



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"
Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607 - D.O.U. nº 202 de 20/10/2005

Soraia Souza Terreço

**ADOLESCÊNCIA E CONTRACEPÇÃO COM ÊNFASE NO CONTRACEPTIVO DE
EMERGÊNCIA**

**Palmas-TO
2014**

Soraia Souza Terreço

**ADOLESCÊNCIA E CONTRACEPÇÃO COM ÊNFASE NO CONTRACEPTIVO DE
EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada com requisito parcial da disciplina TCC em Ciências Farmacêuticas do Curso de Farmácia do Centro Universitário Luterano de Palmas, sob coordenação da Prof^a. MSc. Grace Priscila Pelissari Setti.

Orientador(a): Prof^a. Esp. Elisângela Luiza Vieira L. B. dos Santos

**Palmas-TO
2014**

Soraia Souza Terreço

ADOLESCÊNCIA E CONTRACEPÇÃO COM ÊNFASE NO CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA

Monografia apresentada com requisito parcial da disciplina TCC em Ciências Farmacêuticas do Curso de Farmácia do Centro Universitário Luterano de Palmas, sob coordenação da Prof^a. MSc. Grace Priscila Pelissari Setti.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Esp. Elisângela Luiza Vieira L. B. dos Santos (Orientadora)
Centro Universitário Luterano de Palmas

Prof^a. MSc. Áurea Welter
Centro Universitário Luterano de Palmas

Prof^a. MSc. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo
Centro Universitário Luterano de Palmas

**Palmas-TO
2014**

Dedico este trabalho a minha querida, amada, maravilhosa e eterna mãe (*in memoriam*), que me educou e incentivou a estudar e que está acompanhando a minha jornada.

Ao meu pai que sempre esteve presente durante esses anos e que me apoiou muito a chegar ao fim.

Aos meus filhos que tiveram a paciência e compreensão, por todo esse tempo que estive na universidade e principalmente agora no TCC, e ao meu esposo que me ajudou a trilhar esse caminho, sem ele não conseguiria chegar ao fim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por me amparar nas horas de tristeza e não me deixar desistir dessa caminhada tão longa, por ter me dado perseverança, confiança, sabedoria, alegria e acima de tudo a saúde para chegar ao final dessa luta.

Agradeço ao meu pai, meus irmãos, amigos, parentes e aos meus colegas de curso que direta ou indiretamente me ajudaram.

À minha amiga Andrea que tanto me ajudou, me acolhendo na sua casa para repassar as matérias que eu estava com dificuldade, e que mesmo estando distante ela sempre se preocupou de como estava meu desenvolvimento na universidade.

À minha amiga Maria do Bomfim, farmacêutica me amparou e me ajudou a chegar até aqui.

À minha amiga Janaína que sempre me ajudou quando precisava deixar a Isabela em sua casa, para fazer algo no CEULP/ULBRA.

À coordenadora do Curso de Farmácia da CEULP/ULBRA Grace Priscila Pelissari Setti que, sempre me recebia com carinho e resolvia minhas solicitações.

Aos docentes que me acompanharam ao longo destes anos, aos colegas que estiveram presente em todo o tempo do curso.

À professora dos meus filhos Ana Célia que teve paciência em ouvir a minha filha Isabela falando que a mamãe dela só queria saber do tal de TCC, e compreensão com as tarefas deles.

As minhas amigas, Rita e Joana com suas orações para conseguir a chegar ao fim, Márcia Pontes, Verônica Farias, Wesliane, Suiane Soares, Lucenyr, Rafaela, Francisco, pelo o grande apoio para não desistir dessa jornada.

À minha querida orientadora Elisângela pelo seu profissionalismo, amizade, dedicação e paciência compreendendo minhas dificuldades durante todo esse tempo.

Às professoras que compõem a banca examinadora, pelas suas contribuições para melhoria desse trabalho,

À todos muito obrigada!

RESUMO

TERREÇO, Soraia Souza. **Adolescência e contracepção com ênfase no contraceptivo de emergência**. 2014. 33 f. Monografia (Graduação em Farmácia). Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas-TO.

A adolescência é um período marcado por profundas transformações, sendo nessa fase que a sexualidade se afirma. O início da vida sexual ocorre cada vez mais cedo entre os adolescentes e, conseqüentemente, o uso de contraceptivos também, sobretudo, os de emergência. Os adolescentes estão vulneráveis a contrair o HIV/AIDS e as demais DST's. Na adolescência, os riscos da gravidez envolvem complicações no parto, aborto, hipertensão gestacional, anemia, depressão, propensão ao suicídio, baixo peso e baixo índice de massa corpórea neonatal. Dessa forma, o presente trabalho de revisão bibliográfica objetivou analisar, a utilização dos métodos contraceptivos entre adolescentes, enfatizando o uso da contracepção de emergência. A metodologia utilizada baseou-se na consulta de livros e artigos referentes ao assunto, encontrados na base de dados do SCIELO e LILACS. Os resultados demonstraram que a maioria dos adolescentes pesquisados nos estudos, já fizeram uso de algum método contraceptivo e que possuem certo conhecimento sobre a contracepção de emergência, embora com certa limitação, o que demonstra a necessidade de políticas públicas relativas à educação sexual de qualidade voltada para os adolescentes.

Palavras-chave: Planejamento familiar, anticoncepção de emergência, métodos contraceptivos, adolescência.

LISTA DE SIGLAS

AE - Anticoncepção de Emergência

AHOC - Anticoncepcionais hormonais orais combinados

DIU - Dispositivo intra-uterino

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EUA - Estados Unidos da América

IM - Intramuscular

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAISM - Assistência Integral à Saúde da Mulher

PF - Planejamento familiar

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 Planejamento Familiar	12
4.2 Adolescência, a Iniciação Sexual e Seus Riscos	13
4.3 Anticoncepção	15
4.4 Métodos Contraceptivos	16
4.4.1 Métodos naturais	16
4.4.1.1 Coito interrompido.....	16
4.4.1.2 Método do ritmo, tabelinha ou Ogino-Knauss.....	17
4.4.1.3 Método da temperatura basal	17
4.4.1.4 Método de billing ou muco cervical	17
4.4.2 Métodos de barreira.....	18
4.4.2.1 Preservativos femininos e masculinos.....	18
4.4.2.2 Diafragma	18
4.4.3 Métodos químicos.....	19
4.4.3.1 Espermicidas	19
4.4.3.2 Dispositivo intra-uterino (DIU)	19
4.4.4 Métodos hormonais.....	20
4.4.4.1 Contraceptivos orais combinados	20
4.4.4.2 Anticoncepcionais orais contendo apenas progestogênio	21
4.4.4.3 Contracepção de emergência	21
4.4.4.4 Contraceptivos injetáveis mensais	23
4.4.4.5 Contraceptivos injetáveis trimestrais	24
4.4.4.6 Implantes subdermais	24
4.4.4.7 Adesivos transdérmicos	25
4.4.5 Métodos definitivos	25
4.4.5.1 Laqueadura tubária	25
4.4.5.2 Vasectomia	26
4.5 Uso da contracepção de emergência.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período compreendido entre os 10 e 19 anos de idade, sendo a fase que marca a transição da infância para a vida adulta, definição também adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) no Programa de Saúde do Adolescente. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define o período da adolescência entre o intervalo de 12 e 18 anos, definição adotada também pelo IBGE (KROGH et al., 2012; BRASIL, 1990).

A adolescência é estimulada pela ação hormonal e caracterizada por profundas transformações biológicas, psíquicas e sociais determinadas por fatores genéticos e ambientais, que culminarão na aquisição da identidade sexual do adolescente (VIEIRA et al., 2006).

