preservativo, deslocamento do diafragma, como também, após estupro (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2005).

Embora seja conhecida por “pílula do dia seguinte”, a denominação de contracepção de emergência deve ser estimulada para não ser entendida como restrita apenas às primeiras 24 horas pós-coito (COSTA *et al.* 2006).

O primeiro contraceptivo hormonal oral surgiu em 1960, nos Estados Unidos. Na mesma década, a administração de altas doses de estrógeno foi usada como um tratamento pós-coital em caso de estupro. Em 1974, o ginecologista canadense Albert Yuzpe utilizou altas doses das pílulas de contraceptivos de uso regular, combinando estrógeno e progesterona, como um método pós-coito, até 72 horas após a relação sexual, como forma de reduzir substancialmente o risco de gravidez indesejada (PRACTICE COMMITTEE, 2004).

Pesquisas posteriores permitiram o uso de pílulas contendo apenas progesterona, com grande eficácia e menos efeitos colaterais. Algum tempo depois, no Brasil, a contracepção de emergência pelo método Yuzpe, passou a

constar nas Normas de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Passam a ser considerados como contraceptivos pós-coitais: a combinação hormonal de um estrogênio e um progestágeno sintético (método Yuzpe), de 100 µg de etinilestradiol e 0,5 mg de levonorgestrel, em uma dose a cada 12 horas; recomendada pela Organização Mundial de Saúde, assim como o uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg, dividida em dois comprimidos de 0,75 mg, a cada 12 horas ou em dose única (TRUSSELL; ELLERTSON; DORFLINGER, 2003). A primeira dose de ambos os esquemas deve ser iniciada, no máximo até 72 horas pós-coito, mas pode ser administrada até cinco dias da relação sexual desprotegida, embora com maiores taxas de falha (BRASIL, 2005).

O DIU de cobre, implantado até cinco dias após a relação sexual, assim como o mifepristone também podem ser utilizados para a contracepção de emergência, porém não são abordados neste artigo (PRACTICE COMMITTEE, 2004; RATHKE *et al.*, 2001; YEUNG *et al.*, 2002).

O uso da contracepção de emergência envolve um complexo de questionamentos que vão além dos aspectos de eficácia do método, perpassando a ética, a religião, os valores e as crenças dos povos, no mundo todo. Por esse motivo deve ser estudado sob duas óticas complementares: de um lado, os aspectos farmacológicos relativos ao mecanismo de ação e a eficácia e, de outro, as questões direta ou indiretamente relacionadas à ética (OSIS *et al.*, 2006).

O mecanismo de ação da contracepção de emergência tem sido tema de diversos artigos, pois não está completamente esclarecido (CROXATTO *et al.*, 2001; GAINER *et al.*, 2007; MIKOLAJCZYK; STANFORD, 2007; VAN ROOIJEN *et al.*, 2007). Nas formulações combinadas, como o método Yuzpe, há uma interação entre estrogênio e progestágeno, inibindo a secreção de gonadotrofinas que irão impedir o amadurecimento dos folículos de Graaf, suprimindo ou retardando a ovulação, na primeira fase do ciclo menstrual. Na segunda fase do ciclo, após a ovulação, alterações do corpo lúteo, da função endometrial e do muco cervical também ocorrem. O muco cervical torna-se

espesso e hostil, impedindo ou dificultando a espermomigração no trato genital. (CROXATTO *et al.*, 2001; PEIXOTO; ABRANCHES; BARBOSA, 2001).

Revisão realizada por especialistas do *Karolinska Institute – Stockholm*, em 2004, conclui que o contraceptivo oferecido em uma única dose de levonorgestrel consegue evitar a gravidez em mais de 89% dos casos. Os possíveis efeitos estão relacionados a: bloqueio da ovulação ao invés de inibir a implantação (ACKERMAN, 2006), alterações da motilidade tubária e alteração de eventos importantes no processo da fertilização espermática (motilidade, reação acrossomal, ligação do espermatozóide à zona pelúcida e capacitação para fusão do espermatozóide ao ovócito) (NASCIMENTO, 2002; YEUNG *et al.*, 2002).

Tem sido pesquisada a possível ação desse hormônio após a fertilização, sem necessariamente influir ou interferir no processo da nidadação, ou seja, não provocando qualquer efeito danoso para o desenvolvimento do embrião, caso a mulher já esteja grávida. Os possíveis mecanismos de ação dos métodos de contracepção de emergência estão expressos no Quadro I.1, segundo Croxatto *et al.* (2001).

Nível de organização afetado pela droga	Processo afetado pela droga	Sítio de ação
Molecular	Ativação enzimática	Células do sistema reprodutivo
	Ativação receptora	
Celular	Comunicação célula-célula através do mecanismo neural, endócrino ou para-endócrino	Hipotálamo, glândula pituitária e ovário
Órgãos reprodutivos, processos ou entidades	Folicular	ovário
	Migração do esperma para o sistema ovulatório	Útero, colo do útero e trompa de Falópio
	Fertilização e desenvolvimento do zigoto	Trompa de Falópio
	Transporte embrionário e mórula-blastocisto	Trompa de Falópio e útero
	Diferenciação do endométrio para recepção e implantação do zigoto	útero

**Quadro I.1 – Espectro de possíveis modos de ação de contraceptivos de emergência**

Nota: Adaptado de Croxatto *et al.* (2001)

Têm sido evidenciadas maiores vantagens do esquema de levonorgestrel isolado, quando comparado ao método Yuzpe, nas quais se incluem menos contra-indicações e efeitos colaterais, tais como: náuseas, vômitos, sensibilidade mamária, vertigem, cefaléia e alterações do ciclo

menstrual, além da ausência de interação com os anti-retrovirais. O tempo decorrido entre o coito desprotegido e a administração do medicamento relaciona-se inversamente com a maior efetividade e diretamente com o menor índice de falhas do levonorgestrel. A efetividade (número de gestações prevenidas por relação sexual) é de 75% e o índice *Pearl* de falhas iguala-se a 2% (BRASIL, 2005).

Pesquisa realizada pelo *Chilean Institute of Reproductive Medicine* refere que o levonorgestrel suprime o hormônio luteinizante e interfere com a ovulação em 82% dos casos. Quanto ao índice de falhas, o método Yuzpe apresenta taxas de 2% entre zero e 24 horas do intercurso sexual, de 4,1%, decorridas 25 h e 48 h, e de 4,7%, entre 49 h e 72 h. Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do levonorgestrel são expressivamente menores, igualando-se a 0,4%, 1,2% e 2,7%, respectivamente. Considerando a média dos três primeiros dias, a taxa de falhas é de 3,2%, para o método de Yuzpe, e de 1,1%, para o levonorgestrel. Entre o quarto e o quinto dias, a taxa de falha da CE é mais elevada, assim como o uso repetitivo ou freqüente compromete sua eficácia, que é sempre menor que aquela obtida com o uso regular do método contraceptivo de rotina (BRASIL, 2005).

Taxas semelhantes foram observadas por Gainer *et al.* (2005), ao investigarem a eficácia dos CE nos centros de planejamento familiar, dois anos depois que passou a ser adquirido sem prescrição médica, na França. A pesquisa envolveu dois grupos: um composto por mulheres que tomaram a medicação até 72 h após uma única relação sexual desprotegida, em um ciclo menstrual, e outro que incluía o mesmo esquema de CE, após múltiplos atos sexuais dentro do mesmo ciclo. O índice de falha igualou-se a 2,7% para o uso não recomendável e 1,9%, para o uso dentro das recomendações do produto, confirmando eficácia e segurança da CE, mesmo em situações adversas.

Esses índices de falha fizeram com que a OMS afirmasse que, mesmo se todas as mulheres utilizassem métodos contraceptivos de forma correta e regular, ocorreriam cerca de seis milhões de gestações inesperadas, por falha desses métodos, pois nenhum deles tem 100% de eficácia. Com isso

ênfatiou a necessidade do incentivo ao uso dos métodos contraceptivos, com informações adequadas a essa utilização.

Quanto aos efeitos colaterais, Beaumord e Mattos (2003) chamam atenção às alterações metabólicas que poderão surgir com o uso dos hormônios associados ou isolados, nos quais se incluem: hipertensão arterial, hipercolesterolemia e alteração do perfil lipídico, enquanto que Middeldorp (2005) incluem ainda seus efeitos sobre os fatores de coagulação com risco de trombose.

Outros efeitos colaterais, desejáveis e indesejáveis, têm sido referidos na literatura, sem, contudo, relacionarem essas alterações diretamente ao uso da contracepção de emergência, mas, sim, atribuindo-os aos hormônios utilizados. Os artigos, quando muito, sugerem alteração do metabolismo de carboidratos, efeito sobre as glândulas supra-renais e tireóide, alteração das funções hepáticas e de vesícula biliar, assim como afirmam que os hormônios dessas fórmulas podem também promover reações favoráveis como melhora da dismenorréia, redução da tensão pré-menstrual, redução do risco de câncer de endométrio e de ovário, entre outros, quando seu uso é regular (RATHKE *et al.*, 2001).

Apesar dos avanços da farmacologia, ainda não foi possível comprovar que os hormônios empregados na contracepção de emergência possam acarretar favorecimento à saúde afora a prevenção da gravidez (MIDDELDORP, 2005).

Outros efeitos adversos incluem risco aumentado de gravidez ectópica que pode ser secundário à demora da migração do ovo fertilizado na trompa por ação do levonorgestrel, em ausência de distúrbio tubário, provavelmente por promover inversão da peristalse tubária e redução do batimento das fímbrias, por processo dose-dependente. No entanto maiores evidências científicas ainda são necessárias (BASU; CANDELIER, 2005; PEREIRA *et al.*, 2005; ZUCCHI *et al.*, 2004).

Parece haver consenso que os benefícios que a contracepção de emergência traz para a sociedade na prevenção da gravidez indesejável

ultrapassam, em muito, as falhas de concepção e os efeitos adversos. Apesar disso, eticamente, a contracepção de emergência suscita não só profunda reflexão quanto intensa polêmica que envolve desde o conceito de gravidez como processo reprodutivo a partir da nidação do oócito no endométrio, até sua expressão como exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Este é um segundo olhar sobre a contracepção de emergência que discute o confronto entre a ciência e a religião, o direito da contracepção de emergência e a recusa de alguns profissionais em prescrevê-la, sob a alegação de que é abortiva (ACKERMAN, 2006; BELL; MAHOWALD, 2000; DEI *et al.*, 2004; FAÚNDES; BRACHE; ALVAREZ, 2003).

A contracepção de emergência tem contado com a aprovação da Organização Mundial de Saúde, da *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), da *Family Health International* (FHI), da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e das agências reguladoras, na maioria dos países do mundo (BJELICA; KAPAMADZIJA; PAVLOV-MIRKOVIC, 2004; PRACTICE COMMITTEE, 2004; RATHKE *et al.*, 2001; SERFATY, 2003; TANCHEV; SHENTOV, 2004; WHO, 1998).

O Brasil não diverge dessa posição; além de ter a contracepção de emergência como medicação aprovada pelos órgãos de vigilância sanitária, disponibiliza em postos de saúde, para distribuição gratuita e, comercialmente, nas farmácias, onde pode ser adquirida sem prescrição médica. Além disso, a estabelece, por meio do Ministério da Saúde, como norma técnica de Planejamento Familiar, a partir de 1996, e de proteção à gravidez indesejada em situação de violência sexual, em 1998 (BRASIL, 2005; FAÚNDES; BRACHE; ALVAREZ, 2003).

Apesar disso, a introdução do método tem encontrado inúmeras barreiras, destacando-se as relacionadas com: grupos políticos de direita, falta de maiores informações sobre o método, motivos religiosos, especialmente da igreja católica pelo entendimento de que a CE pode ser abortiva (DÍAZ *et al.*, 2003). A isto se associam pouca educação sexual e falta de sensibilidade dos profissionais para as questões de gênero (CHUANG; FREUND, 2005). Esses processos foram

especialmente importantes na América Latina e, em particular, no Chile, na Argentina e no México, assim como nos Estados Unidos, até o final do Século XX (DÍAZ *et al.*, 2003).

O marco histórico ético foi a Conferência de Quito, em outubro de 2000, durante a qual os países da América Latina e os Estados Unidos constituíram o Consórcio Latino-Americano de Anticoncepção de Emergência (CLAE), com o objetivo de expandir as ações de contracepção de emergência por meio de defesa, promoção, difusão e acesso a esse método, o que se constituiu no marco dos direitos sexuais e reprodutivos (DÍAZ *et al.*, 2003).

O único aspecto da contracepção de emergência que realmente tem sido consenso, na maioria dos países, é seu uso por vítimas de estupro (HARDY *et al.*, 2001, MARTIN, 2004), porém mesmo nessa condição há algumas situações conflituosas. Em alguns países católicos, nos quais o conflito religioso é mais acirrado, e nos Estados Unidos, o produto é escasso ou é comercializado a preços altos, dificultando o acesso à população mais vulnerável. Por outro lado, o baixo nível de divulgação das informações técnicas adequadas parece contribuir para altos índices de intercursos sexuais sem proteção (HARRISON, 2005; POLIS; SCHAFFER; HARRISON, 2005; RAINE *et al.*, 2005).

Também, nesse aspecto, o Brasil não diverge dos demais países católicos, tanto assim que foi necessário o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, no Caderno de Ética em Ginecologia e Obstetrícia, reconhecer que a CE é um direito da mulher e determinar que negar sua prescrição sem justificativa aceitável constitui infração ética passível de medidas disciplinares pertinentes (CRM SÃO PAULO, 2002; FEBRASGO, 2004).

Mesmo diante desses obstáculos concernentes à ética, é preciso considerar que o modelo social cognitivo está em constante mudança, a qual envolve a significância e a importância dos objetivos sociais, a percepção de vulnerabilidade, os processos facilitadores e as barreiras para assunção de novos valores (RUBIO, 2004).

Já se comprovou que o usuário de contracepção de emergência é capaz de vencer essas barreiras, pois tem um ponto de vista mais positivo,

porque geralmente tem a aprovação do parceiro, divide mais os riscos de uma gravidez e sente-se confiante para perguntar mais sobre o método, assim como sobre o risco de gravidez e os efeitos colaterais das drogas (FREE; ODGEN, 2005). Acumulam-se investigações científicas sobre o tema, mas o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde ainda é relativamente escasso. Isso colabora para que persistam diversas dúvidas, principalmente sobre o risco de “efeito abortivo”.

Para Molina (2006), os princípios da bioética, da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça, cuja corrente principialista dá suporte à política do planejamento familiar, têm sido negligenciados. É necessário que a população e os profissionais de saúde recebam todas as informações disponíveis, para exercer o seu livre arbítrio e autogoverno, pesando os riscos e benefícios do método escolhido e se encontrar ciente dos critérios de elegibilidade, para vivenciar esses princípios.

### **Considerações finais**

Dentre as características da adolescência, está a descoberta da sexualidade e, com ela, a necessidade de um aprendizado que deve incluir também, e necessariamente, a prevenção de uma gravidez indesejável ou não planejada. Ainda que haja diversos métodos contraceptivos, nem todos são adequados para uso por adolescentes, independente de gênero. Isto investe os profissionais de saúde de um poder ainda maior, que consiste em formar adolescentes conscientes de riscos de uma gravidez não planejada, da vulnerabilidade da fase de vida que atravessam, das vantagens e desvantagens de cada método.

Assim, a contracepção de emergência na adolescência, quando empregada adequadamente e com responsabilidade, vem cumprir um papel social e ético. Se sua disponibilização em larga escala se configura como um direito de escolha de prole, também deve ser encarada como um exercício de cidadania plena. Nesse contexto, é preciso divulgar que, diferente de outros

métodos anticoncepcionais, a contracepção de emergência pode permitir associar os aspectos social, ético e médico, mas não exige qualquer membro da sociedade da responsabilidade de zelar para que sua aplicabilidade se faça de forma adequada, ainda mais a partir da possibilidade de seu uso em larga escala.

### **Referências bibliográficas**

ABBOTT, J.; FELDHAUS, K. M.; HOURY, D.; LOWENSTEIN, S. R. What do our patients know? **Ann Emerg Med**, v. 43, p. 376-381, 2004.

ACKERMAN, T. Emergency contraception: science and religion collide. **Ann Emerg Med**, v. 47, n. 2, p. 154-157, 2006.

AIKEN, A. M.; GOLD, M. A.; PARKER, A. M. Changes in young women's awareness, attitudes, and perceived barriers to using emergency contraception. **J Pediat Adolesc Gynecol**, v. 18, n. 1, p. 25-32, 2005.

ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. **Anticoncepção**: manual de orientação. FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: Ed Ponto. 2004. 308p.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; GAFFIKIN, L.; MAGNANI, R. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Emergency Contraception Policy Statement. **Pediatrics**, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

APTER, D.; CACCIATORE, R.; HERMANSON, E. **Adolescent contraception**. International Congress Series. 2004. v. 1266, p. 81-89.

