

A  
21/01/11

Catarina Isabel Oliveira Santos

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**“Contraceção Oral de Emergência**

**Conhecimentos e Atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS”**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2010



Catarina Isabel Oliveira Santos

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**“Contraceção Oral de Emergência**

**Conhecimentos e Atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS”**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2010

Catarina Isabel Oliveira Santos

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**“Contraceção Oral de Emergência**

**Conhecimentos e Atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS”**

Catarina Isabel Oliveira Santos

(Catarina Isabel Oliveira Santos)

Projecto de Graduação apresentado à Faculdade de Ciências  
da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de licenciada em  
Enfermagem

## SUMÁRIO

Apesar da eficácia dos métodos contraceptivos modernos, as gravidezes indesejadas ocorrem em grande número, em todo o mundo, e muitas mulheres interrompem a gravidez. Estima-se que 40 a 60 milhões de abortos são realizados em cada ano; aproximadamente 20 milhões deles são realizados em condições inseguras (OMS, 1998).

Se a Contracepção de Emergência estivesse facilmente acessível, milhões de gravidezes indesejadas e abortos poderiam ser evitados. Este facto foi demonstrado em países europeus, onde a Contracepção Oral de Emergência já está disponível há muitos anos. Por exemplo, na Holanda, que tem a menor taxa de aborto de qualquer país industrializado, a contracepção de emergência é amplamente disponível como um método complementar de outros métodos de planeamento familiar (OMS, 1998).

Com o objectivo de estudar conhecimentos e atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS em relação à Contracepção Oral de Emergência, optou-se por conduzir o estudo intitulado: “Contracepção Oral de Emergência – Conhecimentos e Atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS”.

Como objectivos deste estudo ambicionava-se saber quantas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência; saber quais os motivos que levaram as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS a recorrer à Contracepção Oral de Emergência; saber quantas vezes as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência; saber se as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS partilharam a decisão da toma da Contracepção Oral de Emergência com alguém; saber se a Contracepção Oral de Emergência foi utilizada para uma urgência ou se funcionou como método contraceptivo habitual; saber quais os conhecimentos que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS têm em relação à Contracepção Oral de Emergência.

Para dar resposta às questões de investigação e aos objectivos definidos, foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário. Este foi aplicado a 50 alunas 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, sendo posteriormente tratados os dados através do programa Statistical Package for Social Sciences 17.0 e Microsoft Office Excel 2007.

De entre as conclusões, destaca-se o facto de que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS apresentam “mau conhecimento” relativamente à Contracepção Oral de Emergência.

## ABSTRACT

In spite of the effectiveness of modern contraceptives, unwanted pregnancies occur in large numbers throughout the world and many women seek termination. It is estimated that 40 to 60 million abortions are performed each year; approximately 20 million of them are carried out in unsafe conditions (WHO, 1998).

If emergency contraceptives were easily available, millions of unwanted pregnancies and abortions could be averted. This fact has been demonstrated in European countries where emergency contraceptive pills have been available for many years. For instance, in the Netherlands, which has the lowest abortion rate of any industrialized country, emergency contraception is widely available as a back-up for other family planning methods (WHO, 1998).

With the aim of studying the knowledge and attitudes of students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS in relation to Oral Emergency Contraception, was chosen to conduct the study entitled "Oral Emergency Contraception - Knowledge and Attitudes of the students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS.

Objectives of this study aspired to know how many students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS resorted to Emergency Oral Contraception; know what the reasons why students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS resorted to Emergency Oral Contraception; to know how many times the students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS resorted to Emergency Oral Contraception; whether the students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS share the decision of taking the Oral Emergency Contraception with someone else, whether the Emergency Oral Contraception is used for an emergency or if it works as usual contraceptive method; to know the knowledge that the students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS have in relation to Emergency Oral Contraception.

To respond to the research questions and objectives deployed, we developed a quantitative, descriptive and transversal study.