A sexualidade está presente em toda a trajetória de vida do ser humano, sendo na adolescência, que ele busca sua afirmação. Todavia, nem sempre seu desenvolvimento vem acompanhado de um amadurecimento afetivo e cognitivo, por parte do adolescente, tornando-o vulnerável e propenso aos mesmos riscos aos quais os adultos estão sujeitos (ALVES; LOPES, 2008).

Dentre os riscos e as vulnerabilidades as quais as vivências da sexualidade, expõem os adolescentes, pode-se citar, a gravidez precoce, o aborto, a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's), fatores estes, que na maioria dos casos compromete de forma negativa o projeto de vida dos mesmos, além de perpetuar o quadro de pobreza de nações em desenvolvimento, como o Brasil, uma vez, que a gravidez precoce, torna-se motivo para que esses adolescentes deixem a escola e não se qualifiquem profissionalmente (ALVES; LOPES, 2008; MADUREIRA; MARQUES; JARDIM, 2010).

Segundo dados do MS, cerca de 1,1 milhões de adolescentes no Brasil, engravidam por ano. Também, estima-se que 11,8 milhões de adolescentes estão contaminados com o vírus HIV e propensos a desenvolver a AIDS, entre os próximos três ou quinze anos, o que representa um sério impacto à saúde materno-infantil e à saúde física, psíquica e social dos adolescentes (BRASIL, 1998; BRASIL, 2006).

Existem diferentes tipos de métodos contraceptivos disponíveis no mercado. Os contraceptivos hormonais tem sido os mais utilizados por mulheres e adolescentes em todo o mundo, e se subdividem de acordo com a via de administração: oral, injetável, implante e adesivo transdérmico (RATHKE et al., 2001).

A contracepção de emergência, popularmente conhecida como a pílula do dia seguinte, é um método alternativo hormonal oral, que evita a gravidez, quando ingerido até 72 horas após uma relação sexual desprotegida (VIEIRA et al., 2006).

Entretanto, o que muito se tem observado é que o uso desse método contraceptivo, entre adolescentes, está ocorrendo de forma muito frequente e indiscriminada, e que o mesmo deixou de ser uma opção utilizada somente em casos de emergência, para se tornar um método corriqueiro utilizado na prevenção de uma gravidez não planejada, embora existam contraceptivos muito mais eficazes de uso rotineiro para tal finalidade (BORGES et al., 2010).

A contracepção de emergência é um tema polêmico e cheio de controvérsias, em vários campos, sobretudo por ainda não haver estudos abrangentes que mostrem os reais perigos e riscos que o uso em demanda desse método pode desenvolver para a saúde (WANNMACHER, 2005).

Os fatores que levam as adolescentes a engravidarem, ou a contraírem DST's são variados, sendo a falta de informação, fatores sócio-econômicos, a falta de acesso a serviços específicos para essa faixa etária, a iniciação sexual precoce e a insegurança em utilizar métodos contraceptivos. Nesse contexto, a anticoncepção torna-se um tema relevante entre os adolescentes na prevenção da gravidez, da AIDS e da contaminação por outras DST's, além de proporcionar a prática do sexo, e o prazer que ele proporciona, desvinculado da possível geração de descendentes (VIEIRA et al., 2006). Diante dessa problemática, o presente estudo objetivou analisar a utilização de métodos contraceptivos entre os adolescentes, enfatizando o uso da contracepção de emergência.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a utilização dos métodos contraceptivos entre os adolescentes, enfatizando o uso da contracepção de emergência.

2.2 Objetivos Específicos

- Citar os riscos decorrentes da gravidez na adolescência;
- Descrever os métodos contraceptivos existentes, destacando os mais utilizados pelos adolescentes;
- Atentar para a necessidade da orientação e educação contraceptiva entre os adolescentes;

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente trabalho baseou-se em revisão e estudos de bibliografias relacionadas ao tema proposto, no período de agosto e setembro de 2014. Para tal, foram realizadas pesquisas em livros e artigos referentes ao assunto, encontrados em base de dados eletrônicos como SciELO e LILACS. Para a pesquisa de artigos foram utilizados palavras-chaves que apresentassem relação com o tema pesquisado, como: adolescente, gravidez precoce, anticoncepcionais, contraceptivos hormonais, contraceptivos de emergência. O período da publicação dos artigos pesquisados foi do ano de 1998 à 2013.

4. REFERENCIAL TÉORICO

4.1 Planejamento Familiar

O planejamento familiar é um direito garantido ao cidadão brasileiro pela constituição Federal, no artigo 226, parágrafo 7 e também pela Lei nº. 9.263, de 12 de Janeiro 1996 que o regulamenta (BRASIL, 1996). Nesse contexto, o Estado disponibiliza recursos financeiros, tecnológicos, educacionais e profissionais para o cumprimento desse direito (PIERRE; CLAPIS, 2010).

O Ministério da Saúde (MS), de acordo com a Lei 9.263, define o Planejamento Familiar como um direito sexual e reprodutivo que garante ao cidadão a decisão de ter ou não filhos e quantos deseja ter (BRASIL, 1996; BATAGLIAO; MAMEDE, 2011), sendo considerado um direito humano básico, declarado e reconhecido em 1968, pela Organização Nações Unidas (ONU) (LINDNER et al., 2006).

No Brasil, as ações em saúde voltadas para o controle da natalidade, por meio do planejamento familiar foram asseguradas desde 1984, com elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que direcionava uma de suas ações à anticoncepção, como meio de planejamento familiar, e acima de tudo, prevenção da gravidez indesejada. Entretanto, devido à dificuldade em se implantar essa e outras ações contempladas no PAISM, que se criou uma Lei específica para o planejamento familiar, a nº. 9.263 de 12/01/96, que assegura, o oferecimento de métodos de concepção e contracepção que não coloquem em risco a vida e à saúde das pessoas (LINDNER et al., 2006).

É imprescindível afirmar que a informação e a orientação são vitais para o êxito do planejamento familiar. Porém, observa-se que mesmo com a implantação de uma lei específica para tratar do planejamento familiar, ainda notava-se, a necessidade dos serviços de saúde proporcionarem mais informações aos usuários, bem como ampliarem a oferta de opções de métodos contraceptivos, aliada a maior orientação. Levando-se em conta esse fato, foi criada em 2007 a Política Nacional de Planejamento Familiar, com o intuito de garantir que casais ou indivíduos pudessem ter acesso à informação sobre métodos contraceptivos, demanda, vantagens, desvantagens para realizar a escolha do método mais apropriado, com acompanhamento e suporte técnico dos serviços de saúde (PIERRE; CLAPIS, 2010, BRAMBILA, et al., 2013).

Pesquisas mostram que a qualidade na orientação e informação prestada ao usuário participante da política de planejamento familiar, incidirá na melhor escolha, satisfação, aceitabilidade e continuidade no uso do método contraceptivo, o que refletirá também na diminuição do índice de falhas constatados no processo. A quantidade de filhos, o intervalo de tempo entre eles, as informações e os meios para caracterizar tais anseios é conceituado

como direitos reprodutivos e a promoção do exercício responsável destes direitos deve ser o principal objetivo das políticas e programas governamentais em saúde sexual e reprodutiva (HAYASHI; NOGUEIRA, 2007).

Para a medicina preventiva a realização do planejamento familiar objetiva também a redução nos índices de mortalidade materno infantil, resultantes de abortos provocados e gestações de alto risco (SOUZA et al., 2006).