AZEVEDO, G. E.; ABDO, C. H. N. **Adolescentes de classe média do ensino fundamental**: prática e conhecimento da sexualidade. Pediatria. São Paulo. 2006. Disponível em:  
<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/1177/body/06.htm>. Acesso em: 08/02/2007.

BAHAMONDES, L. A escolha do método contraceptivo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 5, p. 267-270, 2006.

BASU, A.; CANDELIER, C. K. Ectopic pregnancy with postcoital contraception. A case report. **Eur J Contracept Reprod Health Care**, v. 10, n. 1, p. 6-8, 2005.

BEAUMORD, C. F.; MATTOS, T. M. G. Planejamento familiar. In: **Ginecologia & Obstetrícia**. Manual para Concursos. 3. ed. São Paulo: Medsi. 2003. cap. 23, p. 167-183.

BELL, B. S.; MAHOWALD, M. B. Emergency contraception and the ethics of discussing it prior to the emergency. **Women's Health Issues**, v. 10, n. 6, p. 312-316, 2000.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

BERQUÓ, E. CAVENAGHI, S. **Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Realizado em Caxambu, Minas Gerais de 20 a 24 de setembro de 2004. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – ABEPCEBRAP.

BEZERRA, V. C. **Sexualidade, uso de preservativo e direito reprodutivo**. Revista Saber Viver: adolescência e AIDS – experiência e reflexões sobre o tema. Edição especial para profissionais de saúde. 2004. p. 24-26.

BJELICA, A.; KAPAMADZIJA, A.; PAVLOV-MIRKOVIC, M. Emergency contraception-current trends, possibilities and limitations. **Med Pregl**, v. 57, n. 9-10, p. 445-448, 2004.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BOTELHO, S. M. N. **Prostituição de adolescentes: Uma imagem construída na adversidade da sociedade**. 2003. 142f. Tese (Dissertação Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. São Paulo.

BRANCO, V. C. **Os adolescentes nos serviços de saúde**. Rev. Saber Viver: adolescência e Aids - experiências e reflexões sobre o tema. Ed especial para profissionais de saúde. 2004. p. 10-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher** – plano de ação 2004-2007 / Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. 2004. p. 39-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Anticoncepção de Emergência. **Perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art da

Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRUNO, Z. V.; BAILEY, P. Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto? In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, Z.; MCKAY, A. (orgs) **Seminário gravidez na adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. p. 57-66.

CABRAI, Z. A. F.; RAMOS; FONSECA, A. M.; MEDEIROS, S. F. Função lútea em adolescentes normais com ciclos menstruais regulares. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 9, p. 509-514, 2005.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev Saude Publica**, v. 38, n.1, p. 76-84, 2004.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K. **Gravidez e adolescência** - investigação de um problema moderno. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. 2002. p. 1-20.

CHIRINOS, J. L.; BRINDIS, C.; TYE, S.; MCCARTER, V. Differences and similarities in sexual and contraceptive knowledge, attitudes, and behavior among Latino male adolescent students in California, United States and Lima, Peru. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 4, p. 833-842, 2001.

CHUANG, C. H.; FREUND, K. M. Emergency contraception: an intervention on primary care providers. **Contraception**, v. 72, n. 3, p. 182-186, 2005.

COSTA, K. B. S.; CARVALHO, A. C. G.; KIVIA, B. S.; MENDES, S. H. F. M.; SOARES, A. Contracepção de Adolescentes do Rio de Janeiro. **Rev da SOGIA-BR**, Ano 7, n. 2, p. 3-6, 2006.

CRM. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Código de ética: resolução CFM nº. 1.246. Brasília: DOU, 1988. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: \_\_\_\_\_. **Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. 2002. p. 71-78.

CROXATTO, H. B.; DEVOTO, L.; DURAND, M.; EXCURRA, E.; LARREA, F.; NAGLE, C. *et al.* Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. **Contraception**, v. 63, p. 11-121, 2001.

DEI, M.; BRUNI, V.; BETTINI, P.; LEONETTI, R.; BALZI, D.; PASQUA, A. The resistance to contraceptive use in Young Italian women. **Eur J Contracep Reprod Health Care**, v. 9, n. 4, p. 214-220, 2004.

- DÍAZ, J.; DÍAZ, M. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área de Saúde do Adolescente e do Jovem**. Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento. Brasília, DF. 1999. v. 1, p. 303.
- DIAZ, J.; DIAZ, M.; BARACAT, E. C. O lugar da contracepção de Emergência no planejamento familiar no Brasil. **Femina**, v. 29, n. 3, p. 52-56, 2001.
- DÍAZ, S.; HARDY, E.; ALVARADO, G.; EZCURRA, E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptive. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 5, p. 1507-1517, 2003.
- DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética Feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Rev Bioética**, n. 2, p. 1-2, 2000.
- EISENBERG, M. E.; SIEVING, R. E.; BEARINGER, L. H.; SWAIN, C.; RESNICK, M. D. Parents' communication with adolescents about sexual behavior: a missed opportunity for prevention? **J Youth Adolesc**, v. 35, n. 6, p. 1-10, 2006.
- ESPEJO, X.; TSUNECHIRO, M. A.; OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; BAHAMONDESE, I.; SOUSA, M. H. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 5, p. 584-590, 2003.
- ESPÍRITO-SANTO, D. C.; TAVARES-NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 2, p. 562-569, 2004.
- FAÚNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency contraception - clinical and ethical aspects. **Int J Gynecol Obstet**, v. 82, p. 297-305, 2003.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Saúde do adolescente**: Manual de Orientação. São Paulo. 2001.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Saúde do adolescente**: Manual de Orientação. São Paulo. 2004.
- FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 19, supl. 2, p. S253-S261, 2003.
- FIGUEIREDO, R. **Sexualidade, prática sexual na adolescência e prevenção de gravidez não-planejada, incluindo contracepção de emergência**. São Paulo: Instituto de Saúde e REDE CE - Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência. 2005. p. 48.
- FOUCAULT, M.; MORT, F.; WALTERS, J. **História da sexualidade**. A vontade de saber. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1998. v. 1, p.152.

FREE, C.; OGDEN, J. Emergency contraception use and non-use in young women: The application of a contextual and dynamic model. **Br J Health Psychol**, v. 10, n. 2, p. 237-253, 2005.

GAINER, E.; MASSAI, R.; LILLO, S.; REYES, V.; FORCELEDO, M. L.; CAVIEDES, R. *et al.* Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. **Human Reprod**, p. 1-7, 2007.

GAINER, E.; PRUDHOMME, M.; PERRIOT, Y.; LEROUX, M. C.; BOUYER, J. Enquête prospective sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val-de-Marne. **Gynecol Obstet Fertil**, v. 33, p. 403-408, 2005.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad Saude Publica**, v.18, p. 103-112, 2002.

GOMES, A. C. O jovem e a violência. Desenvolvimento social do jovem: um novo enfoque. **Rev Perspec Saude Dir Reprod**, Ano 1, n. 2, 2000.

GOMES, W. A.; COSTA, M. C.; SOBRINHO, C. L. N.; SANTOS, C. A. S. T.; BACELAR, E. B. Adolescents' knowledge about adolescence, puberty and sexuality. **J Pediatr**, v. 78, n. 4, 2002.

GUIMARÃES, A. M. D. N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 11, n. 3, p. 293-298, 2003.

HARDY, E.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D.; ARCE, X. E.; POSSAN, M. Emergency contraception in Brazil: facilitators and barriers. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 4, p. 1031-1035, 2001.

HARRISON, T. Availability of emergency contraception: a survey of hospital emergency. **Ann Emerg Med**, v. 46, n. 2, p. 105-110, 2005.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev Estud Fem**, v. 14, n. 1, p. 336, 2006.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Populacionais do Censo IBGE**. Rio de Janeiro. 2000.

JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 2, p. 474-481, 2004.

MARTIN, A. La Anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 6, p. 424-431, 2004.

MIDDELDORP, S. Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. **Gender Med**, v. 3, suppl A, p. S3-S9, 2005.

MIKOLAJCZYK, R. T.; STANFORD, J. B. Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action. **Fertil Steril**, 2007.

MOLINA, A. IV congresso Afro-Brasileiro. Fundação Joaquim Nabuco. p. 41-42. Recife, 1994. In: MOLINA, A. **Contribuição ao conhecimento**: resumos de 127 estudos e trabalhos científicos – originais - publicados, apresentados ou defendidos. Recife: EDUPE. 2006.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

NASCIMENTO, J. A. A. **Efeito da adição de levonorgestrel sobre a reação acrossomal de espermatozoides de homens férteis**. 2002. 74f. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo.

NUNES, M. T. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães. **Rev Port Clin Geral**, v. 21, p. 247-256, 2005.

OSIS, M. J. D.; FAUNDES, A.; MAKUCH, M. Y.; MELLO, M. B.; SOUZA, M. H.; ARAUJO, M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 57-64, 2006.

PEIXOTO, M. L.; ABRANCHES, D. G.; BARBOSA, L. S. Contracepção e planejamento familiar. In: CAMARGOS, F.; MELO, H. **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed. 2001. cap. 4, p. 25-35.

PEREIRA, P. P.; CABAR, F. R.; RAIZA, L. C. P.; RONCAGLIA, M. T.; ZUGAIB, M. Emergency contraception and ectopic pregnancy: report of 2 cases. **Clinics**, v. 60, n. 6, p. 497-500, 2005.

PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S. R. Contracepção hormonal oral na adolescência: uma boa opção. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 1, p. 65, 2006.

PINHO NETO, J. S.; LIMA, J. C. Anticoncepção Hormonal. In: BANDEIRA, F.; GRIZ, L. **Endocrinologia ginecológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. cap. 7, p. 49-54.

- POLIS, C.; SCHAFFER, K.; HARRISSON, T. Accessibility of emergency contraception in California's Catholic hospitals. **J Women's Health Issues**, v. 15, n. 4, p. 174-178, 2005.
- PRACTICE COMMITTEE. Hormonal contraception: recent advances and controversies. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. **Fertil Steril**, v. 82, n. 2, p. 520-526, 2004.
- PRINSTEIN, M. J.; WANG, S. S. False consensus and adolescent peer contagion: examining discrepancies between perceptions and actual reported levels of friends deviant and health risk behaviors. **J Abn Child Psychol**, v. 33, n. 3, p. 293-306, 2005.
- RAINE, T. R.; HAPER, C. C.; ROCCA, C. H.; FISCHER, R.; PADIAN, N.; KLAUSNER, J. D. *et al.* Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 293, n. 1, p. 54-62, 2005.
- RATHKE, A. F.; POESTER, D.; LORENZATTO, J. F.; SCHMIDT, V. B.; HERTER, L. D. Contraceção hormonal contendo apenas progesterona. **Adolesc Latinoam**, v. 2, n. 2, p. 90-96, 2001.
- RUBIO, M. P. **Los jóvenes y el trabajo: una exploración en estudiantes del último año de la escuela media**. Universidad Nacional de Rosario y Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. 2004. n. 4, p. 1-11.
- SAITO, M. I.; LEAL, M. M. **O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo, v. 25, n. 1/2, p. 36-42, 2003.
- SERFATY, D. Emergency contraception in France: the user profile. **Gynecol Obstet Fertil**, v. 31, p. 724-729, 2003.
- SOUZA, J. M. M.; PELLOSO, S. M.; UCHIMURA, N. S.; SOUZA, F. Utilização de métodos contraceptivos entre usuárias as rede de saúde do município de Maringá-PR. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006.
- SUNDBY, J.; SVANEMYR, J.; MAEHRE, T. Avoiding unwanted pregnancy - the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. **Patient Educ Couns**, v. 38, n. 1, p. 11-19, 1999.
- TANCHEV, S.; SHENTOV, B. Emergency contraception with levonorgestrel in adolescents. **Akusherstvo I ginekologija**, v. 43, suppl 3, p. 41-44, 2004.
- TEIXEIRA, A. M. F. B.; KNAUTH, D.; FACHEL, J. M. G.; LEAL, A. F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

TRUSSELL, J.; ELLERTSON, C.; DORFLINGER, L. Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle of intercourse: implications for mechanism of actions. **Contraception**, v. 67, p. 167-171, 2003.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude. **Relatório da situação da infância e adolescência**. Brasília. 2003.

VAISBERG, T. M. J. A. Sofrimento e adolescência no mundo contemporâneo sob a perspectiva da psicologia social clínica. In: **1 Simpósio Internacional do Adolescente**. São Paulo. 2005.

VAN ROOIJEN, M.; SILVEIRA, A.; THOMASSEN, S.; HANSSON, L. O.; ROSING, J.; HAMSTEN, A. *et al.* Rapid activation of homeostasis after hormonal emergency contraception. **Thromb Haemost**, v. 97, n. 1, p. 15-20, 2007.

VIEIRA, L. M.; SAES, S. O.; DORIA, A. A. B.; GOLDBERG, T. B. L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant**, v. 6, n. 1, p. 135-140, 2005.

VILELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, 2006.

WHO. World Health Organization. **Married adolescents: no place of safety**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2006.

WHO. World Health Organization. **Emergency contraception: a guide for service delivery: WHO/FRH7FPP798**. Genebra. 1998. n. 19.

YEUNG, W. S. B.; CHIU, P. C. N.; WANG, C. H.; YAO, Y. Q.; HO, P. C. The effects of levonorgestrel on various sperm functions. **Contraception**, v. 66, p. 453-457, 2002.

ZUCCHI, R. M.; ELITO JR, J.; ZUCCHI, F.; CAMANO, L. Gravidez ectópica após uso de contracepção de emergência: relato de caso. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 26, n. 9, p. 741-743, 2004.

**ARTIGO II - Contracepção de emergência entre  
adolescentes de escolas públicas de Pernambuco**

## Contraceção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o comportamento sexual dos adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, seu conhecimento sobre a contraceção de emergência e a forma de sua utilização. **Sujeitos e métodos:** Realizou-se estudo epidemiológico transversal, de base populacional, envolvendo alunos de ambos os sexos, com idade de 14 a 19 anos, cursando ensino médio em 76 escolas públicas das cinco regiões geográficas do estado de Pernambuco, entre Abril e Outubro de 2006. A amostra foi aleatória, estratificada segundo porte e densidade de escolas e de alunos em cada microrregião do Estado. O tamanho amostral igualou-se a 4.210 alunos adolescentes, calculado com o programa SampleXS, admitindo: erro máximo de 3%, prevalência estimada de 7%, população igual a 352.829 alunos, nível de significância de 5% e acréscimo de 20% em cada região para eventuais perdas. Empregou-se o questionário *Global School-Based Student Health Survey*. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães. As variáveis foram para caracterização: sócio-econômica; do comportamento sexual, assim como do conhecimento e da forma de uso de contraceção de emergência. Para organização e análise dos dados empregaram-se os programas *Statistical Analysis System*, versão 8, e *Statistical Package for Social Sciences*, versão 13.0, empregando teste de Qui-quadrado, com nível de significância de 5%. **Resultados:** As características sócio-demográficas predominantes foram: sexo feminino (59,6%); idade de 17 a 19 anos (58%), cor parda da pele (68,1%), habitação na zona urbana (78,9%) e mães com escolaridade até ensino fundamental (56,5%). Havia iniciado vida sexual 44,4% dos adolescentes, mais frequentemente após os 15 anos de idade (56%), dos quais 71,3% afirmaram uso de preservativo no último ano, com três ou mais parceiros sexuais. A maioria dos alunos conhecia contraceção de emergência (61,4%), apesar de não receber informações (35%). O uso da contraceção mais freqüente foi uma vez (13,7%) e incorretamente (74,7%). Houve associação significante entre conhecimento de contraceção de emergência para adolescentes: com idade de 17 a 19 anos, do sexo feminino, casados ou vivendo com parceiro, residentes na zona urbana, que possuíam computador, cuja mãe tinha ensino médio ou superior completo, e que haviam iniciado vida sexual ( $p < 0,001$ ). Houve associação significante entre a forma de uso correta da contraceção de emergência por estudantes exercendo outra ocupação, que receberam informação por professores ou veiculada em propagandas. **Conclusão:** São necessárias ações de educação sexual para incentivar a prática de sexo seguro, em idade adequada e fornecer informações corretas e suficientes sobre contraceção de emergência aos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência. Comportamento sexual. Métodos contraceptivos. Anticoncepção pós-coital. Planejamento Familiar.