The data collection instrument used was a questionnaire. It was applied to 50 students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS, and further processed the data using Statistical Package for Social Sciences 17.0 and Microsoft Office Excel 2007.

Among the findings, we highlight the fact that the students from 4<sup>th</sup> year of Nursing Degree UFP-FCS have “bad knowledge” regarding the Emergency Oral Contraception.

## DEDICATÓRIA

*“ O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo ”*

**Winston Churchill**

## AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de expressar um profundo sentimento de gratidão a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a valorização deste trabalho.

Em particular ao Professor José Manuel dos Santos, pela orientação e dedicação ao longo do percurso académico e na elaboração deste trabalho como parte integral da finalização da licenciatura.

A todas as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS que integraram a minha amostra, pela disponibilidade e colaboração.

À minha querida mãe que sempre me acompanhou ao longo desta formação académica, que culmina com este trabalho... Obrigada Mãe por me saberes escutar e aconselhar...

A todos os meus amigos, pelo seu apoio, carinho e aprendizagem constante, mas essencialmente pela partilha e amizade ao longo do curso...

À minha família, pelo apoio e amor incondicional...

Ao meu namorado por simplesmente ser, o meu ponto de abrigo...

A todos, o meu sincero **OBRIGADA!**

## ABREVIATURAS

**a.C.** – antes de Cristo

*cit. in* – Citado por

**d.C.** – depois de Cristo

**Ed.** – Edição

*et al.* – Entre outros

**N** – Amostra

**Nº** – Número

**p.** – Página

**pp.** - Páginas

## **SIGLAS**

**APF** – Associação para o Planeamento da Família

**COC** – Contraceção Oral Combinada

**COE** – Contraceção Oral de Emergência

**DES** – Dietil-stilbestrol

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**DIU**- Dispositivo Intra-Uterino

**EE** - Etilnil-estradiol

**FCS** – Faculdade de Ciências da Saúde

**FDA** – Food and Drug Administration

**HIV** – Vírus de Imunodeficiência Humana

**IPPF** – International Planned Parenthood Federation

**ITS** – Infecções de Transmissão Sexual

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**UFP** – Universidade Fernando Pessoa

**SPSS** – Statistical Package for Social Sciences

## SINAIS

% – Percentagem

## ÍNDICE GERAL

0.	Introdução.....	21
I.	Fase Conceptual.....	25
1.	Enquadramento Teórico .....	25
1.1.	Contraceção de Emergência .....	25
1.2.	Evolução da Contraceção de Emergência .....	26
1.3.	Indicações da Contraceção de Emergência .....	29
1.4.	Métodos de Contraceção de Emergência .....	29
1.4.1.	Contraceção Oral de Emergência.....	30
1.4.1.1.	Método Yuzpe.....	31
1.4.1.2.	Método com progestativo.....	32
1.4.1.3.	Mecanismo de Acção.....	33
1.4.1.4.	Segurança.....	33
1.4.1.5.	Eficácia.....	34
1.4.1.6.	Efeitos Colaterais.....	36
1.5.	Papel do Enfermeiro.....	37
II.	Fase Metodológica .....	39
1.	Tema e Justificação do Tema .....	39
2.	Questões de Investigação .....	40
3.	Objectivos de Investigação.....	41
4.	Tipo de Estudo.....	42
5.	Variáveis.....	43
6.	População, amostra e processo de amostragem.....	44
7.	Instrumento de Colheita de Dados .....	45

8.	Pré teste .....	46
9.	Questões éticas .....	47
10.	Método de Tratamento e Análise dos dados .....	48
III.	Fase Empírica .....	49
1.	Apresentação dos dados .....	49
2.	Dicussão dos resultados.....	67
IV.	Conclusão .....	71
V.	Bibliografia.....	72
VI.	Anexos.....	75