4.2 Adolescência, a Iniciação Sexual e Seus Riscos

Segundo a OMS, a adolescência é um processo biológico, onde ocorre um incremento, ou uma aceleração no desenvolvimento cognitivo e na estruturação da personalidade. Além do aspecto biológico, outros fatores também estão envolvidos na construção dessa nova fase da vida, entre eles podem-se citar aspectos como a identidade a integração social, o desenvolvimento profissional, tudo isso atrelado ao meio social e cultural, no qual o adolescente está inserido (KROGH et al., 2012).

É nessa fase da vida que se manifesta também a descoberta do sexo. Dessa forma, a maneira mais razoável do adolescente vivenciar o sexo de maneira adequada e segura é absorvendo conhecimentos sobre métodos contraceptivos e sobre os possíveis riscos advindos da prática de relações sexuais desprotegidas. O conhecimento dessa temática por parte do adolescente irá assegurar ao mesmo, a prevenção da gravidez indesejada, de DST's, além, de garantir o direito da sexualidade desvinculada da procriação (VIEIRA et al., 2006).

Além da precocidade no início da atividade sexual, Diaz; Diaz (2000) destacam que a maioria das vezes, os jovens iniciam a atividade sexual sem proteção, expondo-se a diversos riscos, principalmente à gravidez indesejada e não planejada. De acordo com os autores, em um estudo realizado na América Latina mostram que menos de 20% dos homens e de 15% das mulheres usam algum método contraceptivo na primeira relação sexual.

Segundo Freitas; Botega (2002), o principal motivo de internações (66%) entre adolescentes de 10 a 19 anos de idade no SUS foi a gravidez, seguido do parto, do pós-parto, e das complicações decorrentes desses eventos. As complicações maternas mais frequentes da gravidez na adolescência incluem o aborto espontâneo ou provocado, anemia, problemas no parto e hipertensão gestacional, destacando-se os danos físicos e psicológicos provocados pelo aborto, além de uma maior incidência de depressão e de um risco suicida elevado, tanto durante a gestação quanto no pós-parto.

De acordo com Vieira et al. (2007), os filhos de mães adolescentes têm maior probabilidade de nascerem prematuros e apresentarem baixo peso, o que aumenta o risco da mortalidade perinatal.

Uma gravidez precoce também acarreta modificações no projeto de vida do adolescente, uma vez que na maioria dos casos resulta em abandono escolar, impedindo o mesmo de concluir os estudos, de ter um emprego estável e de ser economicamente auto suficiente (SILVA et al., 2013).

O aumento dos números de gestações na adolescência mostra que as campanhas para a prevenção de AIDS/DST's não tem conseguido atingir os jovens quanto ao uso de preservativos (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008).

Além da gravidez precoce, o risco de contaminação pelo HIV/AIDS e outras DST's é inerente entre adolescentes. Segundo o MS, dos 60 milhões de pessoas do mundo infectadas pelo vírus HIV, nos últimos 20 anos, mais da metade tinha entre 15 e 24 anos quando foram infectados (BRASIL, 2006).

O início da atividade sexual entre adolescentes ocorre cada vez mais cedo, de forma precoce. De acordo com o estudo realizado por Berquió (2000), verificou-se que a média de idade para o início da atividade sexual é de 14,5 anos para os homens e de 15,2 anos para as mulheres, em uma população com faixa etária de 16 a 19 anos.

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém, especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência. Para a investigação das reações humanas e conhecimento melhor dessa influência e complexidade das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e vínculo com o parceiro (DOURADO; PELOSO, 2007).

A gravidez não planejada na adolescência acarreta ainda outros problemas graves, como as altas taxas de mortalidade entre mães adolescentes. Além disso, outra preocupação constatada, tanto em países desenvolvidos, como em países subdesenvolvidos, é o aumento dos casos de gravidez, entre as idades mais baixas da adolescência, que varia entre dez e quatorze anos (SAITO; LEAL, 2007; PEREIRA; TAQUETE, 2008).

A anticoncepção na juventude está ligada ou sujeita às negociações a cada possível troca de parceiros, o que por sua vez, também pode provocar uma alternância na escolha dos métodos contraceptivos, pois os adolescentes utilizam os métodos contraceptivos de forma inconsciente. Sua utilização é direcionada pelo desenvolvimento afetivo-amoroso. Quando o relacionamento é estável, priorizam o uso de pílulas anticoncepcionais, preocupados apenas em prevenir uma possível gravidez em detrimento ao uso do preservativo, por haver uma suposta confiança mútua entre o casal. Entretanto, quando se

trata de um relacionamento passageiro, sem qualquer tipo de compromisso afetivo, há uma maior preocupação na utilização do preservativo masculino com o intuito de se proteger contra uma possível DST (BASTOS et al., 2008).

4.3 Anticoncepção

Segundo Poli (2006), a anticoncepção é algo tão antigo quanto a história da humanidade, e pode ser conceituada como um conjunto de técnicas ou meios utilizados para evitar a gravidez indesejada. Relatos históricos mostram que estudiosos da antiguidade como Hipócratas (460-377 a.C), já conhecia a ação contraceptiva advinda de substâncias presentes em plantas, como a cenoura selvagem (HAYASHI; NOGUEIRA, 2007).

O uso de anticoncepcionais feitos à base de plantas era comum entre os gregos e outros povos do mar mediterrâneo e o resultado dessa prática, excelente, pois segundo relatos de Políbio (Séc.II a.C), as famílias gregas limitavam-se a ter um ou dois filhos e podiam dessa forma usufruir o prazer que o sexo proporciona sem se preocupar com a possível geração de descendentes (HAYASHI; NOGUEIRA, 2007).

A prática de uma relação sexual desprotegida não significa, necessariamente, que a mulher irá engravidar. A probabilidade da concepção depende de alguns fatores, como idade (25/35 anos), período ovulatório e a frequência no número de relações sexuais. Quando ocorrem diariamente, a probabilidade varia de 20% a 30% e quando ocorrem semanalmente a probabilidade cai para 15% (PASSOS; FREITAS; CUNHA-FILHO, 2003).

A anticoncepção é um dos pilares da saúde reprodutiva da mulher. Sua utilização de uma forma não correta, sem orientação e sem o devido acompanhamento de um profissional não habilitado, acarreterá diversos problemas para a sua saúde, entre os quais podem destacar a gravidez indesejada, a gravidez na adolescência, os abortos ilegais, as implicações resultantes de cesariana indicadas exclusivamente para realizar laqueaduras e o aumento na taxa de mortalidade materna (SOUZA et al., 2006).

A utilização de métodos contraceptivos é a maneira mais eficaz para diminuir os índices de gestações não planejadas, como também para manter baixa a taxa de fecundidade da população de cada país (BRAMBILA et al., 2013).

Em relação à saúde reprodutiva da mulher a OMS, considera como relevante a realização de pesquisas que enfoquem tópicos como sexualidade, a concepção, a gravidez, contracepção o parto e o puerpério, sem desconsiderar, crenças, valores e condições sócio-econômicas das populações. A anticoncepção é considerada parte integrante da política de planejamento familiar, contemplada pela Constituição Federal e considerada como ação de saúde no contexto da integralidade à saúde (CALVACANTE, 2009).

O avanço tecnológico em vários campos da ciência, sobretudo, na área da saúde sexual e reprodutiva, possibilitou a criação e o aperfeiçoamento de uma ampla variedade de métodos contraceptivos, presentes no mercado, que se disponibilizados ao público feminino, principalmente às adolescentes acompanhado de um trabalho de orientação e suporte técnico profissional, implicará em uma correta prevenção e em uma vida sexual segura e satisfatória (BERLOFI et al. 2006).