## **Abstract**

**Objective:** To describe the sexual behaviour of adolescents from public schools in Pernambuco, Brazil; their knowledge about emergency contraception and its use. **Methods:** A cross-sectional epidemiological population-based study was carried out between April and October 2006, involving pupils from 76 secondary schools located in five geographical regions of Pernambuco state, of both genders and aged 14 to 19. The sample was randomized, stratified by size and density of schools, as well as number of pupils in each micro-region of the state. The sample size totalled 4,210 teenage pupils, calculated with SampleXS software, allowing for: 3% maximum error, 7% estimated prevalence, population totalling 352,829 pupils, 5% significance level and addition of 20% to each region for possible losses. The questionnaire was *Global School-Based Student Health Survey*. The research was approved by the Ethic Committee on Human Research from Agamenon Magalhães Hospital. The variables were classified as: socio-economic characteristics, sexual behaviour as well as knowledge and methods of emergency contraception used. Data were organized and analyzed by *Statistical Analysis System* version 8 and *Statistical Package for Social Sciences* version 13.0 software, as well as chi-square test with 5% significance level. **Results:** Predominant socio-demographic characteristics were: female gender (59.6%); age 17 to 19 (58%); brown skin (68.1%); residence in an urban area (78.9%); and mothers with only basic education (56.6%). 44.4% of students had started sexual activity, most frequently after 15 (56%), and 71.3% of these said they had used a condom in the last year with three or more sexual partners. Most pupils knew of emergency contraception (61.4%) despite not receiving information (35%); 13.7% stated they had used this method only once, but incorrectly (74.7%). There was significant association between knowledge of emergency contraception and the following characteristics: age 17-19, female gender, married or living with a partner, residence in an urban area, owning a computer, with a mother who had completed secondary or higher education and having started sexual activity ( $p < 0.001$ ). Those students who had another occupation, and received information from teachers or publicity, more often used contraception correctly, and these associations were significant. **Conclusion:** Sex education programs are needed to encourage safe sex practice at an appropriate age and to supply adolescents with sufficient correct information on emergency contraception.

Key-words: Adolescence. Sexual behavior. Contraceptive methods. Post-coital contraception. Family planning.

## ***Introdução***

Uma das características da adolescência é o início de vida sexual como forma de participação das relações de poder entre os gêneros, assim como a formação da identidade social. Esse exercício da sexualidade tem sido feito à custa de um grande número de gravidezes não planejadas, quer pela não utilização do método contraceptivo, na maior parte das vezes, quer por falha dos métodos. Considerando os riscos a que o adolescente está exposto quando de uma gravidez não planejada, a contracepção de emergência se apresenta como alternativa válida, porém condicionada ao disciplinamento, já que é um método que deve ser de uso eventual (DÍAZ *et al.*, 2003).

Não só a maternidade está no imaginário das pessoas associada à feminilidade ou a um imperativo social do sexo feminino, como também é parte do imaginário do adolescente como algo improvável porque os elementos biológico, social e simbólico interagem. Essa interação pode influenciar a ideologia da concepção, ou seja, da maternidade nos adolescentes, levando a uma nova perspectiva de autonomia (CHURCHILL, 2003; GUPTA, 2002). A contracepção de emergência também vem atender à falha desse imaginário, já que as adolescentes que intencionalmente engravidam, porque planejam, representam a menor parcela (DINIZ; GUILHEM, 2000; TRIPP; VINER, 2005).

Ao analisar as causas da exposição ao risco de gestação indesejada, as hipóteses perpassam a ausência de um programa de educação sexual (CARVALHO; PIROTTA, SCHOR, 2001; GUIMARÃES; VIEIRA; PALMEIRA, 2003; ROMO; BERENSON; WU, 2004), vergonha de ir ao médico, preconceito quanto à utilização do preservativo masculino, falta de informação sobre métodos contraceptivos e dificuldade de obtenção de contraceptivo de barreira ou hormonal (ALMEIDA *et al.*, 2003; BORGES; SCHOR, 2005; FERNANDES, 2003) e, às vezes, a aceitação do jogo de poder de gênero, com submissão da mulher aos padrões sociais de domínio (ALDRIGHT; PETTA, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2003; HARPER; MINNIS; PADIAN, 2003; PIROTTA, 2002).

Essas suposições ganham especial importância quando se constata que baixas condições socioeconômicas e baixa escolaridade, em países em desenvolvimento, como o Brasil, podem atuar como fator de risco para gravidez indesejada (COSTA *et al.*, 2006; GUPTA, 2002; SCHOR *et al.*, 2000), o que pode também estar mais relacionado às práticas sexuais do que ao conhecimento formal sobre métodos contraceptivos (CARRET *et al.*, 2004; SUNDBY, SVANEMYR; MAEHRE, 1999).

Poucos estudos têm sido realizados para descrever e analisar as práticas sexuais dos adolescentes e seu conhecimento quanto à contracepção de emergência como processo que eventualmente pode ser necessário no exercício pleno da sexualidade. A presente pesquisa tem por objetivo descrever o comportamento sexual dos adolescentes de escolas públicas estaduais de Pernambuco, seu conhecimento sobre a contracepção de emergência e a forma de sua utilização.

### ***Sujeitos e Métodos***

#### *CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO*

Foi adotado o delineamento de um estudo epidemiológico transversal (ROTHMAN, 1997), de base populacional, por meio de um consórcio de pesquisa que resultou do projeto “*Estilos de vida e comportamentos de risco à saúde em adolescentes: do estudo de prevalência à intervenção*”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde, da Universidade de Pernambuco. Participaram do consórcio seis mestrandos do programa de Pós-graduação em Hebiatria da Faculdade de Odontologia da mesma Universidade.

#### *LOCAL DO ESTUDO*

O estado de Pernambuco, situado na Região Nordeste do Brasil, ocupa uma área de 98.311,616 km, habitada por 7.918.344 cidadãos, distribuídos

em 185 Municípios, e está dividido em cinco regiões geográficas (Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e Região do São Francisco), estando 85% das terras localizadas no Polígono das Secas (Figura II.1) (IBGE, 2006).



**Figura II.1 – Mapa das Regiões Geográficas do Estado de Pernambuco**

FONTE: Governo do Estado de Pernambuco (2005)

Quanto à economia, o Produto Interno Bruto (PIB) do Estado é de 42 milhões, representando aproximadamente 20,01% do PIB regional e aproximadamente 2,64% do País. O PIB *per capita* de Pernambuco é de R\$ 5.132,00. Mais de 70% da força de trabalho ocupada está no setor terciário. Quase metade da população do Estado é considerada de baixa renda, incluindo os que não têm qualquer rendimento e os que têm rendimentos inferiores a um salário mínimo. A esperança de vida ao nascer, em Pernambuco, em 2006, está estimada em 64,01 anos, para os homens, e 71,01 anos, para as mulheres (IBGE, 2006).

Quanto às características habitacionais, segundo a Companhia Pernambucana de Saneamento e Serviços de Água (COMPESA), 80% da população não dispõe de rede de esgotos ou de fossa séptica e, na área urbana, 37% das residências não têm água encanada. De acordo com os dados da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE), 11,63% da população não dispõe de energia elétrica (IBGE, 2000).

Em 1995, a escolaridade no Estado caracterizava-se por cerca de 30% da população com mais de 15 anos de idade ser analfabeta e desta, 54% residir no meio rural. Em 2000, o percentual de analfabetismo, no Estado, decresceu para 24%, conforme dados do Censo 2001 (IBGE, 2001).

No Estado, existem aproximadamente 668 escolas públicas de ensino médio, adscritas a 17 Gerências Regionais de Educação (GERE), em cuja estruturação são organizados todos os dados censitários referentes às políticas públicas educacionais dos 185 municípios do estado de Pernambuco (Figura II.2).



Figura II.2 - Localização das Gerências Regionais de Educação (Pernambuco)

LEGENDA:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ● 01 - Recife Norte                | ● 09 - Vale do Capibaribe (Limoeiro)                |
| ● 02 - Recife Sul                  | ● 10 - Agreste Centro Norte (Caruaru)               |
| ● 03 - Metropolitano Norte         | ● 11 - Agreste Meridional (Garanhuns)               |
| ● 04 - Metropolitano Sul           | ● 12 - Sertão do Moxotó Ipanema (Arcoverde)         |
| ● 05 - Mata Norte (Nazaré da Mata) | ● 13 - Sertão do Alto Pajeú (Açogados da Ingazeira) |
| ● 06 - Mata Centro (Vitória)       | ● 14 - Sertão do Submédio São Francisco (Floresta)  |
| ● 07 - Mata Sul (Palmares)         | ● 15 - Sertão do Médio São Francisco (Petrolina)    |
| ● 08 - Litoral Sul (Barreiros)     | ● 16 - Sertão Central (Salgueiro)                   |
|                                    | ● 17 - Sertão do Araripe (Arapirina)                |

FONTE: SEDUC PE

Quanto às condições de saúde, no Estado, as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte (30,74%), seguindo-se as mortes violentas (18,71%) e as neoplasias (10,27%) (IBGE, 2003). A mortalidade infantil vem diminuindo, em decorrência da adoção de medidas voltadas para a atenção básica. Em 2000, apresentava um coeficiente de 38,01 por mil nascidos vivos e, em 2005, houve um decréscimo de 14,3% mortes por mil nascidos vivos (IBGE, 2006).

POPULAÇÃO ALVO

A população alvo foi constituída por 352.829 estudantes, de ambos os sexos, com idade mínima de 13 anos, matriculados no ensino médio de 668 escolas da rede pública estadual, segundo dados da Secretaria da Educação e Cultura do Estado (PERNAMBUCO, 2005) (Quadro II.1).

Região Geográfica	GERE	Número de escolas	Matrículas por turno		Total
			diurno	noturno	
Agreste	Centro Norte	41	6.732	16.594	23.326
	Meridional	38	7.180	10.937	18.117
	Vale do Capibaribe	27	7.710	6.659	14.369
Zona da Mata	Norte	40	9.432	10.768	20.200
	Centro	29	5.895	10.640	16.535
	Sul	31	4.956	7.401	12.357
	Litoral Sul	14	2.771	4.587	7.358
Região Metropolitana	Metropolitano Norte	70	15.821	24.240	40.061
	Metropolitano Sul	74	19.260	30.189	49.449
	Recife Norte	56	17.700	19.284	36.984
	Recife Sul	60	15.451	22.511	37.962
Sertão	Central	20	4.751	4.723	9.474
	do Moxotó	39	4.985	9.871	14.856
	do Alto Pajeú	38	6.878	7.809	14.687
	do Araripe	26	3.144	7.772	10.916
Sertão do São Francisco	Submédio São Francisco	20	2.768	4.510	7.278
	Médio São Francisco	45	6.814	12.086	18.900
<b>Total</b>		<b>668</b>	<b>142.248</b>	<b>210.581</b>	<b>352.829</b>

**Quadro II.1 - Número de escolas e alunos matriculados nas escolas de ensino médio, rede pública estadual de Pernambuco. Censo escolar de 2005**

Para a delimitação da base de estudo às escolas públicas tomaram-se por base os estudos de Barros (2004) e Silva *et al.* (2005), nos quais ficaram evidenciados que: (a) os estudantes de escolas públicas estão expostos a maior possibilidade de adoção de condutas de risco à saúde, (b) os dados obtidos a partir dessa população podem subsidiar a elaboração de políticas públicas estaduais.

### *DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA*

As escolas de ensino médio do estado de Pernambuco não estão distribuídas uniformemente nas 17 Gerências Regionais de Ensino (Quadro II.1). Na tentativa de garantir uma melhor representatividade dos escolares, optou-se por classificar as escolas segundo porte, representado pelo número de alunos matriculados no ensino médio: porte I (pequeno) - menos de 200 alunos, porte II (médio) - 200 a 499 alunos, e, porte III (grande) - mais de 500 alunos.

A densidade de estudantes matriculados em cada região conforme turno (diurno ou noturno) foi observada no planejamento amostral. Para que a proporção de rapazes/moças (cerca de 50% / 50%), característica da população, pudesse estar representada na amostra final, multiplicou-se o tamanho mínimo da amostra por 4,0 (efeito do delineamento de amostragem), conforme recomenda a literatura (CDC, 1998).

O cálculo do tamanho mínimo da amostra foi efetuado mediante utilização do programa *SampleXS*, distribuído pela Organização Mundial de Saúde para apoiar o planejamento amostral em estudos transversais. Foram adotados os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%; erro máximo tolerável de 3% e prevalência estimada arbitrada em 50%, por não se conhecer com precisão a extensão dos problemas em foco na população sob investigação. Adicionalmente, visando a atenuar as limitações impostas por eventuais perdas na aplicação ou no preenchimento inadequado dos questionários, decidiu-se por acrescer em 20% o tamanho da amostra em cada região.

O tamanho amostral final constituído por alunos com idade entre 14 e 19 anos igualou-se a 4.210 estudantes adolescentes (Quadro II.2).

Região Geográfica	GERE	Número de sujeitos na amostra*					
		Diurno		Noturno		Total	
		n	%	n	%	n	%
Agreste	Centro Norte	117	37,0	199	63,0	316	7,5
	Meridional	134	65,0	72	35,0	206	4,9
	Vale do Capibaribe	110	60,4	72	39,6	182	4,3
Zona da Mata	Norte	192	74,1	67	25,9	259	6,2
	Centro	120	61,5	75	38,5	195	4,6
	Sul	83	43,9	106	56,1	189	4,5
	Litoral Sul	48	48,0	52	52,0	100	2,4
Região Metropolitana	Metropolitano Norte	236	54,3	165	41,1	401	9,5
	Metropolitano Sul	293	54,3	247	45,7	540	12,8
	Recife Norte	298	71,8	117	28,2	415	9,9
	Recife Sul	228	56,6	175	43,4	403	9,6
Sertão	Central	73	66,4	37	33,6	110	2,6
	do Moxotó	70	45,5	84	54,5	154	3,7
	do Alto Pajeú	113	61,1	72	38,9	185	4,4
	do Araripe	50	39,7	76	60,3	126	3,0
Sertão do São Francisco	Submédio São Francisco	65	62,5	39	37,5	104	2,5
	Médio São Francisco	191	58,8	134	41,2	325	7,7
	Total	2421	57,5	1789	42,5	4210	100,0

**Quadro II.2 - Tamanho da amostra de adolescente por turno e Gerência Regional de Educação**

NOTA: \* tamanho já acrescido de margem de segurança de 20% para recusas

### SELEÇÃO DA AMOSTRA

O processo de seleção amostral foi por conglomerado em dois estágios, conforme apresentado no Quadro II.3. Estes procedimentos para seleção da amostra são semelhantes aos que foram utilizados por Guimarães (1999), em Aracaju, com adolescentes de escolas públicas.

Estágios	Elemento amostral	Tipo e critérios de seleção
I	Escola	Tipo de seleção: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aleatória</li> </ul> Critérios de seleção: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tamanho da escola (grande, médio e pequeno)</li> <li>▪ Densidade de escolas e estudantes em cada Microrregião do Estado</li> </ul>
II	Turma	Tipo de seleção: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aleatória</li> </ul> Critérios de seleção: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Densidade de turmas e estudantes matriculados no período diurno e noturno</li> </ul>

**Quadro II.3– Planejamento amostral por conglomerados em dois estágios**

Definido o tamanho da amostra com 4.210 estudantes, procedeu-se à seleção das escolas que deveriam ser visitadas para coleta de dados. Para que, mesmo nas GERE com menor quantitativo de escolas, fosse possível selecionar uma escola de cada porte (pequeno, médio e grande) do estado de Pernambuco, optou-se por adotar a fração amostral de aproximadamente 11%, correspondente à média das duas maiores densidades de alunos (Quadro II.2). Utilizou-se o programa *Randomizer* (2007), para realizar o sorteio das 76 escolas necessárias para atendimento ao plano amostral do estudo. Em seguida, usando o mesmo programa e processo, foram sorteadas as turmas.

Com base nos dados coletados durante o estudo-piloto, no qual se observou elevado absenteísmo, em particular, entre os estudantes do período noturno, estimou-se, para dimensionamento do número de turmas a serem sorteadas, que cada turma tinha aproximadamente 25 estudantes, independente de sexo, obtendo-se um total de 199 turmas de 76 escolas, que foram visitadas para coleta de dados (Quadro II.4).

Região Geográfica	GERE	Cidade sede	Número de escolas, turmas e alunos		
			Escolas sorteadas	Nº de turmas	Nº de alunos
Agreste	Centro Norte	Caruaru	4	11	315
	Meridional	Garanhuns	4	9	207
	Vale do Capibaribe	Limoeiro	3	10	183
Zona da Mata	Norte	Nazaré da Mata	5	13	259
	Centro	Vitória de Santo Antão	4	9	196
	Sul	Palmares	3	7	189
	Litoral Sul	Barreiros	2	7	100
Região Metropolitana	Metropolitano Norte	Recife	8	20	401
	Metropolitano Sul	Recife	8	28	541
	Recife Norte	Capital	6	18	416
	Recife Sul	Capital	7	18	404
Sertão	Central	Salgueiro	3	7	109
	do Moxotó Ipanema	Arcoverde	4	7	152
	do Alto Pajeú	Afogados da Ingazeira	4	10	183
	do Araripe	Araripina	3	8	127
Sertão do São Francisco	Submédio São Francisco	Floresta	3	5	104
	Médio São Francisco	Petrolina	5	12	324
<b>Total</b>			<b>76</b>	<b>199</b>	<b>4210</b>

**Quadro II.4– Número de escolas sorteadas e participantes, de turmas e alunos por GERES**

### *INSTRUMENTO DE MEDIDA*

Os dados foram coletados por meio do questionário *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), proposto pela Organização Mundial de Saúde com o objetivo de avaliar em adolescentes a exposição a comportamentos de risco à saúde. A versão em português deste instrumento (Anexo E) foi submetida a processo de validação e teste-piloto, observando-se que o mesmo apresenta boa consistência de medidas e validade de conteúdo e face.