Anexo I – Questionário

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	49
Gráfico 2 - Distribuição da amostra pela prática de relações sexuais .....	50
Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo o uso de método contraceptivo .....	51
Gráfico 4 - Distribuição da amostra pelo tipo de método contraceptivo usado .....	52
Gráfico 5 - Distribuição da amostra pela frequência de seguimento na consulta de Ginecologia/ Planeamento Familiar (pelo menos uma vez por ano).....	53
Gráfico 6 - Distribuição da amostra pelo uso da “pílula do dia seguinte” .....	54
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo as causas de não utilização da “pílula do dia seguinte” .....	55
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo a recorrência à consulta médica prévia à compra da “pílula do dia seguinte” .....	56
Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o motivo para recorrer à “pílula do dia seguinte” .....	57
Gráfico 10 - Distribuição da amostra segundo a decisão da toma da “pílula do dia seguinte” .....	58
Gráfico 11 - Distribuição da amostra segundo o intervalo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte” .....	59
Gráfico 12 - Distribuição da amostra segundo a recorrência à “pílula do dia seguinte” .....	60
Gráfico 13 - Distribuição da amostra segundo a fonte de conhecimento da existência da “pílula do dia seguinte” .....	61
Gráfico 14 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativo à eficácia da “pílula do dia seguinte” .....	62

Gráfico 15 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento quanto a efeitos secundários da “pílula do dia seguinte” .....	63
Gráfico 16 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativamente ao limite de tempo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte” .....	64
Gráfico 17 - Distribuição da amostra segundo a opinião relativamente à “pílula do dia seguinte”, como pílula abortiva .....	65
Gráfico 18 - Distribuição da amostra segundo o número de respostas correctas da questão nº 16 à questão nº 20 .....	66

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo a idade.....	49
Quadro 2 - Distribuição da amostra pela prática de relações sexuais .....	50
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo o uso de método contraceptivo .....	51
Quadro 4 - Distribuição da amostra pelo tipo de método contraceptivo usado.....	52
Quadro 5 - Distribuição da amostra pela frequência de seguimento na consulta de Ginecologia/ Planeamento Familiar (pelo menos uma vez por ano).....	53
Quadro 6 - Distribuição da amostra pelo uso da “pílula do dia seguinte” .....	54
Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo as causas de não utilização da “pílula do dia seguinte” .....	55
Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo a recorrência à consulta médica prévia à compra da “pílula do dia seguinte” .....	56
Quadro 9 - Distribuição da amostra pelo segundo o tipo de utilização da “pílula do dia seguinte” .....	57
Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo o motivo para recorrer a “pílula do dia seguinte” .....	57
Quadro 11 - Distribuição da amostra segundo a decisão da toma da “pílula do dia seguinte” .....	58
Quadro 12 - Distribuição da amostra segundo o intervalo entre a relação sexual e a toma “pílula do dia seguinte” .....	59
Quadro 13 - Distribuição da amostra segundo a recorrência à “pílula do dia seguinte”	60
Quadro 14 - Distribuição da amostra segundo a leitura do folheto informativo .....	61

Quadro 15 - Distribuição da amostra segundo a fonte de conhecimento da existência da “pílula do dia seguinte” .....	61
Quadro 16 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativo à eficácia da “pílula do dia seguinte” .....	62
Quadro 17 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento quanto a efeitos secundários da “pílula do dia seguinte” .....	63
Quadro 18 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativamente ao limite de tempo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte” .....	64
Quadro 19 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativamente ao uso da “pílula do dia seguinte” e as Infecções de Transmissão Sexual .....	65
Quadro 20 - Distribuição da amostra segundo a opinião relativamente à “pílula do dia seguinte”, como pílula abortiva .....	65
Quadro 21 - Distribuição da amostra segundo o número de respostas correctas da questão nº 16 à questão nº 20 .....	66

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Método Yuzpe ..... 32

Tabela 2 – Método com progestativo ..... 33

## 0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, e o tema abordado é a “Contraceção Oral de Emergência – Conhecimentos e Atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS”.

A preocupação com a reprodução é muito antiga e, desde 500 a.C., a história regista a utilização de artifícios para impedi-la.