4.4 Métodos Contraceptivos

Segundo Hayashi; Nogueira (2007), os métodos contraceptivos podem ser definidos como recursos que impedem a gravidez, ou seja, evitam a fecundação e, conseqüentemente, a geração de novos seres humanos. Atualmente são encontrados contraceptivos cada vez mais modernos, práticos, acessíveis, eficazes e com poucos efeitos colaterais, classificados em reversíveis: naturais ou comportamentais, hormonais, químicos, intra-uterinos e de barreira; como também em irreversíveis ou definitivos: vasectomia e a laqueadura.

O êxito dos métodos contraceptivos depende de vários fatores, entre os quais pode-se destacar: informações sobre o uso correto, disciplina, adequação à anatomia e outras características fisiológicas de quem os utiliza, o correto acompanhamento médico, e o acesso à informações acerca de riscos e vantagens da utilização de cada um dos contraceptivos, principalmente entre os adolescentes que iniciam cada vez mais cedo as atividades sexuais (POLI, 2006; VIEIRA et al., 2006).

4.4.1 Métodos naturais

4.4.1.1 Coito interrompido

Como o nome sugere, nada mais é do que a interrupção do ato sexual no momento em que a ejaculação está prestes a ocorrer, removendo-se o pênis da vagina, segundos antes da ejaculação. É um método arriscado e com grandes possibilidades de falhas, devido a não retirada do pênis antes da ejaculação ou a emissão pré-ejaculatória de líquido da uretra, que contém espermatozóides. Além disso, esse método não oferece proteção contra a transmissão de DST's (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

Dentre as vantagens podemos citar: disponibilidade imediata, custo zero, pode ser utilizado por qualquer casal, não tem efeito sobre a lactação ou leite materno e as desvantagens em geral são: baixa eficácia e não protege contra DST's, inclusive AIDS. (BEREK, 2010).

4.4.1.2 Método do ritmo, tabelinha ou Ogino-Knauss

Os ciclos menstruais duram em geral 28 dias, e a ovulação ocorre por volta do 14º dia. Considerando que o ovócito e o espermatozóide permaneçam viáveis por um certo período de tempo, as relações sexuais devem ser evitadas cerca de 3 dias antes, no dia da ovulação e 3 dias depois da data prevista para a ovulação. A eficiência do método é insuficiente em muitas mulheres, devido a irregularidade dos ciclos menstruais, que variam muito entre as mulheres, por inúmeras razões como: alterações hormonais, estresse e até mesmo fatores de ordem emocional (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

Dentre as vantagens do método podemos citar: disponibilidade imediata, custo zero, pode ser utilizado por qualquer casal, não tem efeito sobre a lactação ou leite materno, não tem efeitos colaterais e a mulher aprende sobre seu ciclo reprodutivo. As desvantagens em geral são: baixa eficácia, não é um método ideal para mulheres que contenham o ciclo menstrual irregular e que tenham mais de um parceiro sexual e não protege contra DST's, inclusive a AIDS (BEREK, 2010).

4.4.1.3 Método da temperatura basal

Durante a ovulação a temperatura basal corpórea pode elevar-se entre 0,4 a 1º C permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento da temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem efeito termogênico. Por meio da mensuração diária da temperatura basal, a mulher pode saber o dia de sua ovulação e determinar a fase infértil pós-ovulatória (BRASIL, 2006). Esse método apresenta as mesmas vantagens e desvantagens da tabelinha (BEREK, 2010).

4.4.1.4 Método de billing ou muco cervical

O método baseia-se na identificação do período fértil por meio do monitoramento do muco cervical. O muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero pelo epitélio glandular das criptas cervicais, que por ação hormonal apresenta transformações nas características ao longo do ciclo menstrual. Nos dias em que a mulher está fértil, ela produz um muco mais abundante, viscoso e transparente. A observação do mesmo possibilita a identificação do processo ovulatório. O método não é indicado após o parto, durante a amamentação, quando a mulher apresenta febre ou corrimento vaginal (BRASIL, 2006). Esse método apresenta as mesmas vantagens e desvantagens da tabelinha e da temperatura basal (BEREK, 2010).

4.4.2 Métodos de barreira

4.4.2.1 *Preservativos femininos e masculinos*

Tanto o preservativo feminino, quanto o masculino são contraceptivos de barreira, confeccionados com material sintético, como o látex e o propileno. O preservativo feminino, conhecido também, como camisinha feminina, proporciona uma barreira física na vagina que impede a passagem do esperma através da cérvix, prevenindo a transmissão de micro-organismos entre os parceiros. Quando utilizado de forma correta sua eficácia contraceptiva varia entre 89 a 95% (PASSOS; FREITAS; CUNHA-FILHO, 2003).

Já o preservativo masculino constitui-se o método de barreira mais utilizado pela população. Ele protege desde a glândula, até a base do pênis erétil, e previne o acesso do esperma ao trato reprodutivo feminino e a transmissão de micro-organismos entre os parceiros. Tanto o preservativo feminino como o masculino, além de serem eficazes como métodos contraceptivos, tornam-se eficazes também como métodos de prevenção de DST's (PASSOS; FREITAS; CUNHA-FILHO, 2003).

As vantagens desses métodos é o fácil acesso, não tem contra indicação, fácil transporte, previne contra a gravidez e DST's, ajuda a prevenir a ejaculação precoce, pode ser usado depois do parto, não apresentam efeitos hormonais e as desvantagens, pode ser desconfortável, só podem ser utilizados uma vez, podem causar alergias, podem diminuir a sensação de prazer durante a relação sexual, algumas pessoas podem ficar constrangidas em comprar, de pedir para o parceiro usar, podem romper durante o ato sexual e exigem aprovação do parceiro (BEREK, 2010).

4.4.2.2 *Diafragma*

O diafragma foi inventado na Alemanha, em 1882. Este método contraceptivo, na década de 1940, correspondia a 1/3 dos contraceptivos usados nos Estados Unidos da América (EUA). Após 1965, o seu uso diminuiu em torno de 10%, com a introdução dos anticoncepcionais orais e dos dispositivos intra-uterinos (DIU) (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

O diafragma é uma membrana de látex ou silicone flexível ajustada ao colo do útero antes do início da relação sexual e funciona como uma barreira mecânica que previne o acesso do esperma ao trato superior feminino (útero e trompas) aumentando sua eficácia quando associado à ação dos espermicidas (PASSOS; FREITAS; CUNHA FILHO, 2003).

Dentre as vantagens estão: não há efeitos hormonais, não é necessária prescrição médica, pode ser interrompido a qualquer momento, fácil de usar, sem efeito na lactação, oferece anticoncepção apenas quando necessário, no entanto pode ser difícil removê-lo, necessita ser lavado com sabão neutro e água após cada uso, necessita ser guardado cuidadosamente para evitar o aparecimento de fungos, deve ser utilizado todas as vezes que ocorrer a relação sexual. Sua eficácia é de 80% (BEREK, 2010).

4.4.3 Métodos químicos

4.4.3.1 *Espermicidas*

Os espermicidas são substâncias químicas que eliminam espermatozoides, compostos de monoxinol de 5 a 9%, com apresentação em forma de aerossóis, tabletes, supositórios, cremes e geléias. Eles podem ser usados isoladamente ou associados a um método de barreira, o que aumenta sua eficácia. O mecanismo de ação consiste em uma proteção que cobre a vagina e o colo do útero impedindo a ascensão do esperma ejaculado ao canal cervical. Além disso, o princípio ativo do produto causa alterações nos espermatozoides diminuindo a sua mobilidade e a capacidade de fertilização (PASSOS; FREITAS; CUNHA-FILHO, 2003).