### *IMPLEMENTAÇÃO DO ESTUDO*

Inicialmente, foi enviada uma carta para a Secretaria de Educação e Cultura do estado de Pernambuco (SEDUC) informando sobre os objetivos da pesquisa, por conseguinte, solicitando autorização para levantamento de dados nas escolas. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães (Anexo A), a equipe de pesquisa participou de uma reunião com os gestores de todas as GERE, em março de 2006, sob a coordenação da Gerência de Projetos Especiais da Secretaria de Educação do estado de Pernambuco. Nessa ocasião, foi feita a apresentação do projeto de pesquisa e da relação das escolas sorteadas para participarem do estudo, ao mesmo tempo em que se pactuou a colaboração das gerências para desenvolvimento do levantamento (Anexo B).

A etapa seguinte consistiu do contato com os diretores das escolas sorteadas a fim de agendar a data de realização da visita à escola e fornecer orientações sobre o encaminhamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Negativo aos pais dos estudantes (Anexo C). Nesta oportunidade foi efetuada a confirmação da existência das turmas sorteadas para participação no estudo. Na seqüência e com a devida antecedência, foi enviada, via correio, correspondência para todas as escolas participantes contendo um resumo do projeto e os Termos de Consentimento Negativo (Anexo D) para remessa aos pais dos alunos.

Foram realizadas reuniões técnicas com o grupo de pesquisa, composto pelo coordenador do projeto, pesquisadores e auxiliares de pesquisa. Os pesquisadores foram treinados quanto à aplicação do questionário e obtenção das medidas antropométricas e de pressão arterial, por meio de treinamento prático, procedendo-se aos testes de reprodutibilidade intra e inter-avaliadores. Os auxiliares de pesquisa receberam instruções para as atividades de apoio à realização do trabalho.

#### *VARIÁVEIS*

Foram admitidos três grupos de variáveis: sócio-demográficas; de comportamento sexual e referente à informação sobre contracepção de emergência. Para caracterização sócio-demográfica amostral, foram adotadas as variáveis: sexo, estado civil, cor da pele, ocupação, local de residência, escolaridade materna e posse de computador.

O comportamento sexual incluiu: referência ao início de vida sexual, idade da primeira relação sexual expressa em anos, uso de preservativo no último ano antecedendo à coleta, número de parceiros sexuais durante a vida. Quanto à contracepção de emergência, investigou-se: conhecimento do método, agentes de informação, frequência de uso do método em 12 meses antecedendo a coleta dos dados e forma de uso, admitindo-se como correto o uso de contracepção de emergência até as primeiras 72 horas pós-coito, independente do método empregado.

Para detalhar fatores que poderiam ter interferido sobre a forma de uso da contracepção de emergência, admitiram-se as variáveis: região geográfica de moradia do adolescente, idade à coitarca, agentes de informação sobre o método, número de parceiros sexuais, escolaridade da mãe e frequência de uso da contracepção de emergência nos 12 meses que antecederam o ingresso na pesquisa.

## COLETA DE DADOS

Antes do início da coleta, foi realizado treinamento com mestrandos e estudantes dos cursos de graduação de enfermagem e educação física, para unificar processos e atividades, sendo determinado que a aplicação dos questionários fosse realizada apenas pelos mestrandos e os demais alunos colaborariam nas medidas administrativas de apoio.

Conforme planejamento prévio, a fase de coleta ficou dividida em duas etapas. Na primeira, de abril a junho de 2006, as entrevistas foram realizadas nas escolas da Região Metropolitana, do Agreste Centro Norte, na Zona da Mata Norte e na Zona da Mata Centro. Na segunda etapa, realizada de agosto a outubro de 2006, foram entrevistados os alunos das escolas localizadas no Sertão, Região do São Francisco, Agreste Meridional, Zona da Mata Sul e Litoral Sul. Esta divisão foi necessária devido ao período de férias escolares, no mês de Julho.

Para proceder ao levantamento das informações, em sala de aula, formaram-se grupos de 20 a 30 alunos que voluntariamente concordaram em participar. Inicialmente, a pesquisadora esclareceu aos estudantes que as informações fornecidas seriam mantidas em sigilo, não influenciando no seu desempenho escolar e que só seriam utilizadas para fins de pesquisa. Além disso, os adolescentes foram orientados para não se identificarem no questionário. Na seqüência, após a distribuição dos questionários, a pesquisadora forneceu instruções prévias e fez a leitura de cada uma das perguntas, para que os alunos respondessem. Em caso de dúvida ou dificuldade quanto ao entendimento da pergunta, a pesquisadora auxiliou o estudante, sem, no entanto, influenciar na resposta.

## PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

A tabulação final dos dados foi efetuada com o programa *EpiData*,

versão 3.1, um sistema de domínio público distribuído pela *The EpiData Association*, com o qual também foram realizados os procedimentos eletrônicos de controle de entrada de dados, por meio da função *CHECK* (controles). A fim de detectar erros, a entrada de dados foi repetida e, por meio da função de comparação de arquivos duplicados, os erros de digitação foram detectados e corrigidos.

#### *ANÁLISE DOS DADOS*

Para a obtenção dos cálculos estatísticos, foram utilizados os programas SAS (*Statistical Analysis System*), na versão 8, e SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), na versão 13.0. Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas (técnicas de Estatística Descritiva). Para o estudo da associação de variáveis com o início de vida sexual e a forma de uso de contracepção de emergência, foi utilizado teste de Qui-quadrado, em nível de significância de 0,05.

### **Resultados**

As informações dos 4.210 alunos foram agrupadas, para efeito de análise, em cinco categorias: sócio-demográficas, comportamento sexual, informação sobre contracepção de emergência, conhecimento e uso da contracepção de emergência.

#### *CATEGORIA SÓCIO-DEMOGRÁFICA*

Na tabela II.1, estão apresentadas as características sócio-demográficas dos sujeitos da amostra. Dentre os 4.210 adolescentes, predominaram: sexo feminino (59,8%), faixa etária de 17 a 19 anos (58%), cor parda da pele (68,1%), habitação na zona urbana das cidades pesquisadas

(77,2%), não possuir computador (88,9%) e mães com escolaridade até ensino fundamental (72,5%).

Cumprе ressaltar que 3,4% desses adolescentes estavam casados ou viviam em união consensual, enquanto que 21,4% acumulavam o exercício de uma ocupação, além das atividades de estudantes (Tabela II.1).

**Tabela II.1 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas dos 4.210 estudantes do ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco - 2006**

<i>VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sexo<sup>(1)</sup></b>		
Masculino	1688	40,2
Feminino	2513	59,8
<b>Faixa etária (anos)</b>		
14 – 16	1769	42,0
17 – 19	2441	58,0
<b>Estado civil<sup>(2)</sup></b>		
Solteiro	3920	94,4
Casado ou vivendo com companheiro(a)	143	3,4
Viúvo ou separado	90	2,2
<b>Cor da pele</b>		
Parda	2867	68,1
Branca	1057	25,1
Amarela	157	3,7
Preta	99	2,4
Indígena	30	0,7
<b>Ocupação</b>		
Estudante	3311	78,6
Estudante com outra ocupação	899	21,4
<b>Local de residência<sup>(3)</sup></b>		
Zona urbana	3302	78,9
Zona rural	881	21,1
<b>Posse de computador<sup>(4)</sup></b>		
Sim	447	10,7
Não	3742	89,3
<b>Escolaridade materna<sup>(5)</sup></b>		
Iletrada	674	17,0
Ensino fundamental	2379	60,2
Ensino médio	730	18,5
Ensino superior completo	171	4,3

NOTA: <sup>(1)</sup> – Nove (0,2%) estudantes omitiram essa informação

<sup>(2)</sup> – Omitiram o estado civil 57 (1,4%) estudantes

<sup>(3)</sup> – Vinte e sete (0,6%) estudantes não informaram o local de moradia

<sup>(4)</sup> – Vinte e um (0,5%) estudantes não informaram posse de computador

<sup>(5)</sup> – Omitiram a escolaridade materna, 256 (6,1%) estudantes

### COMPORTAMENTO SEXUAL

Quanto ao comportamento sexual, constatou-se que 44,4% dos adolescentes pesquisados tinham iniciado a vida sexual, dos quais 44% o fizeram

antes dos 15 anos de idade, sendo 13,5% em idade menor ou igual a 12 anos. Dentre os adolescentes com vida sexual ativa, 71,3% declararam ter feito uso de preservativo nos últimos 12 meses (Tabela II.2).

Questionados quanto ao número de parceiros sexuais, 47,2% dos adolescentes afirmaram ter história de mais de três, enquanto que um percentual menor referiu relação sexual com um único parceiro (34,6%) (Tabela II.2).

**Tabela II.2 – Distribuição das variáveis relativas ao comportamento sexual de 4.210 estudantes do ensino médio da rede pública estadual do estado de Pernambuco - 2006**

<i>Variáveis relativas ao comportamento sexual</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Vida sexual<sup>(1)</sup></b>		
Não iniciada	2339	55,6
Iniciada	1863	44,4
<b>Idade à primeira relação sexual (anos)<sup>(2)</sup></b>		
≤ 12	251	13,5
13 – 14	568	30,5
≥ 15	1044	56,0
<b>Uso de preservativo no último ano<sup>(2)</sup></b>		
Não	534	28,7
Sim	1329	71,3
<b>Número de parceiros sexuais durante a vida<sup>(2)</sup></b>		
Um	644	34,6
Dois	339	18,2
Três ou mais	880	47,2

NOTA: <sup>(1)</sup> – Oito (0,2%) estudantes omitiram essa informação

<sup>(2)</sup> – Percentuais calculados sobre 1863 estudantes com vida sexual iniciada

#### *INFORMAÇÃO SOBRE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA*

Independente do início da vida sexual, ao serem questionados quanto ao conhecimento da contracepção de emergência, 1.613 (38,6%) adolescentes responderam afirmativamente, detalhando ter obtido tais informações entre amigos (15,5%), pais ou parentes (14,6%) ou com os profissionais de saúde (13,9%). No entanto, 35% omitiram o agente de informação e 10,4% tiveram na propaganda sua fonte de informações, o que incluiu aquelas veiculadas na mídia ou em publicações disponíveis em farmácia (Tabela II.3).

Dentre os 1.863 adolescentes que afirmaram ter vida sexual iniciada, 1.778 responderam a pergunta sobre frequência do uso de contracepção de

emergência nos 12 meses que antecederam a pesquisa, dos quais 73% afirmaram não ter feito uso, enquanto que 480 (27%) usaram-na entre uma e sete vezes. Cento e dezoito adolescentes (24,6%) informaram freqüência de uso da contracepção de emergência igual ou maior que quatro vezes (Tabela II.3).

Partindo da premissa que o uso correto da contracepção de emergência deve ser até 72 horas após o intercuro sexual, 25,3% dos adolescentes que declararam tê-la usado fizeram-no corretamente, ao passo que 74,7% forneceram respostas incorretas, dentre as quais: “quando falta a menstruação”, “antes da relação sexual”, ou ainda “até 72 horas antes da relação sexual” (Tabela II.3).

**Tabela II.3 – Distribuição das informações sobre contracepção de emergência, fornecidas por 4.210 estudantes do ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco - 2006**

<i>INFORMAÇÕES SOBRE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Conhecimento<sup>(1)</sup></b>		
não	1613	38,6
sim	2566	61,4
<b>Agentes de informação<sup>(2)</sup></b>		
Nenhum	1449	35,0
Amigos	642	15,5
Pais ou parentes	603	14,6
Profissionais de saúde	577	13,9
Professores	437	10,6
Propaganda	430	10,4
<b>Freqüência de uso nos últimos 12 meses<sup>(3)</sup></b>		
Nunca	1298	73,0
Uma vez	243	13,7
2 – 3 vezes	119	6,7
≥ 4 vezes	118	6,6
<b>Forma de uso<sup>(4)</sup></b>		
Uso correto (até 72 horas pós-coito)	119	25,3
Uso incorreto	352	74,7

NOTA: <sup>(1)</sup> – 31 (0,7%) alunos omitiram essa informação

<sup>(2)</sup> – 72 (1,7%) alunos omitiram essa informação

<sup>(3)</sup> – 85 (4,6%) adolescentes sexualmente ativos não informaram a freqüência do uso de contracepção de emergência nos 12 meses que antecederam a coleta dos dados

<sup>(4)</sup> – 9 (1,9%) adolescentes, dentre os 480 que usaram contracepção de emergência nos 12 meses que antecederam a coleta dos dados, omitiram a forma do uso

Considerando-se os 4.179 adolescentes que responderam à pergunta sobre conhecimento da contracepção de emergência, a diferença mostrou-se significativa para: a faixa etária de 17 a 19 anos (64,6% contra 57,0% da faixa de 14 a 16 anos;  $p < 0,001$ ), do sexo feminino (73,9% contra 57,6% para o masculino;  $p < 0,001$ ), casados ou vivendo com parceiros (83,9% contra 70,5% e

70,0%, respectivamente para estado civil solteiro e viúvo ou separado;  $p < 0,001$ ), residentes na zona urbana (64,9% contra 47,8% para a zona rural;  $p < 0,001$ ), que declararam posse de computador (73,0% contra 59,9% para não possui computador;  $p < 0,001$ ), cuja mãe tinha escolaridade de ensino médio (72,0% contra percentual variando de 55,6% a 62,5% para os demais graus de escolaridade;  $p < 0,001$ ) e que já haviam iniciado vida sexual (68,1% contra 56,0%;  $p < 0,001$ ) (Tabela II.4).

Embora o conhecimento de contracepção de emergência tenha sido mais freqüente dentre adolescentes que declararam não ter usado preservativo nos 12 meses que antecederam a pesquisa (71,1%), comparados aos que referiram o uso do *condom* (67%), no mesmo período, a diferença não foi significativa (Tabela II.4).

**Tabela II.4 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas e de comportamento sexual, segundo conhecimento da contracepção de emergência por 4.179 adolescentes - Pernambuco - 2006**

VARIÁVEIS	Contracepção de emergência				p
	conhece	%	não conhece	%	
<b>Faixa etária (anos)</b>					<b>&lt; 0,001</b>
14 – 16	1001	57,0	756	43,0	
17 – 19	1565	64,6	857	35,4	
<b>Sexo</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Masculino	963	57,6	708	43,4	
Feminino	1598	73,9	901	36,1	
<b>Estado civil<sup>(1)</sup></b>					<b>&lt; 0,001</b>
Solteiro	2371	70,5	1549	39,5	
Casado ou vivendo com parceiro	120	83,9	23	16,1	
Viúvo ou separado	63	70,0	27	30,0	
<b>Cor da pele</b>					0,382
Amarela	104	66,2	53	33,8	
Branca	663	63,3	385	36,7	
Indígena	18	60,0	12	40,0	
Parda	1720	70,4	1125	39,6	
Preta	61	71,6	38	38,4	
<b>Ocupação</b>					0,970
Estudante com outra ocupação	546	61,3	344	38,7	
Estudante	2020	61,4	1269	38,6	
<b>Local de residência<sup>(1)</sup></b>					<b>&lt; 0,001</b>
Zona urbana	2127	64,9	1152	35,1	
Zona rural	418	47,8	456	52,2	
<b>Posse de computador<sup>(2)</sup></b>					<b>&lt; 0,001</b>
Sim	322	73,0	119	27,0	
Não	2228	59,9	1489	40,1	
<b>Escolaridade da mãe</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Iletrada	372	55,6	297	44,4	
Ensino fundamental	1438	60,9	924	39,1	
Ensino médio	525	72,0	204	28,0	
Ensino superior completo	105	62,5	63	37,5	
<b>Vida sexual<sup>(3)</sup></b>					<b>&lt; 0,001</b>
Não iniciada	1304	56,0	1024	44,0	
Iniciada	1260	68,1	589	31,9	
<b>Idade à primeira relação sexual (anos)</b>					0,702
≤ 12	166	66,9	82	33,1	
13 – 14	379	67,2	185	32,8	
≥ 15	715	68,9	322	31,1	
<b>Uso de preservativo no último ano<sup>(3)</sup></b>					0,085
Sim	886	67,0	437	33,0	
Não	374	71,1	152	28,9	

NOTA: <sup>(1)</sup> – Vinte e seis (0,6%) adolescentes omitiram o estado civil e o local de residência

<sup>(2)</sup> – Vinte e um (0,5%) adolescentes omitiram a posse de computador

<sup>(3)</sup> – Dois (0,05%) adolescentes omitiram a informação sobre início de vida sexual ou uso de preservativo no último ano

Dentre os 471 adolescentes que responderam ao quesito da forma de uso da contracepção de emergência, houve predomínio significativo do uso correto dentre os adolescentes que exerciam exclusivamente a ocupação de estudante (28% contra 19% para àqueles com outra ocupação;  $p=0,040$ ) e dentre os que tiveram professores ou propagandas como agentes de informação sobre contracepção de emergência. Embora não se tenha identificado diferença significativa, houve predomínio da referência de uso correto da contracepção de emergência entre adolescentes estudando na zona metropolitana ou no agreste (Tabela II.5).