A relação sexual, sem a intenção de conceber um filho, tem sido uma realidade ao longo da História. Através dos escritos do passado foram reveladas muitas técnicas pós-coito para evitar uma gravidez, após uma relação sexual não protegida. No século VIII na Pérsia, por exemplo, espirrar após o coito e recuar sete passos mágicos era suposto expelir o sémen, enquanto que, no século XVIII em França, em todos os bons hotéis havia condições para fazer uma irrigação pós-coito (Associação para o Planeamento da Família, 1988).

De acordo com Lubianca e Wannmacher (*cit. in* Wannmacher, 2003), o controlo eficaz da concepção trouxe à sociedade um avanço incontestável, na medida em que facilitou à mulher a sua emancipação e participação no mercado de trabalho e permitiu às famílias, mediante o planeamento, a adequação entre o número de filhos e as suas condições económicas, dentre outras.

Também carregou mudanças de mentalidade e costumes, como a liberalidade da prática sexual, sobretudo nos mais jovens, o que se traduziu paradoxalmente, não por um maior controlo da natalidade, mas sim por um aumento de gestações indesejadas ou abortos entre as adolescentes (Lancet, *cit. in* Wannmacher, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 80 milhões de gravidezes não planeadas ocorram a cada ano. Aproximadamente 27 milhões dessas gravidezes são interrompidas legalmente e 19 milhões o são por meios ilegais (IPPF, 2006).

Segundo a OMS (IPPF, 2006), em todo o mundo, aproximadamente 600 mil mulheres morrem anualmente em decorrência de complicações relacionadas com a gravidez, e muitas dessas mortes poderiam ser evitadas. O aborto inseguro é a principal causa de mortalidade materna (uma em cada oito mortes).

O uso da Contracepção de Emergência após relações sexuais desprotegidas em virtude da falha de método, não utilização de método, violência sexual ou informações equivocadas pode ajudar a evitar gravidezes indesejadas e abortos com risco de vida (FDA, *cit. in* IPPF, 2006) e, em última instância, reduzir a mortalidade materna (Trussell *et al.*, *cit. in* IPPF, 2006).

A opção de conduzir este estudo com universitárias justifica-se por ser este um grupo com alta escolaridade, o que revela especificidades na condução das práticas contraceptivas, por acederem mais facilmente tanto aos métodos contraceptivos quanto às informações para o seu uso correcto e por apresentarem projectos profissionais passíveis de serem plenamente alcançados, os quais podem configurar as suas opções reprodutivas (Borges, Fujimori e Nichiata, 2008)

Deste modo, torna-se pertinente o estudo da utilização da Contracepção de Emergência, como também, o estudo dos conhecimentos e atitudes existentes relativamente a este método contraceptivo.

Este trabalho tem como objectivos:

- Saber quantas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência;
- Saber quais os motivos que levaram as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS a recorrer à Contracepção Oral de Emergência;
- Saber quantas vezes alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência;

- Saber se as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS partilharam a decisão da toma da Contraceção Oral de Emergência com alguém;
- Saber se a Contraceção Oral de Emergência foi utilizada para uma urgência ou se funcionou como método contraceptivo habitual;
- Saber quais os conhecimentos que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS têm em relação à Contraceção Oral de Emergência.

Este estudo realizou-se dentro da comunidade académica da Universidade Fernando Pessoa, sendo os questionários aplicados às alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS.

Os dados recolhidos foram analisados através do programa informático SPSS 17.0 e Microsoft Office Excel 2007.

Para a realização deste trabalho de investigação optou-se por realizar um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

Este trabalho de investigação constitui-se, para além da presente introdução, pela fase conceptual, onde é apresentada numa resenha de revisão bibliográfica realizada com base em documentos científicos actuais. Posteriormente, segue-se a fase metodológica, que explícita a justificação do tema a que a autora se propõe a efectuar, assim como as questões e objectivos de investigação, o tipo de estudo, as variáveis, a população, o processo de amostragem e a amostra, o instrumento de colheita de dados, o pré-teste e as questões éticas. Por último, será apresentada uma análise e discussão dos resultados obtidos e inferidas as principais conclusões.