Podem ser inseridos até uma hora antes da relação sexual para evitar interrupções na relação, podem aumentar a lubrificação vaginal, podem ser usados imediatamente após o parto, não é necessária prescrição médica, fácil acesso, no entanto alguns tipos podem causar irritação vaginal, devem ser utilizados todas as vezes que ocorrer o ato sexual. Sua eficácia é de 82% (BEREK, 2010).

4.4.3.2 *Dispositivo intra-uterino (DIU)*

Os dispositivos intra-uterinos são pequenos objetos de metal ou de plástico introduzida no útero da mulher, com a finalidade de evitar a gravidez. Atualmente, há quatro modelos disponíveis no mercado: o sete de cobre, o multiload, a alça de lippes e o T de cobre, sendo o último mais recomendado pela (OMS). Os DIU's que liberam hormônios, são feitos de plástico e liberam, continuamente, pequenas quantidades (13) de hormônio progestogênio e outras progestinas, como o levonorgestrel. Porém, esse tipo de DIU são menos encontrados e utilizados atualmente (PASSOS; FREITAS; CUNHA-FILHO, 2003).

Ao ser implantado no útero, o DIU causa uma reação inflamatória que evita que o óvulo fecundado se implante ou nidifique no útero, o mesmo acaba se degenerando e é expelido junto com a menstruação (PASSOS; FREITAS; CUNHA-FILHO, 2003).

A eficiência do dispositivo intra-uterino (DIU) é bastante alta (97%). Porém, a desvantagem é que pode fazer a menstruação ficar mais abundante, pode causar cólicas menstruais, infecção uterina e dores entre os períodos menstruais. Além disso, seu uso não é recomendado por mulheres portadoras de infecção pélvica crônica, infecção pós-parto, hiperplasia endometrial ou carcinoma, anormalidades uterinas, ou se existem sérios distúrbios de menstruais (BEREK, 2010).

Dentre as vantagens estão: a anticoncepção eficaz, método de longa duração, não necessidade da pessoa lembrar que deve tomar algo, não interfere nas relações sexuais, maior prazer sexual devido não haver a preocupação com a gravidez, imediatamente reversíveis, não interfere na qualidade e quantidade de leite materno, pode ser inserido logo após o parto, não há interação com outra medicação. Dentre as desvantagens, cólicas intensas ou dor até três dias após a inserção, necessita que um profissional médico para inserção, a paciente não pode parar de usar o DIU por conta própria, não previne contra DST's, necessita de um acompanhamento médico a cada seis meses. Sua eficácia é de 99,8% (BEREK, 2010).

4.4.4 Métodos hormonais

4.4.4.1 *Contraceptivos orais combinados*

É um dos métodos contraceptivos mais usados pelas mulheres para a prevenção da gravidez. São popularmente conhecidas, como pílulas anticoncepcionais, pílulas combinadas ou simplesmente pílulas, contêm dois hormônios sintéticos similares aos hormônios naturais da mulher: um estrogênio e um progestogênio (HATCHER et al., 2001).

As pílulas anticoncepcionais combinadas são comercializadas em dois tipos de cartelas, uma com 28 pílulas das quais 21 contêm hormônios, seguidas de 7 pílulas de placebo de cor diferente das demais e que não contem hormônios e o outro tipo de cartela com apenas 21 pílulas ativas com hormônios (HATCHER et al., 2001).

O mecanismo de ação desses contraceptivos consiste no bloqueio da secreção das gonadotrofinas hipofisárias, resultando na inibição da ovulação. Apresentam cerca de 99% de eficácia e a taxa de falha é inferior a 1%. As vantagens consistem na eficiência quando utilizado corretamente, ciclos menstruais mais regulares, a mulher pode interromper o uso quando quiser e podem ser usados por quanto tempo a mulher desejar prevenir a gravidez. Dentre as desvantagens, pode-se citar a eficácia somente com o uso, esquecimento do uso por algumas mulheres, aumento do risco de tromboembolismo, devido a alterações vasculares e alterações dos fatores de coagulação, com formação de microtrombos

aparentemente silenciosos e circulantes, e risco de evento vascular encefálico (HATCHER et al., 2001; SILVA, 2010).

4.4.4.2 Anticoncepcionais orais contendo apenas progestogênio

Esse método anticoncepcional contém uma quantidade muito pequena de um derivado sintético de progestogênio. Sua quantidade varia em torno da metade a um décimo da quantidade de progestogênio presente nos anticoncepcionais orais combinados. Eles não contêm estrogênio, e são indicados para mulheres que estão amamentando, por não reduzir a produção do leite materno. Seu mecanismo de ação é simples: quando a anticoncepção se faz somente com o uso de um progestogênio, os níveis de gonadotrofinas e de progesterona preservam a ovulação por muitos ciclos, e a anticoncepção é assegurada por alterações na secreção do muco cervical, como consistência e aumento da espessura que criam condições adversas para a livre ascensão dos espermatozoides. Além disso, ocorrem modificações no endométrio, tornando o ambiente não adequado para a implantação do blastocisto (HATCHER et al., 2001; SILVA, 2010).

Apresentam 99,7% de eficácia. As vantagens consistem em: regulação do ciclo menstrual, diminuição de cólicas e sangramentos oriundos da menstruação, tratamento da acne, hirsutismo e síndrome dos ovários policísticos, uso por lactantes a partir de seis semanas após o parto, a quantidade e qualidade do leite materno não são prejudicados, não apresentam efeitos colaterais como os estrogênios, e as desvantagens: devem ser tomados todos os dias, podem ocorrer alterações no fluxo menstrual, não previnem contra gravidez ectópica, amenorréia, podem ocorrer efeitos desagradáveis como cefaléia, sensibilidade nos seios e não protegem contra DST's (BEREK, 2010).

4.4.4.3 Contracepção de emergência

A anticoncepção de emergência (AE) é um método de contracepção hormonal indicado para evitar uma gravidez, após uma relação sexual desprotegida (COSTA et al., 2008).

Também conhecida como pílula do dia seguinte, consiste na utilização de hormônios concentrados encontrados na forma de comprimidos utilizados em um pequeno espaço de tempo. O que diferencia este método de contracepção dos demais métodos contraceptivos é que só deve ser utilizado em situações especiais a fim de prevenir uma gravidez inoportuna (BRASIL, 2010).

As situações na qual a pílula do dia seguinte deve ser utilizada incluem, a ocorrência de estupro, ruptura acidental do preservativo, deslocamento ou ruptura do diafragma,

expulsão do DIU, falhas na ingestão de duas ou mais pílulas, anticoncepcionais de progestogênio, atraso na menstruação de mais de duas semanas em usuárias de acetato de medroxiprogesterona e ocorrência de relação sexual no período fértil em casais que utilizam métodos de abstinência periódica (BORGES et al., 2010).

Os contraceptivos de emergência são eficazes até 72 horas após a relação sexual desprotegida. Esta característica peculiar deve possibilitar que a mulher ou o casal, tenha acesso rápido a este método contraceptivo, pois quanto mais precocemente for usado, mais eficaz será na prevenção de uma gravidez indesejada. Os fatores que dificultam o acesso da mulher ao método são a falta de informação, a percepção equivocada de que o método pode ser abortivo, aspectos morais e culturais (COSTA et al., 2008). É importante lembrar que os contraceptivos de emergência não fornecem proteção contra a AIDS e outras DST's (ALANO et al., 2012).

A regulamentação e aprovação dos contraceptivos de emergência para comercialização e uso mediante prescrição médica é dada pela OMS e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O seu uso também está incluído nas normas técnicas da Política de Planejamento Familiar (1996) e de Violência Sexual (1998) (ALANO et al., 2012).