**Tabela II.5 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas, de comportamento sexual e de contracepção de emergência, segundo forma de uso desse método por 471 adolescentes - Pernambuco - 2006**

Variáveis sócio-demográficas, de comportamento sexual e de contracepção de emergência	Forma de uso da contracepção de emergência				p
	correta	%	errada	%	
<b>Faixa etária (anos)</b>					0,155
14 – 16	29	20,9	110	79,1	
17 – 19	90	27,1	242	72,9	
<b>Estado civil<sup>(1)</sup></b>					0,667
Solteiro	103	25,1	308	74,9	
Casado ou vivendo com parceiro	11	25,6	32	74,4	
Viúvo ou separado	5	35,7	9	64,3	
<b>Cor da pele</b>					0,320
Amarela	5	33,4	10	66,6	
Branca	36	31,1	80	68,9	
Indígena	-	-	4	100	
Parda	74	23,1	246	76,9	
Preta	4	25,0	12	75,0	
<b>Ocupação</b>					<b>0,040</b>
Estudante com outra ocupação	27	19,0	115	81,0	
Estudante	92	28,0	237	72,0	
<b>Local de residência<sup>(2)</sup></b>					0,202
Zona urbana	100	26,4	279	73,6	
Zona rural	17	19,8	69	80,2	
<b>Posse de computador<sup>(3)</sup></b>					0,624
Sim	17	27,9	44	72,1	
Não	101	24,9	304	75,1	
<b>Região geográfica</b>					0,055
Metropolitana	62	31,0	138	69,0	
Zona da Mata	17	19,8	69	80,2	
Agreste	19	27,5	50	72,5	
Sertão	7	13,5	45	86,5	
Sertão do São Francisco	14	21,9	50	78,1	
<b>Escolaridade da mãe<sup>(4)</sup></b>					0,140
Iletrada	12	16,0	63	84,0	
Ensino fundamental	75	28,9	185	71,1	
Ensino médio	22	25,9	63	74,1	
Ensino superior completo	5	20,0	20	80,0	
<b>Idade à primeira relação sexual (anos)</b>					0,210
≤ 12	10	18,2	45	81,8	
13 – 14	45	29,6	107	70,4	
≥ 15	64	24,2	200	75,8	
<b>Número de parceiros sexuais</b>					0,350
1 – 2	61	27,2	163	72,8	
≥ 3	58	23,4	189	73,6	
<b>Agentes de informação<sup>(5)</sup></b>					<b>0,035</b>
Nenhum	4	11,7	30	88,3	
Amigos	24	22,2	84	77,8	
Pais ou parentes	25	25,8	72	74,2	
Profissionais de saúde	20	20,4	78	79,6	
Professores	10	34,4	19	65,6	
Propaganda	35	35,7	63	64,3	
<b>Frequência de uso nos últimos 12 meses<sup>(6)</sup></b>					0,564
Uma vez	50	25,1	149	74,9	
2 – 3 vezes	30	30,9	67	69,1	
≥ 4 vezes	27	26,2	76	73,8	

NOTA: <sup>(1)</sup> – Três (0,6%) adolescentes omitiram o estado civil

<sup>(2)</sup> – Seis (1,3%) adolescentes omitiram local de residência

<sup>(3)</sup> – Cinco (1,1%) adolescentes omitiram a posse de computador

<sup>(4)</sup> – Vinte e seis (5,5%) adolescentes omitiram a escolaridade materna

<sup>(5)</sup> – Noventa e sete (20,6%) adolescentes omitiram os agentes de informação

<sup>(6)</sup> – Setenta e dois (15,3%) adolescentes omitiram a frequência de uso da contracepção

## ***Discussão***

O uso de contraceptivos, independente do tipo, pressupõe livre escolha, espaços democráticos de planejamento, avaliação e troca de experiências dos próprios adolescentes, para incentivar sua participação nas ações de promoção de saúde. Por esse motivo, uma abordagem holística das especificidades individuais e culturais dos adolescentes constitui-se em um direito de cidadania (BRANCO, 2004). É necessário aprofundar o conhecimento na área da saúde reprodutiva e do comportamento contraceptivo na adolescência, para que se busquem caminhos que oportunizem a pluralidade de escolhas de uso dos métodos contraceptivos (GOMES, 2000).

No contexto atual, a visão que se tem do adolescente foi construída dentro de uma lógica social, que nem sempre entende a determinação histórica e cultural a que esse jovem está submetido, pré-estabelecendo respostas aos marcos socialmente construídos, nos quais se incluem atividade e êxito escolar, liderança e comportamento social e uma postura sexual adequada, cuja caracterização foi um convite para a reflexão sobre os fatores cuja conjunção atua sobre a adoção de determinadas atitudes pelos jovens. Tais atitudes nem sempre são suas escolhas, mas exercem grande influência e fazem parte de suas realidades. Entender sexualidade é entender de relações humanas, ter clareza da conceituação científica e política do tema e de suas injunções.

Nesse estudo, verificou-se que o sexo feminino residente na região urbana foi maioria. Esse predomínio está condizente com o que foi referido por Leite (2000), em estudo sobre sexualidade nas escolas de Maceió, e por Castro, Abramovay e Silva (2004), quando analisaram pensares de alunos dos últimos anos do ensino fundamental e do ensino médio residentes em 14 capitais brasileiras, em relação às distintas dimensões da sexualidade e identificaram que 53,3% dos jovens pertenciam ao gênero feminino.

Autores como Guimarães (1999) e Catharino e Giffin (2002) aventam a possibilidade de que fatores, como a necessidade de trabalhar e a dificuldade de acesso às escolas, sejam determinantes para o predomínio de adolescentes do sexo feminino no ensino formal, tal como ocorreu no presente estudo. Gomes *et al.* (2002), em estudo realizado em Feira de Santana, na Bahia, encontraram 58,8% do sexo feminino freqüentando a escola, o que talvez possa ter um impacto social positivo, pois poderão ter melhores condições de orientação dos filhos, no futuro. Esse fato diferiu dos indivíduos do sexo masculino que se inserem mais precocemente no mercado de trabalho.

Dentre os participantes deste estudo, 58% encontravam-se na faixa etária entre 17 e 19 anos e, destes, 21,4% tinham outra ocupação além de estudante, sendo que os do sexo masculino contribuíram com maior percentual de ocupantes de postos de trabalho, o que vem corroborar com os achados de Figueiró (2002) que, em estudo realizado em escolas do Recife, encontrou percentual semelhante para a mesma faixa etária e sexo. Segundo sua pesquisa, 14% de todos os adolescentes já estavam trabalhando e, deles, 9,6% eram do sexo masculino, dos quais 17% já haviam abandonado a escola pelo menos uma vez, explicando a menor presença desses jovens no contexto escolar.

O maior contingente do sexo feminino na presente pesquisa, estudantes do ensino médio, pode estar indicando uma melhoria social, já que a escolaridade materna desses adolescentes predominou no ensino fundamental. Na América Latina, as pesquisas têm verificado que adolescentes oriundas de famílias com baixa escolaridade, muito numerosas, com falta de suporte psicológico por conflitos ou ausência dos pais, apresentam planos e expectativas débeis em relação à escolaridade e ao profissionalismo e encontram-se mais expostas à ocorrência de gestação precoce e inoportuna (ABRAMOVAY *et al.*, 2002).

Em relação à cor da pele, a maior parte dos adolescentes se classificou como de cor parda (68,1%), percentual maior que o verificado no Censo Brasileiro de 2000 (45,3%) (IBGE, 2003). Esse achado foi também confirmado por Borges (2004), em estudo sobre vida sexual de adolescentes no

estado de São Paulo. A predominância da cor parda, auto-referida, pode estar refletindo tanto uma característica de alunos de escolas públicas quanto à percepção pessoal desses adolescentes, como uma forma de se integrar ao grupo majoritário de cor parda, ou mesmo dele se diferenciar, como ocorreu na referência de cor da pele amarela, para adolescentes que não eram asiáticos ou descendentes de orientais.

O predomínio de adolescentes, residindo na zona urbana e regularmente matriculados em escolas públicas, pode estar refletindo um maior acúmulo de escolas nessa região como resultado da tendência social de urbanização. No entanto o local de residência, segundo Catharino e Giffin (2002), pode se revestir de uma importância social, com reflexos sobre a vida reprodutiva. Esses autores identificaram que a principal razão de interrupção dos estudos, na zona urbana, foi a necessidade de trabalhar para compor a renda familiar e, em segundo lugar, a gravidez, enquanto que, na zona rural, foi o difícil acesso à escola ou mesmo o desinteresse pelos estudos. O menor número de estudantes na zona rural, por outro lado, pode atuar como um fator de deformação de idéias e comportamentos, pela perda de oportunidade de receber informações na escola. Essa desinformação pode dificultar ao adolescente enfrentar uma rede social multicausal do ambiente no qual está inserido, o que pode fragilizá-lo e torná-lo mais vulnerável a uma gravidez inoportuna.

Com relação ao comportamento sexual, a constatação de que 55,6% dos sujeitos relataram nunca ter tido relações sexuais, na presente pesquisa, parece não condizer com o que é veiculado pela mídia referente a vigorar no país a representação de uma cultura sexualmente muito aberta. Heilborn (2006), com base em um inquérito domiciliar realizado em três capitais de regiões geográficas brasileiras distintas, comprova que a idéia hegemônica da sexualidade brasileira erotizada, referida internacionalmente, não passa de um mito. No entanto a constatação de que 44,4% dos adolescentes pesquisados relataram ter iniciado vida sexual, sendo 13,5%, menores de 12 anos de idade, e 30,5%, na faixa etária dos 13 aos 14 anos, reflete uma situação crítica pela possibilidade de serem surpreendidos por uma gravidez inoportuna dada a fase

de vida em que se encontram, caracterizada pela tendência de correr riscos de forma inconseqüente.

A iniciação sexual precoce entre adolescentes tem sido motivo de preocupação, em decorrência da freqüente associação desse comportamento com desconhecimento sobre anticoncepção e saúde reprodutiva. Aliada à atividade sexual precoce e ao desconhecimento nas questões da sexualidade, tem sido comprovada pouca participação da família, da escola e dos serviços de saúde no processo educativo de adolescentes, sendo os próprios colegas, a principal fonte de informações sobre sexualidade. Nesse processo, a mídia tem desempenhado papel de destaque, através da ampla e massificada divulgação de informações a respeito da atividade e do comportamento sexual nos diferentes grupos sociais, mas o faz sem estabelecimento de critérios de causa e efeito. É esperado que, nesse patamar de faixa etária, o jovem não tenha alcançado os níveis de complexidade e de aprendizagem necessários para a tomada de decisão no exercício da vida sexual. Os estudos de Costa, Costa e Neto (1998) e Paraguassu *et al.* (2005) ratificam essa afirmativa.

Por outro lado, há registros de conflitos com os pais, que consideram que os professores estariam promovendo a sexualidade dos alunos, ao incentivarem a interação entre pares. Castro, Abramovay e Silva (2004) afirmam que a socialização dos jovens no campo da sexualidade se dá principalmente entre os pares, o que pode representar um fator de proteção ou de risco. Os adolescentes, que afirmaram conviver com amigos que preenchem tal papel, apresentam quase o dobro de chances de usar o *condom* em suas relações sexuais, em relação àqueles que não conversam sobre vida sexual. No entanto os pares também podem influir negativamente, ao estimularem o comportamento de risco, a depender do que prevalece no grupo (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004).

Considerando que a influência dos pares aumenta com a idade do adolescente, amigos mais velhos têm importância na orientação dos mais jovens sobre a necessidade de proteção e o significado maior de seu estímulo quando se

trata da iniciação sexual, principalmente no que se refere ao uso de preservativo, quando da primeira relação, que pode consolidar seu uso persistente.

O depoimento dos jovens pesquisados apontou para uma atitude positiva da maioria, quanto ao uso do preservativo, porém 28,7% informaram relacionamento sexual desprotegido pela não adoção da prática preventiva e contraceptiva do uso do *condom*, procedimento que os torna vulneráveis às DST e a gestações precoces ou inesperadas. A construção de uma atitude favorável quanto ao uso do *condom* foi identificada também por Moreira e Juarez (2004).

Quando questionados quanto ao número de parceiros sexuais, 47,2% informaram mais de três parceiros, enquanto que 34,6% referiram relação sexual com um único parceiro, percentuais maiores que os referidos por Castro, Abramovay e Silva (2004). Considerando a intensidade da vida sexual por gênero e ciclos etários na geração jovem, as autoras referem que em todas as faixas etárias, entre 10 e 24 anos, há divisões sexuais nítidas, aparecendo as moças com mais baixas proporções, quando se considera o número de parceiros. O comum, na maioria das capitais brasileiras, é que crianças e jovens de 10 a 14 anos tendam a assumir que tiveram relação sexual com uma pessoa apenas, no último ano, atingindo percentuais que variam de 91%, em Florianópolis, a 57%, em Cuiabá, diferente do constatado em Fortaleza, onde 32% desses jovens afirmaram ter tido relações sexuais com duas a cinco pessoas, no último ano.

Em relação à contracepção de emergência, 38,6% dos adolescentes informaram não ter tido qualquer orientação, mas a maioria referiu conhecer, incluindo usuários (27%) e não usuários (73%). No entanto foi preocupante constatar que, dentre os usuários, houve predomínio do uso incorreto desse método contraceptivo. Figueiredo e Andalaft Neto (2005), pesquisando estudantes de ensino médio de escolas estaduais de São Paulo, ao identificarem conhecimento da contracepção de emergência por 56% das pesquisadas, consideraram que ainda uma parte significativa dos jovens só conseguiu atingir o primeiro estágio da prevenção, ou seja, ainda usam métodos contraceptivos que evitam gravidez, sem a preocupação de evitar DST/Aids. Quanto ao uso desse método por 15% delas, alertam que o percentual ainda é alto porque indica a falta

do uso adequado do *condom*, que evitaria situações de risco de gravidez indesejada ou não planejada.

A idade precoce de iniciação da vida sexual dos adolescentes revela-se cada vez mais como um forte determinante do comportamento sexual e reprodutivo (ALMEIDA *et al.*, 2003; VIEIRA *et al.*, 2005). Por esse motivo, a importância da contracepção de emergência respalda-se na idéia de que muitas gestações, inoportunas ou indesejadas, podem resultar em abortamentos nem sempre seguros, com sérios riscos para a saúde sexual e reprodutiva (HARDY *et al.*, 2001; WEISMILLER, 2004). Já em 1996, pesquisa nacional sobre Saúde e Demografia, realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar demonstrou que a fecundidade diminuía em todas as faixas etárias, em torno de 30%, com exceção da faixa de adolescentes e naquela época havia aumento da utilização da anticoncepção, apesar disso o número de abortamentos não se reduziu (PARAGUASSU *et al.*, 2005; VIEIRA *et al.*, 2005).

A falta de conhecimento do uso correto da contracepção de emergência ou mesmo seu desconhecimento completo, associada ao início da vida sexual em idades mais jovens, parece indicar claramente a necessidade da instituição de programas de saúde relativos à contracepção. Embora sejam realizadas palestras, nos serviços de saúde, como atividades planejadas ou mesmo pontuais, estas têm sido alvo de críticas por parte dos adolescentes que as consideram monótonas, fornecendo informações distantes de suas vivências e de suas emoções, assim sendo desinteressantes ou não apropriadas, o que reduz sua efetividade em atingir o objetivo da disseminação de informações sobre métodos contraceptivos e de prevenção das DST. A mesma opinião é expressa em relação às palestras apresentadas nas escolas.

Poder-se-ia tentar resolver esse problema pela adoção de uma metodologia de ensino participativo, construindo com os adolescentes cenários nos quais sua realidade pudesse ser debatida, com intermediação de um profissional de saúde qualificado, gerando assim informações úteis e interessantes para os adolescentes.