De acordo com os resultados obtidos pode constatar-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido na busca da promoção da saúde reprodutiva, nomeadamente no que diz respeito à aquisição de conhecimentos sobre este método contraceptivo. Os resultados obtidos permitiram concluir que 38,000% das inquiridas já recorreram à Contraceção Oral de Emergência, sendo a principal razão apontada para o recurso a este método contraceptivo a

falha do método contraceptivo habitual (63,158%), seguido da relação sexual não protegida (36,842%). Das inquiridas, 84,211% referiu ter recorrido à Contracepção Oral de Emergência uma única vez, sendo que, 15,789% das inquiridas referiu tê-lo utilizado duas vezes.

No processo de tomada de decisão sobre a utilização da COE, a maioria das alunas partilhou a decisão com o parceiro (94,737%), sendo que, apenas, uma aluna inquirida aconselhou-se com outra pessoa (5,263%). A totalidade das inquiridas referiram utilizar este método contraceptivo apenas para uma urgência. Em relação aos conhecimentos que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS possuem em relação à COE, verifica-se que as principais fontes onde adquiriram conhecimentos acerca deste método foram através de “profissionais de saúde” (44,000%) e através de “familiares, amigos” (32,000%). Relativamente à eficácia da COE, 64,000% das inquiridas foi de encontro à resposta correcta, apontando que “resulta em grande parte dos casos, mais de 75%”; 14,000% das inquiridas acredita que a eficácia é “praticamente total (100%), resulta sempre” e 22,000% das inquiridas afirma desconhecer a eficácia deste método contraceptivo de emergência. No que diz respeito aos conhecimentos existentes relativamente aos efeitos secundários, 84,000% das inquiridas sabe que esta pílula não está isenta de efeitos secundários, no entanto, 16,000% das inquiridas referiram desconhecimento nesta área. Relativamente ao limite de tempo para tomar a “pílula do dia seguinte” 66,000% das inquiridas acredita que a COE deve ser tomada até 24 horas após a relação sexual; 12,000% afirma conhecer que esta deve ser tomada até 120 horas após a relação sexual; 10,000% desconhece o limite de tempo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte”, 8,000% refere a opção “outro” e 4,000% acreditam que esta deve ser tomada imediatamente. A totalidade das inquiridas, afirma conhecer que este método não protege das Infecções de Transmissão Sexual. Por último, no que diz respeito à opinião da “pílula do dia seguinte” como pílula abortiva, 66,000% das inquiridas acha que esta não é abortiva, 32,000% acha que é abortiva e 2,000% revela desconhecimento nesta temática. Através da variável operacionalizada para este objectivo, pode-se concluir que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS apresentam “mau conhecimento” relativamente à Contracepção Oral de Emergência, uma vez que, apenas 42,000% acertou em 4 ou 5 respostas às questões nºs 16 a 20, sendo que, 58,000% apresentou menos de quatro respostas correctas às questões nºs 16 a 20.

## **I. Fase Conceptual**

Segundo Fortin (2009, p.39)

“(…) a fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. (…) A importância da fase conceptual é frequentemente subestimada no processo de investigação. Contudo, ela é verdadeiramente uma fase crucial, visto que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada (…)”.

### **1. Enquadramento Teórico**

Para a elaboração deste trabalho de investigação a autora centrou-se na revisão de publicações actuais.

#### **1.1. Contraceção de Emergência**

Segundo Esteves e Machado (*cit. in* Correio da Manhã, 2009) os últimos estudos indicam que a vida sexual dos jovens portugueses começa em média aos 14 anos, no caso dos rapazes, e aos 15 para as raparigas. Neste contexto, os métodos de Contracepção demonstram-se imprescindíveis. Em Portugal, mais de 85% das mulheres não grávidas e sexualmente activas usam alguma medida para controlo da natalidade, embora ainda existam 15% que não toma nenhuma precaução. No nosso país, a pílula é o método contraceptivo mais utilizado. (Instituto Nacional de Estatística, 2007).