Atualmente há duas formas aceitáveis de oferecer a contracepção de emergência. A primeira, conhecida como regime ou método de Yuzpe, consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas, compostas de um estrogênio e um progestogênio sintéticos. A associação mais estudada, e recomendada pela OMS, é a que contém etinilestradiol e levonorgestrel. É necessária a dose total de 0,2mg de etinilestradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas para exercer o efeito contraceptivo (BATAGLIAO; MAMED, 2011).

A segunda forma de realizar a contracepção de emergência é com o uso exclusivo de progestágeno na dose de 1,5mg. Nas apresentações comerciais com 0,75mg de levonorgestrel por comprimido, a contracepção de emergência pode ser feita com a administração de um comprimido de 0,75mg a cada 12 horas ou preferencialmente, com dois comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única. Da mesma forma que o método Yuzpe, o levonorgestrel pode ser utilizado até 72 horas após a relação sexual desprotegida (BATAGLIAO; MAMED, 2011).

A indicação do método Yuzpe e do levonorgestrel são as mesmas para a contracepção de emergência, assim como seu mecanismo de ação. Entretanto, há evidentes vantagens do levonorgestrel sobre o método Yuzpe. Como não contém estrogênio, o método de levonorgestrel apresenta efeitos colaterais mínimos. Com isso, a frequência e a intensidade dos efeitos secundários são também, sensivelmente reduzidos. Outra vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com

medicamentos antirretrovirais. No método Yuzpe, o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia da anticoncepção de emergência. Essa condição é importante para mulheres soropositivas, ou para mulheres em situação de violência sexual que utilizam, ao mesmo tempo, a anticoncepção de emergência para evitar a gravidez por estupro e os antirretrovirais para a profilaxia da infecção pelo vírus HIV (BRASIL, 2010).

Em média o índice de efetividade da anticoncepção de emergência, varia entre 75 e 85%, ou seja, ela pode evitar três de cada quatro gestações que ocorreriam após uma relação sexual desprotegida (BRASIL, 2010).

O mecanismo de ação principal da anticoncepção de emergência varia bastante conforme o momento do ciclo menstrual em que a pílula é administrada. Se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico do Hormônio Luteinizante (LH), vai alterar o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou retardando-a por vários dias. Se for administrada muito próxima do momento da ruptura folicular, a pílula terá pouca capacidade de impedir ou retardar a ovulação, o que pode explicar os casos de falha da anticoncepção de emergência. Porém, quando a administração ocorre na segunda fase do ciclo, depois da ovulação, a anticoncepção de emergência modifica a viscosidade do muco cervical, tornando-o espesso e hostil, o que impede o deslocamento e a movimentação dos espermatozoides desde o colo do útero até as tubas, em direção ao óvulo (SILVA, 2010; BRASIL, 2010).

A utilização da anticoncepção de emergência deve exigir extremo cuidado da usuária na garantia da alta eficiência do método. O intervalo de tempo entre a relação sexual desprotegida e a ingestão do fármaco não deve ultrapassar 72 horas, e frequentes repetições, indiscriminadas no uso do mesmo, diminui significativamente, sua eficácia. Desconsiderar essas particularidades em relação à anticoncepção de emergência, pode ocasionar um extremo aumento no número de gestações não planejadas, abortos voluntários e contaminação por DST's (VIEIRA et al., 2006).

4.4.4.4 Contraceptivos injetáveis mensais

São contraceptivos hormonais compostos por um derivado sintético de estrogênio e um derivado sintético de progestogênio administrado mensalmente via intramuscular (IM). No Brasil, são comercializados em três composições 5 e 10mg de estrogênio e diferentes concentrações de progestogênio. Os contraceptivos injetáveis combinados eliminam a primeira passagem hepática dos hormônios, uma característica vantajosa em relação aos contraceptivos orais combinados. O seu mecanismo de ação consiste na inibição da ovulação pelo bloqueio do pico de LH, que permanece em níveis basais e torna o muco

cervical consistente e espesso, o que dificulta a livre passagem e ascensão dos espermatozóides (HATCHER et al., 2001).

Sua eficácia é de 98,5 %, dentre as vantagens: mantêm a privacidade da mulher, não há preocupação em tomar a pílula todo dia em determinado horário, pode ser utilizado por qualquer grupo etário, pode ajudar a prevenir a anemia ferropriva. Desvantagens: podem causar aumento de peso, cefaléias, sensibilidade nos seios, alterações de humor, náuseas, queda de cabelos, diminuição da libido em algumas mulheres e não protegem contra DST's (BEREK, 2010).

4.4.4.5 Contraceptivos injetáveis trimestrais

Também são anticoncepcionais hormonais, produzidos apenas com um derivado sintético do progestogênio, semelhante ao produzido naturalmente pela mulher, e administrados intramuscular (IM) a cada três meses. O acetato de medroxiprogesterona é o princípio ativo que ao ser administrado, forma um depósito no músculo e tecido adiposo, sendo liberado lentamente na corrente sanguínea para efetiva ação. Impede a ovulação inibindo os picos de LH e FSH que permanecem em níveis basais diminuindo a produção de muco cervical, dificultando a penetração espermática e alterando a maturação endometrial, o que impossibilita a implantação do blastocisto (HATCHER et al., 2001).

Sua eficácia é de 98,5%, e apresenta as mesmas vantagens e desvantagens que os contraceptivos injetáveis mensais (BEREK, 2010).

4.4.4.6 Implantes subdermais

São contraceptivos hormonais de longa duração e consistem em um conjunto de seis cápsulas plásticas do tamanho aproximado de um palito de fósforo, que são implantados abaixo da pele, no tecido subcutâneo da face interna do braço da mulher (HATCHER et al., 2001).

Estas cápsulas contém um derivado sintético da progesterona, semelhante ao produzido pela mulher, que é liberado lentamente, e simultaneamente, de todas as seis cápsulas numa dosagem muito baixa de hormônio num período de até cinco anos, porém o implante disponível no mercado, o NORPLANT® obteve aprovação de uso para três anos. Seu mecanismo de ação suprime a ovulação, através de ação sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Aumenta a viscosidade do muco cervical, promovendo limitações à penetração espermática e diminui a espessura endometrial o que torna inviável a implantação do blastocisto (SILVA, 2010).

É um método contraceptivo altamente efetivo, sendo que a probabilidade de gestação é de 0,05%. A falha de uso é inexistente, a eficácia e a efetividade são as mesmas. As vantagens são a alta efetividade, ação a longo prazo, imediata reversibilidade, sangramento menstrual escasso ou ausente, diminuição da cólica e do desconforto menstrual, diminuição do risco da doença inflamatória pélvica, câncer do endométrio e pode ser utilizado no manejo da endometriose. As desvantagens são efeitos adversos na inserção: hematomas, intolerância a xilocaína, dor e infecção cutânea e efeitos hormonais como aumento da sensibilidade mamária e alterações do fluxo menstrual (HATCHER et al., 2001).

4.4.4.7 Adesivos transdérmicos

O contraceptivo transdérmico é um adesivo apresentado na dimensão de 20cm³, contendo o progestínico norelgestromina, metabólito ativo primário do norgestimato, na dose de 150mg, e o etinilestradiol, na dose de 20mg. Seu mecanismo de ação fundamenta-se na liberação transdérmica contínua dos seus componentes que irão suprimir a ovulação pelo bloqueio do pico de LH e FSH, alterações na secreção do muco cervical (consistência e aumento da espessura) criando condições adversas para a movimentação dos espermatozoides e modificações no endométrio que tornará o ambiente inadequado para implantação do blastocisto (SILVA, 2010).