Hardy *et al.* (2001), investigando a contracepção de emergência, identificaram que os participantes manifestaram-se francamente favoráveis à disseminação da informação, provisão e uso da anticoncepção de emergência no Brasil. Consideraram que não existem barreiras significativas a sua aceitação pela sociedade em geral, e que seria mais apropriado adotar-se a estratégia de inseri-la em programas abrangentes de saúde reprodutiva; referiram também que o método deveria ser oferecido como mais uma alternativa contraceptiva, em meio às demais, enfatizando o que se deve admitir como emergência, além de apontarem como essencial que os profissionais de saúde sejam capacitados para proverem a informação e o método. Esta parece ser a condição indispensável para que os serviços de saúde possam contribuir efetivamente na redução da vulnerabilidade às DST e às gestações precoces, nesse grupo populacional.

O desconhecimento da contracepção de emergência tem sido referido por diversos autores. Nunes (2005), entrevistando 419 adolescentes de ensino médio, em Portugal, em 2003, identificou que 94,3% sabiam da existência desse método, mas apenas 15,8% eram capazes de identificar a forma correta de uso. Costa *et al.* (2006), investigando 135 adolescentes do sexo feminino do ensino médio de escolas públicas da cidade do Rio de Janeiro, referiram que 32,6% haviam feito uso da contracepção de emergência, mas 43,2% destas consideravam insuficientes as informações de que dispunham para essa utilização. Diaz *et al.* (2003), investigando 75 adolescentes residentes no Brasil, no Chile e no México, consideraram incompleto seu conhecimento sobre contracepção de emergência. Romo, Berenson e Wu (2004), investigando 69 adolescentes latino-americanas residentes no Texas, Estados Unidos, verificaram que 24,6% tinham informações sobre contracepção de emergência, mas apenas 12% destas conheciam o uso correto.

Nunes (2005), ao discutir a falta de conhecimento sobre contracepção de emergência sugeriu que a informação recebida era incompleta ou inadequada e atribuíram esse fato ao agente de informação. Tal como se verificou na presente pesquisa, diferente do ideal, os profissionais de saúde e os professores não foram a principal fonte de informação.

Diversos estudos têm referido temor, por parte dos profissionais de saúde, da divulgação da contracepção de emergência, especialmente para adolescentes, pela possibilidade do mau uso do método e de sua priorização, em detrimento da anticoncepção de rotina (AIKEN; GOLD; PARKER, 2005; CHURCHILL, 2003; GUPTA, 2002; NUNES, 2005; PRINSTEIN; WANG, 2005). Considerando os dados da presente pesquisa, parece plausível atribuir esse mau uso à falta de informação ou mesmo à informação incorreta já que 49,4% dos adolescentes pesquisados referiram uso freqüente e 74,7%, incorreto.

Cumpram-se então discutir o achado da significativa associação entre serem os amigos os principais agentes de informação sobre contracepção de emergência como também, um dos que se associou ao alto percentual de uso errado do método.

Os adolescentes recorreram aos amigos, provavelmente não preparados para isso e, assim sendo, podem ter recebido informações até mesmo deformadas, o que até certo ponto era de se esperar. O fato preocupante que os resultados da presente pesquisa apontam é a baixa participação dos profissionais de saúde como agentes de informação. Nunes (2005), ao encontrar resultados semelhantes, oferece duas explicações que também parecem pertinentes na presente pesquisa. Em primeiro lugar, a possibilidade do pudor do adolescente em buscar nos adultos uma fonte de informação desse tipo, pelo medo da interpretação que o agente de informação possa ter a seu respeito e pela necessidade de não revelar detalhes de sua vida sexual. Por outro lado, questiona o despreparo dos profissionais de saúde para abordar a contracepção de emergência, pelos motivos referidos anteriormente. Opiniões semelhantes enunciaram Costa *et al.* (2006).

A respeito do uso da contracepção de emergência, Wynn e Trussell (2006) enunciam uma opinião diferente ao questionarem se a ênfase da contracepção de emergência não é marcada por uma ambigüidade científica, ao preconizar uma ideologia da sexualidade, enquanto prática despida de relacionamento afetivo, tendo, como conseqüência, a gravidez como um evento inoportuno. Argumentam que os mais importantes objetivos da saúde pública são

preconizar um comportamento psicologicamente sadio com conseqüências potencialmente benéficas em longo prazo, às quais se contrapõe um relacionamento sexual inoportuno ou inadequado, quando precoce, mais do que a contracepção inoportuna ou o abortamento. Isso infringe o direito desse equilíbrio psíquico, independentemente do credo religioso. Os autores consideram que os debates sobre contracepção de emergência devem, sobretudo, enfatizar o que seja emergência, apontar os riscos a ela inerentes e priorizar todas as ações de educação sexual, como processo de formação da decisão responsável de ter relação sexual e não de resolver o exercício sexual realizado sem proteção contraceptiva, com riscos futuros à saúde e, assim sendo, contrários aos interesses da saúde pública. Isso enseja início de vida sexual precoce, intercurso com diversos parceiros, tal como observado no presente estudo.

Ao analisar os fatores intervenientes sobre o conhecimento da contracepção de emergência e o uso correto desse método pelos adolescentes pesquisados, a identificação de que o conhecimento teve predomínio significativo entre aqueles na faixa etária de 17 a 19 anos, do sexo feminino, solteiros, residentes na zona urbana, que já haviam iniciado vida sexual e cujas mães tinham maior escolaridade, pareceu indicar uma influência socioeconômica.

A isso se associou uma relação entre o conhecimento e a maior possibilidade de comunicação, porque esse grupo também concentrou maior número de possuidores de computador e, dentre eles, maior quantidade de conhecedores da contracepção de emergência. Significa dizer que o segmento social com características diferentes destas, portanto mais carente, esteve mais vulnerável; é nele que se concentra a maior fertilidade e a maior freqüência de gravidez inoportuna, portanto também é nele que devem se concentrar os maiores esforços de educação sexual e saúde reprodutiva.

Outro achado interessante da presente pesquisa foi a propaganda como agente de informação sobre contracepção de emergência que reuniu maior percentual de adolescentes demonstrando conhecimento da forma correta de uso do método. Nunes (2005) e Wynn e Trussell (2006) oferecem uma reflexão interessante sobre esse fato. Consideram que, numa sociedade em que a relação

médico/paciente vem sendo desgastada, assim como se reduz o tempo disponível para o contato entre pais e filhos, por contingências socioeconômicas, ou mesmo por um afastamento decorrente de conflito de gerações, parece mais fácil oferecer aos adolescentes, ou recomendar, a leitura de textos diversos do que discutir com eles, diretamente, certos assuntos. Essa conduta da família e da escola parece favorecer a falta de informação, de formação, assim como a deformação do conhecimento, inviabilizando uma discussão que poderia ser muito rica e para a qual não faltam participantes interessados para compreender a sexualidade e não apenas utilizar o sexo. Sem dúvida, a contracepção de emergência deve ser disponibilizada em socorro das mulheres que se vêem vítimas de situações que lhes infrinjam sofrimento, nem sempre decorrente de suas decisões.

Somente quando for possível vincular teoria e prática para melhor intervir em todas as dimensões da sexualidade, no sentido de assegurar qualidade de vida aos cidadãos, ao invés de restringir as ações de saúde reprodutiva ao campo de atuação na gestação indesejável ou inoportuna, reconhecendo as interfaces e as conexões, será possível contribuir efetivamente para relações sexuais construtivas.

### ***Conclusões***

O perfil sócio-demográfico consistiu no predomínio do sexo feminino, solteiros, estudantes, na faixa etária de 17 a 19 anos, de cor parda, habitando na zona urbana das cidades pesquisadas, cuja escolaridade materna máxima era o ensino fundamental, não possuindo computador.

Quanto ao comportamento sexual, houve maior frequência de adolescentes que não haviam iniciado vida sexual, apesar disso, dentre aqueles que a iniciaram, o fizeram predominantemente após os 15 anos de idade, referindo uso de preservativo no último ano antes da pesquisa e compartilhando com três ou mais parceiros.

Em relação à contracepção de emergência, a maioria declarou conhecê-la, apesar de não referir qualquer agente de informação e, dentre aqueles que os identificaram, predominaram os amigos. A maioria dos adolescentes referiu nunca ter usado esse método contraceptivo e, os 27%, que afirmaram positivamente essa conduta, mais freqüentemente o fizeram uma única vez, porém 74,7%, de forma incorreta.

O conhecimento do método da contracepção de emergência associou-se significativamente com faixa etária de 17 a 19 anos, sexo feminino, estado civil casado ou vivendo com parceiro, residência em zona urbana, possuir computador, escolaridade materna de ensino médio e vida sexual iniciada.

O uso correto do contraceptivo de emergência predominou significativamente entre estudantes sem outra ocupação, que tiveram na propaganda o agente mais freqüentemente de informação sobre essa prática.

### ***Referências bibliográficas***

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; PINHEIRO, L. C.; LIMA, F. S.; MARTINELLI, C. C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

AIKEN, A. M.; GOLD, M. A.; PARKER, A. M. Changes in young women's awareness, attitudes, and perceived barriers to using emergency contraception. **J Pediat Adolesc Gynecol**, v. 18, n. 1, p. 25-32, 2005.

ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. (eds). **Anticoncepção: manual de orientação**. FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: Ed Ponto. 2004. 308p.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; GAFFIKIN, L.; MAGNANI, R. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Emergency Contraception Policy Statement. **Pediatrics**, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

BARROS, M. V. G. **Atividades físicas e padrão de consumo alimentar em estudantes do ensino médio em Santa Catarina: do estudo descritivo à intervenção**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola Superior de Educação Física. Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

BORGES, A. L. V. **Adolescência e vida sexual**: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo. 2004. 185f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRANCO, V. C. **Os adolescentes nos serviços de saúde**. Rev. Saber Viver: adolescência e Aids- experiências e reflexões sobre o tema. Ed especial para profissionais de saúde. 2004. p. 10-11.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev Saude Publica**, v. 38, n.1, p. 76-84, 2004.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev Saude Publica**, v. 35, n. 1, p. 23-31, 2001.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasil, UNESCO. 2004. p. 426.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K. **Gravidez e adolescência** - investigação de um problema moderno. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. 2002. p. 1-20.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Behavioral risk factor surveillance system users guide**. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

CHURCHILL, D. The growing pains of adolescent health research in general practice. **Primary Health Care Research and Development**, v. 4, p. 27-278, 2003.

COSTA, K. B. S.; CARVALHO, A. C. G.; KIVIA, B. S.; MENDES, S. H. F. M.; SOARES, A. Contracepção de Adolescentes do Rio de Janeiro. **Rev da SOGIA-BR**, Ano 7, n. 2, p. 3-6, 2006.

COSTA, M. C. O.; COSTA, P. M.; NETO, A. F. O. Desafios da abordagem ao adolescente: confiabilidade e orientação contraceptiva. **J Pediatr**, v. 74, n. 1, p. 5-10, 1998.

DÍAZ, S.; HARDY, E.; ALVARADO, G.; EZCURRA, E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptive. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 5, p. 1507-1517, 2003.

- DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética Feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Rev Bioética**, n. 2, p. 1-2, 2000.
- FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 19, supl, 2, p. S253-S261, 2003.
- FIGUEIREDO, R.; ANDALAF NETO, J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. **Rev SOGIA-BR**, ano 6, n. 2, 2005.
- FIGUEIRÓ, A. C. Life conditions and reproductive health of teenagers living in the Roda de Fogo community, Recife. **Rev Bras Saude Mat Infant**, v. 2, p. 291-302, 2002.
- GOMES, A. C. O jovem e a violência. Desenvolvimento social do jovem: um novo enfoque. **Rev Persp Saúde e Dir Reprod**, Ano. 1, n. 2, 2000.
- GOMES, W. A.; COSTA, M. C.; SOBRINHO, C. L. N.; SANTOS, C. A. S. T.; BACELAR, E. B. Adolescents' knowledge about adolescence, puberty and sexuality. **J Pediatr**, v. 78, n. 4, 2002.
- GUIMARÃES, A. M. D. N. **Métodos anticoncepcionais e adolescência: Uma realidade em escolas públicas de Aracaju**. 1999. 233f. Tese (Mestrado em Saúde da Criança) – Universidade Federal de Sergipe – UFS. Centro de ciências biológicas e da saúde – CCBS. Núcleo de Pós Graduação em Medicina – NPGM.
- GUIMARÃES, A. M. D. N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 11, n. 3, p. 293-298, 2003.
- GUPTA, J. A. Novas tecnologias reprodutivas: uma oferta de possibilidades contraditórias para as mulheres. **Rev Est Fem**, v. 10, n. 1, p. 625, 2002.
- HARDY, E.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D.; ARCE, X. E.; POSSAN, M. Emergency contraception in Brazil: facilitators and barriers. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 4, p. 1031-1035, 2001.
- HARPER, C. C.; MINNIS, A. M.; PADIAN, N. S. Sexual partners and use of emergency contraception. **Am J Obstet Gynecol**, v. 189, p. 1093-1099, 2003.
- HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev Estud Fem**, v. 14, n. 1, p. 336, 2006.
- IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@-informações sobre os estados brasileiros**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat>. Acesso em: 20/02/2006.
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Populacionais do Censo IBGE**. Rio de Janeiro. 2000.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população para o Brasil em 2003**. Brasília: Ministério da Saúde/Datasus. 2003.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios PNAD, 2001**. Rio de Janeiro. 2001.

LEITE, A. P. L. **Sexualidade na Adolescência: Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Adolescentes Estudantes do Município de Maceió**. 2000. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife.

MOREIRA, M. M.; JUAREZ, F. **Comportamento sexual de adolescentes do sexo masculino de baixa renda: a comunidade de Chão de Estrelas, Pernambuco. Minas Gerais – Caxambu**. 2004.

NUNES, M. T. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães. **Rev Port Clin Geral**, v. 21, p. 247-256, 2005.

PARAGUASSÚ, A. L. C. B.; COSTA, M. C. O.; SOBRINHO, C. L. N.; PATEL, B. N.; FREITAS, J. T.; ARAÚJO, F. P. O. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 373-380, 2005.

PERNAMBUCO. **Mapas**. Disponível em: [www.pernambuco.gov.br](http://www.pernambuco.gov.br). 2005. p. 2.

PIROTTA, K. C. M. **Não há guarda chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e do seu universo simbólico entre jovens universitários da USP**. São Paulo. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

PRINSTEIN, M. J.; WANG, S. S. False consensus and adolescent peer contagion: examining discrepancies between perceptions and actual reported levels of friends deviant and health risk behaviors. **J Abn Child Psychol**, v. 33, n. 3, p. 293-306, 2005.

ROMO, L. F.; BERENSON, A. B.; WU, Z. H. The role of misconceptions on latino womens' acceptance of emergency contraceptive pills. **Contraception**, v. 69, p. 227-235, 2004.

ROTHMAN, K. **Epidemiologia moderna**. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos S. A. 1997, 397p.

SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A. T. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad Saude Publica**, v. 16, n. 2, p. 377-384, 2000.

SILVA, P. D. B.; OLIVEIRA, M. D. S.; MATOS, M. A. TAVARES, V. R. *et al*. Risk behaviors for sexual transmitted disease in low income scholar adolescents. **Rev Elet Enf**, v. 7, n. 2, p. 185-189, 2005.

SUNDBY, J.; SVANEMYR, J.; MAEHRE, T. Avoiding unwanted pregnancy--the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. **Patient Educ Couns**, v. 38, n. 1, p. 11-19, 1999.

TRIPP, J.; VINER, R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. **BMJ**, v. 330, p. 590-593, 2005.

VIEIRA, L. M.; SAES, S. O.; DÓRIA, A. A. B.; GOLDEBERG, T. B. L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev Saude Materno Inf**, v. 6, n. 1, p. 135-140, 2005.

WEISMILLER, D. G. Emergency contraception. **Am Fam Phys**, v. 70, n. 4, p. 707-714, 2004

WYNN, L. L.; TRUSSELL, J. The social life of emergency contraception in the United States: disciplining pharmaceutical use, disciplining sexuality, and zygotic bodies. **Med Anthropol Quart**, v. 20, n. 3, p. 297-320, 2006.