No entanto, apesar da eficácia demonstrada, estes não são infalíveis. Por várias razões, é evidentemente necessário que haja alguma maneira eficaz de evitar a gravidez depois do coito e não antes (Szarewski e Guillebaud, 2000).

Pirotta e Schor (2004), referem que a utilização de métodos contraceptivos está fortemente relacionada com o nível de instrução.

Segundo a OMS (2005), a Contracepção de Emergência refere-se a métodos contraceptivos que podem ser usados por mulheres nos dias seguintes a uma relação sexual não protegida, de forma a prevenir uma gravidez indesejada.

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2008), os métodos de Contracepção de Emergência disponíveis em Portugal são: a Contracepção Oral de Emergência (Método de Yuzpe e Método com progestativo) e o Método do Dispositivo Intra-Uterino (DIU). Contudo, neste trabalho apenas será abordada a Contracepção Oral de Emergência com Progestativo.

Segundo a Lei n.º12/2001 de 29 de Maio – artigo 3.º:

1 – Os meios contraceptivos de emergência são disponibilizados:

- Gratuitamente, nos centros de saúde, nos horários normais de funcionamento, nas consultas de planeamento familiar, ginecologia e obstetrícia dos hospitais, nos centros de atendimento de jovens com protocolo de articulação com o Serviço Nacional de Saúde;
- Nas farmácias, mediante prescrição médica ou, na ausência desta, os de venda livre.

2 – A dispensa e a venda de contraceptivos de emergência serão efectuadas sob orientação de um profissional de saúde que promove o aconselhamento inicial e o encaminhamento para consultas de planeamento familiar.

3 – A solicitação de contraceptivos de emergência constitui motivo de atendimento em tempo útil e prioritário nos serviços de saúde, bem como na marcação das subsequentes consultas de planeamento familiar, se a mulher assim o desejar.

## **1.2. Evolução da Contracepção de Emergência**

Os princípios da contracepção de emergência são conhecidos de longa data. Nos séculos precedentes ao desenvolvimento da contracepção hormonal, na década de 1960, as mulheres, recorriam a métodos bruscos de forma a prevenir a entrada de esperma no tracto genital ou usavam porções e remédios, de natureza muitas vezes duvidosa, de forma a prevenir a gravidez (Van Santen, *cit. in* Stika, 2010).

Os hebreus aconselhavam diversas medidas pós-coito, como andar, correr e fazer movimentos bruscos, no sentido de eliminar o ejaculado e reduzir o risco de gravidez. Procedimentos semelhantes foram descritos por Lucrecius (98-55 a.C.), Sorano (99-138 d.C.), Rhazes (Século IX), Avicenna (980-1037) e Thomas de Aquino (1225). Formulações magistrais ou caseiras, aplicadas ao meio vaginal, também são descritas no Egito e na Índia, em 1550 a.C. (Drezett, 2002). Neste contexto, encontram-se os Egípcios, que, marcados pela sua criatividade, utilizavam como método pós-coito uma espécie de “supositório vaginal” feito com excremento de crocodilo e mel (Van Santen, *cit. in* Stika, 2010).

Em 1939 aparecem os primeiros estudos com os duches vaginais, método bastante popularizado a partir do século XVII (Drezett, 2002).

Os duches pós-coitais eram feitos com infusões de substâncias tão diversas como casca de carvalho branco, folhas de rosas vermelhas, bolotas de carvalho, vinho, alho-porro, produtos domésticos cáusticos, incluindo desinfectantes, cloreto de mercúrio, vinagre, sumo de limão, alumínio, sumo de romã e até mesmo Coca-Cola (Van Santen, *cit. in* Stika, 2010).