A aplicação é um adesivo por semana, durante três semanas, suspendendo-o na quarta semana, com o objetivo de aguardar a menstruação por privação hormonal. Quatro são os locais de uso: antebraço, dorso, abdômen e região glútea. A eficácia é de 99,4%. As principais vantagens são a de não haver oscilações significativas dos níveis plasmáticos e a eliminação da metabolização pela primeira passagem hepática (SILVA, 2010).

4.4.5 Métodos definitivos

4.4.5.1 *Laqueadura tubária*

É um procedimento cirúrgico realizado na mulher, onde as duas tubas uterinas são cortadas e amarradas, cauterizadas ou fechadas com grampos ou anéis. A ligadura das trompas age impedindo que os espermatozoides se encontrem com os óvulos (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

Sua eficácia é de 99,5%. As vantagens consistem em: muito eficaz, permanente, não interfere nas relações sexuais, não apresenta efeitos colaterais a longo prazo. Dentre as

desvantagens, pode-se citar frequentemente causa dor nos primeiros dias, não protege contra as DST's, requer exame físico e profissional qualificado (BEREK, 2010).

4.4.5.2 Vasectomia

Vasectomia é um procedimento cirúrgico realizado no homem, onde os canais deferentes são cortados e amarrados, cauterizados, ou fechados com grampos. Com isso, o homem produz espermatozoides nos testículos, mas eles morrem e são reabsorvidos. O homem vasectomizado ejacula apenas o líquido seminal, sem os espermatozoides, portanto sem capacidade de fecundar o óvulo (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

Sua eficácia é de 99,9%. As vantagens consistem em: muito eficaz, permanente, não há risco para a saúde a longo prazo, sua eficácia pode ser verificada a qualquer momento. Dentre as desvantagens, pode-se citar sangramento ou infecção no local da incisão, não protege contra as DST's, requer cirurgia de pequeno porte, dor no escroto, edema e hematoma, desconforto por dois ou três dias (BEREK, 2010).

4.5 Uso da contracepção de emergência

Tendo em vista que a adolescência é uma fase da vida permeada de mudanças físicas, psicológicas e sociais, pode-se questionar se o adolescente tem algum tipo de conhecimento a respeito do uso de métodos contraceptivos, bem como se o mesmo tem a percepção de que a pílula do dia seguinte deve ser utilizada somente em situações de emergências e não como uma alternativa frequente de anticoncepção, bem como outros aspectos relativos a esse método contraceptivo.

Tratando-se do início da atividade sexual na vida do adolescente, Rodrigues; Jardim (2010) buscaram identificar o conhecimento e o uso de métodos contraceptivos entre adolescentes do sexo feminino na Escola Estadual da Zona Sul de São Paulo. Constataram que, de um total de 271 adolescentes entrevistadas, (48,7%) já tinha tido a primeira relação sexual (sexarca) antes dos 15 anos de idade, sendo que (40,6%) do total de 271 adolescentes, afirmaram ter utilizado algum método contraceptivo durante essa ocasião. O preservativo masculino foi o método mais utilizado por 36,5% dos adolescentes, seguido do contraceptivo hormonal oral (pílula), utilizado por 4,0% das adolescentes.

Quanto ao número de vezes da utilização da pílula do dia seguinte, Costa et al. (2008), observam em estudo realizado com 823 voluntários, de seis clínicas de saúde reprodutiva da organização não governamental Bem Estar Familiar (BEMFAM), nas cidades de São Luís, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife e Rio de Janeiro, que (15,9%) das entrevistadas já haviam utilizado o método mais de quatro vezes, seguido de (19,7%) que

havia utilizado três vezes (26,8%) que haviam utilizado duas vezes e finalmente (37,6%) que utilizaram o método apenas uma vez. O mesmo foi relatado por Rodrigues; Jardim (2010), que observaram em seu estudo que a média de utilização da pílula do dia seguinte entre as adolescentes entrevistadas foi de três vezes, com relato de 10 vezes de uso do método, o que segundo os autores representa um dado preocupante, por mostrar um uso abusivo e indisciplinar da pílula do dia seguinte, e também de indícios da diminuição e abandono do uso de contraceptivos rotineiros por parte desses adolescentes em prol do contraceptivo de emergência.

Em relação à utilização da contracepção de emergência Bastos et al. (2008) em seu estudo, objetivou caracterizar o comportamento contraceptivo, especialmente o uso da contracepção de emergência, entre mulheres jovens de alta escolaridade. Os autores observaram que em um universo de 196 entrevistados, quase metade (44,9%) já havia utilizado a pílula do dia seguinte, motivadas por fatores como a não utilização de um método contraceptivo de rotina, como o preservativo masculino ou o método hormonal (pílula), falhas ou esquecimento no uso do método rotineiro ou insegurança em relação à eficácia do contraceptivo utilizado. Já Alano et al. (2012) em outro estudo, verificou o conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina com 360 mulheres, (48,6%) havia utilizado a pílula do dia seguinte devido ao uso incorreto do anticoncepcional oral, não uso do preservativo e o rompimento do preservativo.

Batagliaio; Mamede (2011) descreveram o nível de conhecimento e à utilização da contracepção de emergência por estudantes de enfermagem de uma universidade pública de São Paulo, observaram que em uma amostra de 327 alunos, 100% já tinha ouvido a respeito da contracepção de emergência, sendo o meio ou a fonte mais utilizado para obter o conhecimento sobre a contracepção de emergência a escola/faculdade, com 65,10%, seguido pela mídia, jornais, revistas e a internet, com 63,60% e por ultimo amigos, com 61,20%, o que segundo os autores são dados preocupantes, pelo fato de que as informações vinculadas pela internet nem sempre serem corretas, o que proporciona informações inadequadas.

Buzelato et al. (2009), avaliaram o nível de conhecimento das acadêmicas de uma instituição de nível superior sobre a contracepção de emergência. Observaram que das 590 acadêmicas entrevistadas, um grande percentual (61,2%) usaram a pílula do dia seguinte por conta própria, seguido de (20,9%) que usaram por indicação do farmacêutico, (8,3%) usaram por indicação de amigos, ou notícias veiculadas na internet e apenas (6,8%) das entrevistadas usaram sob recomendação médica, o que mostra, segundos autores, que o uso da contracepção de emergência está sendo feito de forma insegura e sem a orientação médica.

Sobre a ação da contracepção de emergência, Batagliao; Mamede (2011) observaram que a maioria dos entrevistados em seu estudo (90,5%) afirmaram que a pílula do dia seguinte age impedindo a implantação do zigoto no endométrio. Já as ações (inibição da ovulação, aborto e modificação do muco cervical) foram pouco respondidas, o que segundo os autores, denota uma falta de conhecimento por parte dos entrevistados a respeito da pílula do dia seguinte.

Em relação aos sintomas apresentados após o uso da contracepção de emergência, Rodrigues; Jardim (2010), observaram em seu estudo que as maiores reações ou sintomas relatados pelas entrevistadas foram alterações no ciclo menstrual, náuseas e/ou vômitos, dor de cabeça e sensibilidade mamária.

Em relação às formas de adquirir mais informações e conhecimentos sobre métodos contraceptivos entre os adolescentes, Lima et al. (2004) verificaram em seu estudo que 68,4% de 19 entrevistados consideravam importante adquirir conhecimento sobre métodos contraceptivos e a prevenção da gravidez, e que os mesmos deveriam ser repassados aos adolescentes, através de realização de palestras (46,1%), orientações sobre sexualidade e prevenção da gravidez (23,0%) e disponibilização de métodos contraceptivos (23,0%).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo pode-se concluir que a maioria dos adolescentes já utilizaram algum tipo de método contraceptivo, incluindo, a contracepção de emergência, e também que possuem certo conhecimento a respeito da contracepção de rotina e da contracepção de emergência embora limitados.