### **Referências bibliográficas totais**

- ABBOTT, J.; FELDHAUS, K. M.; HOURY, D.; LOWENSTEIN, S. R. What do our patients know? **Ann Emerg Med**, v. 43, p. 376-381, 2004.
- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; PINHEIRO, L. C.; LIMA, F. S.; MARTINELLI, C. C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.
- ACKERMAN, T. Emergency contraception: science and religion collide. **Ann Emerg Med**, v. 47, n. 2, p. 154-157, 2006.
- AIKEN, A. M.; GOLD, M. A.; PARKER, A. M. Changes in young women's awareness, attitudes, and perceived barriers to using emergency contraception. **J Pediat Adolesc Gynecol**, v. 18, n. 1, p. 25-32, 2005.
- ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. **Anticoncepção: manual de orientação**. FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: Ed Ponto. 2004. 308p.
- ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L.; GAFFIKIN, L.; MAGNANI, R. J. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Emergency Contraception Policy Statement. **Pediatrics**, n. 4, p. 1026-1035, 2005.
- APTER, D.; CACCIATORE, R.; HERMANSON, E. **Adolescent contraception**. International Congress Series. 2004. v. 1266, p. 81-89.
- AZEVEDO, G. E.; ABDO, C. H. N. **Adolescentes de classe média do ensino fundamental: prática e conhecimento da sexualidade**. Pediatría. São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/1177/body/06.htm>. Acesso em: 08/02/2007.
- BAHAMONDES, L. A escolha do método contraceptivo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 5, p. 267-270, 2006.
- BARROS, M. V. G. **Atividades físicas e padrão de consumo alimentar em estudantes do ensino médio em Santa Catarina: do estudo descritivo à intervenção**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola Superior de Educação Física. Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

BASU, A.; CANDELIER, C. K. Ectopic pregnancy with postcoital contraception. A case report. **Eur J Contracept Reprod Health Care**, v. 10, n. 1, p. 6-8, 2005.

BEAUMORD, C. F.; MATTOS, T. M. G. Planejamento familiar. In: **Ginecologia & Obstetrícia**. Manual para Concursos. 3. ed. São Paulo: Medsi. 2003. cap. 23, p. 167-183.

BELL, B. S.; MAHOWALD, M. B. Emergency contraception and the ethics of discussing it prior to the emergency. **Women's Health Issues**, v. 10, n. 6, p. 312-316, 2000.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

BERQUÓ, E. CAVENAGHI, S. **Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Realizado em Caxambu, Minas Gerais de 20 a 24 de setembro de 2004. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – ABEPCEBRAP.

BEZERRA, V. C. **Sexualidade, uso de preservativo e direito reprodutivo**. Revista Saber Viver: adolescência e AIDS – experiência e reflexões sobre o tema. Edição especial para profissionais de saúde. 2004. p. 24-26.

BJELICA, A.; KAPAMADZIJA, A.; PAVLOV-MIRKOVIC, M. Emergency contraception-current trends, possibilities and limitations. **Med Pregl**, v. 57, n. 9-10, p. 445-448, 2004.

BORGES, A. L. V. **Adolescência e vida sexual**: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo. 2004. 185f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BOTELHO, S. M. N. **Prostituição de adolescentes: Uma imagem construída na adversidade da sociedade**. 2003. 142f. Tese (Dissertação Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. São Paulo.

BRANCO, V. C. **Os adolescentes nos serviços de saúde**. Rev. Saber Viver: adolescência e Aids - experiências e reflexões sobre o tema. Ed especial para profissionais de saúde. 2004. p. 10-11.

BRANCO, V. C. **Os adolescentes nos serviços de saúde**. Rev. Saber Viver: adolescência e Aids- experiências e reflexões sobre o tema. Ed especial para profissionais de saúde. 2004. p. 10-11.

BRASIL. DATASUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher** – plano de ação 2004-2007 / Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. 2004. p. 39-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Anticoncepção de Emergência. **Perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRUNO, Z. V.; BAILEY, P. Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto? In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; BAILEY, Z.; MCKAY, A. (orgs) **Seminário gravidez na adolescência**. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. p. 57-66.

CABRAL, Z. A. F.; RAMOS; FONSECA, A. M.; MEDEIROS, S. F. Função lútea em adolescentes normais com ciclos menstruais regulares. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 9, p. 509-514, 2005.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A. D.; HALLAL, P. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev Saude Publica**, v. 38, n.1, p. 76-84, 2004.

CARVALHO, M. L. O.; PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Rev Saude Publica**, v. 35, n. 1, p. 23-31, 2001.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasil, UNESCO. 2004. p. 426.

CATHARINO, T. R.; GIFFIN, K. **Gravidez e adolescência** - investigação de um problema moderno. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. 2002. p. 1-20.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Behavioral risk factor surveillance system users guide**. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

CHIRINOS, J. L.; BRINDIS, C.; TYE, S.; MCCARTER, V. Differences and similarities in sexual and contraceptive knowledge, attitudes, and behavior among Latino male adolescent students in California, United States and Lima, Peru. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 4, p. 833-842, 2001.

CHUANG, C. H.; FREUND, K. M. Emergency contraception: an intervention on primary care providers. **Contraception**, v. 72, n. 3, p. 182-186, 2005.

CHURCHILL, D. The growing pains of adolescent health research in general practice. **Primary Health Care Research and Development**, v. 4, p. 27-278, 2003.

COSTA, K. B. S.; CARVALHO, A. C. G.; KIVIA, B. S.; MENDES, S. H. F. M.; SOARES, A. Contracepção de Adolescentes do Rio de Janeiro. **Rev da SOGIA-BR**, Ano 7, n. 2, p. 3-6, 2006.

COSTA, M. C. O.; COSTA, P. M.; NETO, A. F. O. Desafios da abordagem ao adolescente: confiabilidade e orientação contraceptiva. **J Pediatr**, v. 74, n. 1, p. 5-10, 1998.

CRM. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Código de ética: resolução CFM nº. 1.246. Brasília: DOU, 1988. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: \_\_\_\_\_. **Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. 2002. p. 71-78.

CROXATTO, H. B.; DEVOTO, L.; DURAND, M.; EXCURRA, E.; LARREA, F.; NAGLE, C. *et al.* Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. **Contraception**, v. 63, p. 11-121, 2001.

DEI, M.; BRUNI, V.; BETTINI, P.; LEONETTI, R.; BALZI, D.; PASQUA, A. The resistance to contraceptive use in Young Italian women. **Eur J Contracep Reprod Health Care**, v. 9, n. 4, p. 214-220, 2004.

DÍAZ, J.; DÍAZ, M. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área de Saúde do Adolescente e do Jovem**. Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento. Brasília, DF. 1999. v. 1, p. 303.

DIAZ, J.; DIAZ, M.; BARACAT, E. C. O lugar da contracepção de Emergência no planejamento familiar no Brasil. **Femina**, v. 29, n. 3, p. 52-56, 2001.

DÍAZ, S.; HARDY, E.; ALVARADO, G.; EZCURRA, E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptive. **Cad Saude Publica**, v. 19, n. 5, p. 1507-1517, 2003.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética Feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Rev Bioética**, n. 2, p. 1-2, 2000.

EISENBERG, M. E.; SIEVING, R. E.; BEARINGER, L. H.; SWAIN, C.; RESNICK, M. D. Parents' communication with adolescents about sexual behavior: a missed opportunity for prevention? **J Youth Adolesc**, v. 35, n. 6, p. 1-10, 2006.

ESPEJO, X.; TSUNECHIRO, M. A.; OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; BAHAMONDESE, I.; SOUSA, M. H. Adequação do conhecimento sobre métodos

anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 5, p. 584-590, 2003.

ESPÍRITO-SANTO, D. C.; TAVARES-NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 2, p. 562-569, 2004.

FAÚNDES, A.; BRACHE, V.; ALVAREZ, F. Emergency contraception - clinical and ethical aspects. **Int J Gynecol Obstet**, v. 82, p. 297-305, 2003.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Saúde do adolescente**: Manual de Orientação. São Paulo. 2001.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Saúde do adolescente**: Manual de Orientação. São Paulo. 2004.

FERNANDES, M. F. M. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 19, supl. 2, p. S253-S261, 2003.

FIGUEIREDO, R. **Sexualidade, prática sexual na adolescência e prevenção de gravidez não-planejada, incluindo contracepção de emergência**. São Paulo: Instituto de Saúde e REDE CE - Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência. 2005. p. 48.

FIGUEIREDO, R.; ANDALAF NETO, J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. **Rev SOGIA-BR**, ano 6, n. 2, 2005.

FIGUEIRÓ, A. C. Life conditions and reproductive health of teenagers living in the Roda de Fogo community, Recife. **Rev Bras Saude Mat Infant**, v. 2, p. 291-302, 2002.

FOUCAULT, M.; MORT, F.; WALTERS, J. **História da sexualidade**. A vontade de saber. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1998. v. 1, p.152.

FREE, C.; OGDEN, J. Emergency contraception use and non-use in young women: The application of a contextual and dynamic model. **Br J Health Psychol**, v. 10, n. 2, p. 237-253, 2005.

GAINER, E.; MASSAI, R.; LILLO, S.; REYES, V.; FORCELEDO, M. L.; CAVIEDES, R. *et al.* Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. **Human Reprod**, p. 1-7, 2007.

GAINER, E.; PRUDHOMME, M.; PERRIOT, Y.; LEROUX, M. C.; BOUYER, J. Enquête prospective sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val-de-Marne. **Gynecol Obstet Fertil**, v. 33, p. 403-408, 2005.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e eqüidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad Saude Publica**, v.18, p. 103-112, 2002.

GOLDENBERG, P.; FIGUEREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas gerais Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, 2005.

GOMES, A. C. O jovem e a violência. Desenvolvimento social do jovem: um novo enfoque. **Rev Persp Saúde e Dir Reprod**, Ano. 1, n. 2, 2000.

GOMES, W. A.; COSTA, M. C.; SOBRINHO, C. L. N.; SANTOS, C. A. S. T.; BACELAR, E. B. Adolescents' knowledge about adolescence, puberty and sexuality. **J Pediatr**, v. 78, n. 4, 2002.

GUIMARÃES, A. M. D. N. **Métodos anticoncepcionais e adolescência: Uma realidade em escolas públicas de Aracaju**. 1999. 233f. Tese (Mestrado em Saúde da Criança) – Universidade Federal de Sergipe – UFS. Centro de ciências biológicas e da saúde – CCBS. Núcleo de Pós Graduação em Medicina – NPGM.

GUIMARÃES, A. M. D. N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 11, n. 3, p. 293-298, 2003.

GUPTA, J. A. Novas tecnologias reprodutivas: uma oferta de possibilidades contraditórias para as mulheres. **Rev Est Fem**, v. 10, n. 1, p. 625, 2002.

HARDY, E.; DUARTE, G. A.; OSIS, M. J. D.; ARCE, X. E.; POSSAN, M. Emergency contraception in Brazil: facilitators and barriers. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 4, p. 1031-1035, 2001.

HARPER, C. C.; MINNIS, A. M.; PADIAN, N. S. Sexual partners and use of emergency contraception. **Am J Obstet Gynecol**, v. 189, p. 1093-1099, 2003.

HARRISON, T. Availability of emergency contraception: a survey of hospital emergency. **Ann Emerg Med**, v. 46, n. 2, p. 105-110, 2005.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev Estud Fem**, v. 14, n. 1, p. 336, 2006.

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@-informações sobre os estados brasileiros**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat>. Acesso em: 20/02/2006.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Populacionais do Censo IBGE**. Rio de Janeiro. 2000.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população para o Brasil em 2003**. Brasília: Ministério da Saúde/Datasus. 2003.

- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios PNAD, 2001**. Rio de Janeiro. 2001.
- JEOLÁS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 611-620, 2003.
- LEITE, A. P. L. **Sexualidade na Adolescência: Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Adolescentes Estudantes do Município de Maceió**. 2000. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife.
- LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 20, n. 2, p. 474-481, 2004.
- MARTIN, A. La Anticoncepción de emergencia en América Latina y el caribe. **Rev Panam Salud Publica**, v. 16, n. 6, p. 424-431, 2004.
- MERCHANT, C. R. C.; DAMERGIS, J. A.; GEE, E. M.; BOCK, B. C.; BECKER, B. M.; CLARK, M. A. Contraceptive usage, Knowledge and correlates of usage among female emergency department patients. **Contraception**, v. 73, n. 3, p. 201-207, 2006.
- MIDDELDORP, S. Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. **Gender Med**, v. 3, suppl A, p. S3-S9, 2005.
- MIKOLAJCZYK, R. T.; STANFORD, J. B. Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action. **Fertil Steril**, 2007.
- MOLINA, A. IV congresso Afro-Brasileiro. Fundação Joaquim Nabuco. p. 41-42. Recife, 1994. In: MOLINA, A. **Contribuição ao conhecimento: resumos de 127 estudos e trabalhos científicos – originais - publicados, apresentados ou defendidos**. Recife: EDUPE. 2006.
- MOREIRA, M. M.; JUAREZ, F. **Comportamento sexual de adolescentes do sexo masculino de baixa renda: a comunidade de Chão de Estrelas, Pernambuco. Minas Gerais – Caxambu**. 2004.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.
- NASCIMENTO, J. A. A. **Efeito da adição de levonorgestrel sobre a reação acrossomal de espermatozoides de homens férteis**. 2002. 74f. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo.

- NUNES, M. T. Conhecimento e utilização da contracepção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães. **Rev Port Clin Geral**, v. 21, p. 247-256, 2005.
- OSIS, M. J. D.; FAUNDES, A.; MAKUCH, M. Y.; MELLO, M. B.; SOUZA, M. H.; ARAUJO, M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 57-64, 2006.
- PARAGUASSÚ, A. L. C. B.; COSTA, M. C. O.; SOBRINHO, C. L. N.; PATEL, B. N.; FREITAS, J. T.; ARAÚJO, F. P. O. Situação sociodemográfica e de saúde reprodutiva pré e pós-gestacional de adolescentes, Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 373-380, 2005.
- PEIXOTO, M. L.; ABRANCHES, D. G.; BARBOSA, L. S. Contracepção e planejamento familiar. In: CAMARGOS, F.; MELO, H. **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed. 2001. cap. 4, p. 25-35.
- PEREIRA, P. P.; CABAR, F. R.; RAIZA, L. C. P.; RONCAGLIA, M. T.; ZUGAIB, M. Emergency contraception and ectopic pregnancy: report of 2 cases. **Clinics**, v. 60, n. 6, p. 497-500, 2005.
- PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S. R. Contracepção hormonal oral na adolescência: uma boa opção. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 1, p. 65, 2006.
- PERNAMBUCO. **Mapas**. Disponível em: [www.pernambuco.gov.br](http://www.pernambuco.gov.br). 2005. p. 2.
- PINHO NETO, J. S.; LIMA, J. C. Anticoncepção Hormonal. In: BANDEIRA, F.; GRIZ, L. **Endocrinologia ginecológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. cap. 7, p. 49-54.
- PIROTTA, K. C. M. **Não há guarda chuva contra o amor**: estudo do comportamento reprodutivo e do seu universo simbólico entre jovens universitários da USP. São Paulo. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo.
- POLIS, C.; SCHAFFER, K.; HARISSON, T. Accessibility of emergency contraception in California's Catholic hospitals. **J Women's Health Issues**, v. 15, n. 4, p. 174-178, 2005.
- PRACTICE COMMITTEE. Hormonal contraception: recent advances and controversies. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. **Fertil Steril**, v. 82, n. 2, p. 520-526, 2004.
- PRB. Population Reference Bureau. **2006 World population data sheet**. 2006.
- PRINSTEIN, M. J.; WANG, S. S. False consensus and adolescent peer contagion: examining discrepancies between perceptions and actual reported levels of friends

deviant and health risk behaviors. **J Abn Child Psychol**, v. 33, n. 3, p. 293-306, 2005.

RAINE, T. R.; HAPER, C. C.; ROCCA, C. H.; FISCHER, R.; PADIAN, N.; KLAUSNER, J. D. *et al.* Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 293, n. 1, p. 54-62, 2005.

RATHKE, A. F.; POESTER, D.; LORENZATTO, J. F.; SCHMIDT, V. B.; HERTER, L. D. Contraceção hormonal contendo apenas progesterona. **Adolesc Latinoam**, v. 2, n. 2, p. 90-96, 2001.

ROCHA, M. I.; BALTAR, A. A discussão política sobre aborto no Brasil: Uma síntese. **Rev Bras Est Popul**, v. 23, n. 2, p. 369-372, 2006.

ROMO, L. F.; BERENSON, A. B.; WU, Z. H. The role of misconceptions on latino womens' acceptance of emergency contraceptive pills. **Contraception**, v. 69, p. 227-235, 2004.

ROTHMAN, K. **Epidemiologia moderna**. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos S. A. 1997, 397p.

RUBIO, M. P. **Los jóvenes y el trabajo: una exploración en estudiantes del último año de la escuela media**. Universidad Nacional de Rosario y Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. 2004. n. 4, p. 1-11.

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; SOUZA JR, P. R.; GAMA, S. G. N. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-20001). **Cad Saude Publica**, v. 20, supl. 1, p. S130-S137, 2004.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. **O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo, v. 25, n. 1/2, p. 36-42, 2003.

SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A. T. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cad Saude Publica**, v. 16, n. 2, p. 377-384, 2000.

SERFATY, D. Emergency contraception in France: the user profile. **Gynecol Obstet Fertil**, v. 31, p. 724-729, 2003.

SILVA, P. D. B.; OLIVEIRA, M. D. S.; MATOS, M. A. TAVARES, V. R. *et al.* Risk behaviors for sexual transmitted disease in low income scholar adolescents. **Rev Elet Enf**, v. 7, n. 2, p. 185-189, 2005.

SOUZA, J. M. M.; PELLOSO, S. M.; UCHIMURA, N. S.; SOUZA, F. Utilização de métodos contraceptivos entre usuárias as rede de saúde do município de Maringá-PR. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 5, p. 271-277, 2006.

SUNDBY, J.; SVANEMYR, J.; MAEHRE, T. Avoiding unwanted pregnancy--the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. **Patient Educ Couns**, v. 38, n. 1, p. 11-19, 1999.

TANCHEV, S.; SHENTOV, B. Emergency contraception with levonorgestrel in adolescents. **Akusherstvo I ginekologija**, v. 43, suppl 3, p. 41-44, 2004.

TEIXEIRA, A. M. F. B.; KNAUTH, D.; FACHEL, J. M. G.; LEAL, A. F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 7, p. 1385-1396, 2006.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Access to emergency contraception: state policies in brief**. New York, NY: Alan Guttmacher Institute. 1998. 56p.

TRIPATHI, R.; RATHORE, A. M.; SACHDEVA, J. Emergency contraception: Knowledge, attitude and practices among health care provides in North India. **Obstet Gynaecol Res**, v. 29, n. 3, p. 142-146, 2003.

TRIPP, J.; VINER, R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. **BMJ**, v. 330, p. 590-593, 2005.

TRUSSELL, J.; ELLERTSON, C.; DORFLINGER, L. Effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception by cycle of intercourse: implications for mechanism of actions. **Contraception**, v. 67, p. 167-171, 2003.

UNFPA. United National Population Found. **State of world population**. 2006.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude. **Relatório da situação da infância e adolescência**. Brasília. 2003.

VAISBERG, T. M. J. A. Sofrimento e adolescência no mundo contemporâneo sob a perspectiva da psicologia social clínica. In: **1 Simpósio Internacional do Adolescente**. São Paulo. 2005.

VAN ROOIJEN, M.; SILVEIRA, A.; THOMASSEN, S.; HANSSON, L. O.; ROSING, J.; HAMSTEN, A. *et al.* Rapid activation of homeostasis after hormonal emergency contraception. **Thromb Haemost**, v. 97, n. 1, p. 15-20, 2007.

VIEIRA, E. M.; BDIANI, R.; FABBRO, A. L. D.; JUNIOR, A. L. R. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 3, p. 263-272, 2002.

VIEIRA, L. M.; SAES, S. O.; DÓRIA, A. A. B.; GOLDEBERG, T. B. L. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev Saude Materno Inf**, v. 6, n. 1, p. 135-140, 2005.

VILELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, 2006.

WEISMILLER, D. G. Emergency contraception. **Am Fam Phys**, v. 70, n. 4, p. 707-714, 2004

WHO. World Health Organization. **Emergency contraception**: a guide for service delivery: WHO/FRH7FPP798. Geneva. 1998. n. 19.

WHO. World Health Organization. **Married adolescents**: no place of safety. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2006.

WYNN, L. L.; TRUSSELL, J. The social life of emergency contraception in the United States: disciplining pharmaceutical use, disciplining sexuality, and zygotic bodies. **Med Anthropol Quart**, v. 20, n. 3, p. 297-320, 2006.

YEUNG, W. S. B.; CHIU, P. C. N.; WANG, C. H.; YAO, Y. Q.; HO, P. C. The effects of levonorgestrel on various sperm functions. **Contraception**, v. 66, p. 453-457, 2002.

ZUCCHI, R. M.; ELITO JR, J.; ZUCCHI, F.; CAMANO, L. Gravidez ectópica após uso de contracepção de emergência: relato de caso. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 26, n. 9, p. 741-743, 2004.

***ANEXOS***

**Anexo A – Aprovação do Projeto Geral pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, do qual este é parte**



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

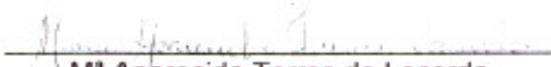
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Recife, 01 de julho de 2005

Prezados Investigadores

Informamos a V.Sª que foi aprovado na reunião do dia 30/06/2005, pelo Comitê de Ética em Pesquisa deste Hospital, o Projeto de Pesquisa **"ESTILOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ADOLESCENTES: DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA À INTERVENÇÃO"** conforme normas para pesquisa envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente,

  
Mª Aparecida Torres de Lacerda  
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa  
HAM

## **Anexo B – Carta de Anuência dos Gerentes Regionais de Educação**



Senhor Gerente:

A Universidade de Pernambuco (UPE) em parceria com a Secretaria de Educação e Cultura do Estado de Pernambuco estará desenvolvendo o projeto "Estilos de Vida e Comportamentos de Risco à Saúde do Adolescente". Trata-se de um levantamento abrangente, representativo dos estudantes matriculados em escolas das 17 GEREs. O objetivo deste levantamento é fazer um diagnóstico sobre hábitos e outras variáveis relacionadas à saúde de modo a subsidiar o desenvolvimento de políticas e programas de atenção à saúde do adolescente.

De acordo com entendimentos mantidos com a Secretaria de Educação e representantes das GEREs em encontro realizado no dia 20 de março do corrente na UPE, informamos que uma equipe de pesquisa da nossa instituição, sob a coordenação do prof. Jorge Bezerra, estará coletando dados nas escolas sob a jurisdição desta GERE no período de 24 a 27 de abril.

Informamos, ainda, que após a conclusão do estudo o Grupo de Pesquisa responsável pelo desenvolvimento do projeto encaminhará relatório descritivo com dados regionais do diagnóstico efetuado. Este documento deverá estar disponível para os senhores gestores em mídia impressa e em meio eletrônico para consulta na página do Grupo de Pesquisa na Internet ([www.esef.upe.br/lapel](http://www.esef.upe.br/lapel)).

Considerando o exposto, solicitamos de Vossa Senhoria especial atenção no encaminhamento das seguintes providências:

- Enviar comunicação oficial às escolas sorteadas que serão visitadas por nossa equipe de pesquisa (ver relação abaixo);
- Solicitar à Secretaria de Saúde do Município a colocação de um técnico de enfermagem à disposição da equipe de pesquisa para auxiliar na aferição da medida de pressão arterial;
- Reservar alojamento na GERE para integrantes da equipe de pesquisa, que poderá ser constituída por até seis pessoas;
- Colocar à disposição um técnico da GERE que deverá acompanhar a equipe de pesquisa na visita às escolas (preferencialmente aquele que esteve na reunião realizada em Recife no período de 20 a 22 de março);

## Anexo C – Carta de Anuência dos Diretores das Escolas Pesquisadas



Recife, 10 de Agosto de 2006

Ilmo Sr(ª). Prof(ª).

Diretor (a) da Escola Agrícola de Umas

Senhor(a) Diretor(a):

A Universidade de Pernambuco (UPE) em parceria com a Secretaria de Educação e Cultura do Estado de Pernambuco estará desenvolvendo o projeto "Estilos de Vida e Comportamentos de Risco à Saúde do Adolescente". Trata-se de um levantamento abrangente, representativo dos estudantes matriculados em escolas das 17 GEREs. O objetivo deste levantamento é fazer um diagnóstico sobre hábitos e outras variáveis relacionadas à saúde de modo a subsidiar o desenvolvimento de políticas e programas de atenção à saúde do adolescente.

De acordo com entendimentos mantidos com a Secretaria de Educação e representantes das GEREs em encontro realizado no dia 20 de março do corrente na UPE, informamos que uma equipe de pesquisa da nossa instituição, sob a coordenação do profs. Luis Griz, Betânia da Mata, Sueli Peixoto, Jorge Bezerra, Rafael Tassitano e Maria Cecília Tenório, estará coletando dados nesta escola, entre as turmas do ensino médio.

Informamos, ainda, que após a conclusão do estudo o Grupo de Pesquisa responsável pelo desenvolvimento do projeto encaminhará relatório descritivo com dados regionais do diagnóstico efetuado.

Considerando o exposto, solicitamos de Vossa Senhoria especial atenção no encaminhamento das seguintes providências:

- Distribuir o termo de consentimento a ser encaminhado, aos pais dos alunos menores de 18 anos.
- Reservar uma sala para a realização das medidas de peso, altura e circunferência abdominal.
- Informar aos professores sobre a data e objetivos da nossa visita.

**Anexo D – Termo Negativo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO NEGATIVO DE CONSENTIMENTO**

*Senhores Pais ou Responsáveis,*

O Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde da Universidade de Pernambuco em parceria com Secretaria de Educação e Cultura do Estado de Pernambuco está desenvolvendo um trabalho de pesquisa sobre a saúde dos estudantes do Ensino Médio em Pernambuco. A pesquisa focaliza, principalmente, no estudo de hábitos que podem afetar a saúde, provocando doenças e outros agravos que podem se manifestar tanto na adolescência quanto na vida adulta.

Nos próximos dias os pesquisadores do nosso grupo estarão efetuando coleta de dados na escola do seu(sua) filho(a). Este procedimento inclui a aplicação de questionários a serem respondidos pelos próprios estudantes com auxílio de professores da Universidade e da própria escola, assim como a realização de medidas de peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial.

Informamos, ainda, que nenhum dos procedimentos empregados na coleta de dados representa risco à saúde, não havendo possibilidade de que os mesmos possam causar qualquer tipo de dano ou constrangimento. As informações fornecidas serão anônimas e não haverá qualquer tipo de identificação individual no questionário. Se o(a) senhor(a) não se sente suficientemente esclarecido ou deseja conversar um pouco mais sobre o projeto entre em contato com os pesquisadores responsáveis através dos telefones 3423.6433 (com os professores Mauro ou Jorge).

Caso **NÃO** concorde com a participação do seu(sua) filho(a) no projeto, solicitamos preencher e devolver à escola este termo negativo de consentimento. Neste caso, informe o nome completo de seu(sua) filho(a) e o seu nome, assinatura e telefone para contato. Assinale, também, a opção que diz "não autorizo a participação do meu(minha) filho(a) no estudo".

Nome do estudante (seu filho) \_\_\_\_\_

Nome do Responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável \_\_\_\_\_

Telefone(s) de contato \_\_\_\_\_

NÃO AUTORIZO a participação do meu filho(a) no estudo

**Atenção: Se a sua decisão foi AUTORIZAR o seu(sua) filho(a) a participar do estudo você não precisa informar a sua decisão.**

**Anexo D – Questionário Global School-based Health Survey (perguntas sobre informações pessoais e comportamento sexual)**



Projeto

HÁBITOS DE SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO

**- Versão adaptada do Global Student Health Survey -**

**Orientações:**

- Este questionário é sobre seus hábitos e coisas que você faz e que podem afetar a sua saúde.
- Em todo o estado de Pernambuco, estudantes como você estarão respondendo o mesmo questionário. As informações fornecidas serão utilizadas para desenvolver programas de saúde.
- Atenção! Não escreva o seu nome neste questionário, pois as informações que você fornecer serão mantidas em sigilo e serão anônimas. Ninguém irá saber o que você respondeu, por isto seja bastante sincero nas suas respostas.
- Lembre que não há respostas certas e erradas. As suas respostas devem se basear naquilo que você realmente conhece, sente ou FAZ.
- Lembre que a sua participação nesta pesquisa é voluntária.
- Leia com atenção todas as questões, se tiver dúvidas solicite ajuda do professor que estiver aplicando o questionário na sua sala de aula.
- NÃO DEIXE QUESTÕES EM BRANCO (SEM RESPOSTA).

**Preencha o quadro abaixo conforme orientações do aplicador:**

Gere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turno	<input type="checkbox"/> Diurno	<input type="checkbox"/> Noturno
Turma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual o nome da Cidade onde você mora: _____		

---

Informações Pessoais

---

1. Qual a sua idade, em anos?
  - Menos de 14 anos
  - 14
  - 15
  - 16
  - 17
  - 18
  - 19
  - 20
  - 21 anos ou mais
2. Qual o seu sexo?
  - Masculino
  - Feminino
3. Em que série você está?
  - 1ª. série
  - 2ª. série
  - 3ª. série
4. Qual o seu estado civil?
  - Solteiro(a)
  - Casado(a)/vivendo com parceiro(a)
  - Outro
5. Você trabalha?
  - Não trabalho
  - Sou empregado com salário
  - Faço um estágio profissionalizante (com ou sem remuneração)
  - Trabalho como voluntário
6. Você mora com o seu pai?
  - Sim
  - Não
7. Você mora com a sua mãe?
  - Sim
  - Não
8. Onde você mora (reside)?
  - Casa
  - Apartamento
  - Residência coletiva (alojamento, pensão, pensionato, etc.)
  - Outro
9. A sua residência fica localizada em região/área:
  - Urbana
  - Rural
10. Você se considera:
  - Branco(a)
  - Preto(a)
  - Pardo(a)
  - Mulato(a)
  - Moreno(a)
  - Indígena(a)
  - Amarelo(a)
  - Outro(a)
11. Marque com um "X" a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe (ou da pessoa que cuida de você)
  - Minha mãe não estudou
  - Minha mãe NÃO concluiu o 1º. grau
  - Minha mãe concluiu o 1º. grau
  - Minha mãe NÃO concluiu o 2º. grau
  - Minha mãe concluiu o 2º. Grau
  - Minha mãe NÃO concluiu a faculdade
  - Minha mãe concluiu a faculdade
  - Não sei
12. Existe banheiro dentro da sua casa?
  - Sim
  - Não
13. Existe geladeira dentro da sua casa?
  - Sim
  - Não
14. Existe computador na sua casa?
  - Sim
  - Não
15. A casa onde você mora foi feita de tijolos (casa de alvenaria)?
  - Sim
  - Não
16. Na casa onde você mora existe água encanada?
  - Sim
  - Não

---

**COMPORTAMENTO SEXUAL**

---

- As questões seguintes são sobre relação sexual [isso inclui relação vaginal - quando um homem coloca o pênis na vagina de uma mulher; e, relação anal - quando um homem coloca o pênis no ânus de sua (seu) parceira (o)].

60. Você já teve relação sexual?
- Sim  
 Não
61. Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual?
- Eu nunca tive relação sexual  
 Menos de 12 anos  
 12 anos  
 13 anos  
 14 anos  
 15 anos  
 16 anos ou mais
62. Durante toda a sua vida, com quantas pessoas você já teve relação sexual?
- Eu nunca tive relação sexual  
 1 pessoa  
 2 pessoas  
 3 pessoas  
 4 pessoas  
 5 pessoas  
 6 pessoas ou mais pessoas
63. Durante os últimos 12 meses, você tem tido relação sexual?
- Sim  
 Não
64. Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu parceiro usou preservativo?
- Eu nunca tive relação sexual  
 Sim  
 Não
65. Você conhece o contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte)?
- Não tenho relações sexuais e não conheço  
 Não tenho relações sexuais, mas conheço  
 Tenho relações sexuais e não conheço  
 Tenho relações sexuais e conheço
66. Caso você tenha tido informações para a utilização do contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte), onde obteve?
- Nunca tive orientação  
 Pais ou parentes  
 Amigos  
 Profissionais de saúde  
 Propagandas  
 Farmácia  
 Escola
67. Você fez uso de contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte) nos últimos 12 meses?
- Nunca tive relação sexual  
 Tenho relação sexual, mas nunca usei esse método (ou minha parceira nunca usou)  
 Sim, usei (ou minha parceira usou) 1 vez nos últimos 12 meses  
 Sim, usei (ou minha parceira usou) 2 vezes nos últimos 12 meses  
 Sim, usei (ou minha parceira usou) 3 vezes nos últimos 12 meses  
 Sim, usei (ou minha parceira usou) 4 vezes nos últimos 12 meses  
 Sim, usei (ou minha parceira usou) 5 ou mais vezes nos últimos 12 meses
68. Caso você tenha usado o contraceptivo de emergência (a pílula do dia seguinte), como você ou sua parceira utilizou?
- Nunca tive relação sexual  
 Tenho relação sexual, mas nunca usei esse método (ou minha parceira nunca usou).  
 Quando falta a menstruação  
 Antes da relação sexual

- Antes das primeiras 72 horas da relação sexual desprotegida
- Após as 72 horas da relação sexual desprotegida

Equipe Responsável

Aplicador (questionário): \_\_\_\_\_

Medida da Massa: \_\_\_\_\_

Medida da Estatura: \_\_\_\_\_

Medida da Circunferência: \_\_\_\_\_

Medida da Pressão Arterial: \_\_\_\_\_

Outros Participantes: \_\_\_\_\_

Data da Aplicação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2006

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)