Os contraceptivos de emergência possuem um papel de extrema importância na redução de gestações não planejadas e nos riscos decorrentes da mesma, como o aborto, anemia, hipertensão gestacional, depressão e as modificações no projeto de vida dos adolescentes, como abandono escolar e exclusão do mercado de trabalho.

Dentre os contraceptivos rotineiros, os mais utilizados pelos adolescentes encontram-se em primeiro lugar o preservativo masculino, segundo os adolescentes, devido a dupla proteção que o mesmo proporciona na prevenção da gravidez, da AIDS e das demais DST's, e em segundo lugar o mais utilizado é o contraceptivo hormonal oral (a pílula), devido a sua alta eficiência na prevenção da gravidez. Algo preocupante apontado nas bibliografias estudadas é o aumento na utilização do contraceptivo de emergência em detrimento do uso dos contraceptivos de rotina, visto que o mesmo não protege o adolescente da contaminação pelo HIV/AIDS e demais DST's.

Diante disso, um trabalho de orientação sexual de qualidade voltada para o público de adolescentes se torna imprescindível. Tais informações poderiam contemplar os adolescentes através de palestras educacionais em parcerias com as escolas, programas de saúde e de orientação farmacêutica e de demais profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALANO, Graziela Modolon et al. Conhecimento, consumo e acesso à contracepção de emergência entre mulheres universitárias no sul do Estado de Santa Catarina. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. vol. 17, n. 9, pp. 2397-2404, 2012.

ALVES, Aline Salheb; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. **Rev. Bras. Enferm.** [online]. vol. 61, n. 2, pp. 170-177, 2008.

BASTOS, Mônica Reis et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: o uso da anticoncepção de emergência. **Texto Contexto - Enferm.** [online]. vol. 17, n. 3, pp. 447-456, 2008.

BATAGLIAO, Eléia Marina Lemos; MAMEDE, Fabiana Villela. Conhecimento e utilização da Contracepção de Emergência por acadêmicos de enfermagem. **Esc. Anna Nery** [online]. vol. 15, n. 2, pp. 284-290, 2011.

BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado; CONIARIC, Janaína. Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Psicol. Teor. Prat.** [online]. vol. 10, n. 2, pp. 121-134, 2008.

BEREK, Jonathan S. **Berek & Novak**: tratado de ginecologia. ed. 14, reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BERLOFI, Luciana Mendes et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. **Acta Paul. Enferm.** [online]. vol. 19, n. 2, pp. 196-200, 2006.

BERQUÓ, E. (Coord.). **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids**. São Paulo: CEBRAP/Ministério da Saúde - SPS-CNDST/HIV/AIDS, 2000.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol. 26, n. 4, pp. 816-826, 2010.

BRAMBILA, Antônio Carlos et al. **Métodos contraceptivos**: análise sobre conhecimento e utilização pela população feminina. Anais Eletrônico. VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar. Maringá-PR, Out./2013. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Antonio_Carlos_Brambila.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes/Coordenação Nacional de DST e Aids. **Sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília-DF, 1990.

_____. Lei n. 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. **Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.** Brasília-DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno nº 3).

BUZELATO, Claudinei Moisés et al. **Avaliação do consumo de contraceptivo de emergência em farmácias de dispensação.** In: VI EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar - Centro Universitário de Maringá. 27 a 30 de outubro de 2009.

CAVALCANTE, Márcio de Souza. **Perfil de utilização de contraceptivo de emergência a partir de um serviço de atendimento farmacêutico de uma rede de farmácias comunitárias.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Fortaleza-CE, 2009. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4233/1/2009_dis_mscavalcante.pdf

COSTA, Ney Francisco Pinto et al. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. vol. 30, n. 2, pp. 55-60, 2008.

DIÁZ, Juan; DIÁZ, Margarita. **Contracepção na adolescência.** In: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. vol. 1, pp. 249-57, 1999.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul. Enferm.** [online]. vol. 20, n. 1, pp. 69-74, 2007.

FREITAS, Gisleine Vaz Scavacini de; BOTEGA, Neury José. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. vol. 48, n. 3, pp. 245-249, 2002.

HATCHER, Robert A. et al. **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção: um manual para pessoal clínico.** Baltimore, MD, EUA: Center for Communication Programs, 2001.

HAYASHI, Andrea Mayumi Loureiro; NOGUEIRA, Valnice de Oliveira. Escolha dos métodos contraceptivos de um grupo de planejamento familiar em uma UBS de Guarulhos. **Saúde Coletiva.** vol. 4, n. 16, pp. 120-123, julho-agosto, 2007.

KROGH, Érika et al. Consulta ginecológica na adolescência: aspectos relacionados e motivações determinantes para sua realização. **Rev. Pesq. Saúde.** vol. 13, n. 2, pp. 11-16, maio-agosto, 2012.

- LIMA, Celian Tereza Batista et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. vol. 4, n. 1, pp. 71-83, 2004.
- LINDNER, Sheila Rubia et al. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar. **Cogitare Enferm.** vol. 11, n. 3, pp. 197-205, set.-dez. 2006.
- MADUREIRA, Luciana; MARQUES, Isaac Rosa; JARDIM, Dulcilene Pereira. Contracepção na adolescência: conhecimento e uso. **Cogitare Enferm.** vol. 15, n. 1, pp. 100-5, Jan/Mar. 2010.
- PASSOS, Eduardo Pandolfi; FREITAS, Fernando Monteiro de; CUNHA-FILHO, Joao Sabino L. (Col.). **Rotinas em infertilidade e contracepção.** Porto Alegre: Artmed, 2003, 368 p.
- PEREIRA, Sandra de Moraes; TAQUETTE, Stella R. Desvendando mitos sobre anticoncepção hormonal oral na adolescência. **Adolescência & Saúde.** vol. 5, n. 1, março 2008.
- PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** vol. 18, n. 06, nov-dez 2010.
- POLI, Marcelino E. H. A anticoncepção como instrumento do planejamento familiar e da saúde. **Scientia Medica,** Porto Alegre: PUCRS, v. 16, n. 4, out./dez. 2006.
- RATHKE, Anaísa F. et al. Contracepção hormonal contendo apenas progesterona. **Adolesc. Latinoam.,** vol. 2, n. 2, p. 90-96, mar. 2001.
- RODRIGUES, Milena de Freitas; JARDIM, Dulcilene Pereira. Adolescência e pílula do dia seguinte: conhecimento e uso. **Rev. Enferm UNISA.** vol. 11, n. 2, pp. 80-6, 2010.
- SAITO, Maria Ignez; LEAL, Marta Miranda. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. **Rev Paul Pediatria.** vol. 25, n. 2, pp. 180-6, 2007.
- SILVA, Andréa de Albuquerque Arruda et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol. 29, n. 3, pp. 496-506, 2013.
- SILVA, Penildon. **Farmacologia.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- SOUZA, Jovita Maria Matarezi de et al. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. vol. 28, n. 5, pp. 271-277, 2006.
- TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de Anatomia e Fisiologia.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

VIEIRA, Leila Maria et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. vol. 6, n. 1, pp. 135-140, 2006.

VIEIRA, Maria de Lourdes F. et al. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Rev. Paul. Pediatr.** [online]. vol. 25, n. 4, pp. 343-348, 2007.

WANNMACHER, Lenita. Contracepção de emergência: evidências versus preconceitos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados.** vol. 2, n. 6, Brasília, maio de 2005. Disponível em: <http://redece.org/racional.pdf>