Os princípios da moderna contracepção de emergência datam de 1920, quando inicialmente os investigadores demonstraram que o extracto de estrogénio ovárico interferia com a gravidez em mamíferos (Andriess e Haspels, *cit. in* Ellertson, 1996).

Os veterinários foram os primeiros a aplicar esta descoberta, administrando estrogénios a cães e a cavalos que tinham acasalado, contra vontade do dono (Hodgson, *cit. in* Ellertson, 1996). Apesar de em 1940 já existirem relatos do uso pós-coital de estrogénios em humanos, estes só foram publicados em meados de 1960, quando Haspels, médico holandês, aplicou a prática pós-coital veterinária, administrando altas doses etinil-estradiol (EE) a uma adolescente de 13 anos que tinha sido violada, com o propósito de evitar a gravidez (Haspels, *cit. in* Ellertson, 1996; Associação para o Planeamento da Família, 1988).

No mesmo ano, Morris e Van Wagenen estudaram o efeito, em macacos, da administração de dietil-strilbestrol (DES) como uma técnica pós-coito para prevenir a gravidez (Associação para o Planeamento da Família, 1988). O uso do DES pós-coital foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) em 1975. Contudo, o DES está associado a malformações

genitais e a possível carcinogénese nos descendentes. Por este motivo, a FDA desaprovou a administração de DES pós-coital (Kinch, *cit. in* Stika, 2010).

O regime de elevadas doses de estrogénio veio a dar lugar a uma grande descoberta, designado por Método Yuzpe. Em 1974, Albert Yuzpe e os seus colegas publicaram o primeiro de vários estudos contendo estrogénio combinado com progestagénio. O “Método Yuzpe”, cuja combinação contém estrogénio e progestagénio (Yuzpe, Smith e Rademaker, *cit. in* Anderson, 1998).

Os tratamentos hormonais que incluíam somente progestagénios foram também testados no início de 1970, com o fim de poderem ser usados regularmente após a relação sexual, como contraceptivo pós-coital. No entanto, este plano tornou-se inconcebível, pelos distúrbios causados no ciclo (Van Look e Von Hertzen, *cit. in* Anderson, 1998).

Nos finais da década de 70 surge um método não-hormonal de contraceção de emergência, designado Dispositivo intra-uterino (DIU). O DIU é um dispositivo de plástico, impregnado com cobre, comumente usado nos dias de hoje como método contraceptivo. Este dispositivo provoca alterações endometriais que inibem a implantação, além do efeito embriotóxico provocado pelo cobre (Van Look e Von Hertzen, *cit. in* Ellertson, 1996).

Na actualidade, método com progestativo (uso isolado de progestagénio) é o método de contraceção de emergência mais utilizado em Portugal, pela fraca intensidade de efeitos colaterais, pela efectividade associada e sobretudo, pela segurança que apresenta. Este método é comercializado com o nome de Postinor/ Norlevo.

### **1.3. Indicações da Contracepção de Emergência**

Segundo a OMS (2005), qualquer mulher em idade fértil, em algum momento da sua vida, pode necessitar de contracepção de emergência, de forma a evitar uma gravidez não desejada, nas seguintes situações:

- Após uma relação sexual voluntária em que não foi utilizado qualquer tipo de contracepção;
- Após o uso incorrecto ou inconsistente do método contraceptivo habitual, ou quando ocorreu uma falha acidental de outros métodos contraceptivos, tais como:
  - Ruptura, deslizamento ou uso incorrecto do preservativo;
  - Erro de cálculo do período infértil quando é utilizado o método de abstinência periódica, ou incapacidade de se abster de relações sexuais durante os dias férteis;
  - Expulsão do DIU;
  - Falha no método do coito interrompido, quando a ejaculação ocorreu na vagina ou nos genitais externos;
  - Esquecimento na toma de contraceptivos orais;
  - Atraso na administração da injeção contraceptiva.
- Nos casos de vítimas de violência sexual, onde não foi usado qualquer método contraceptivo.

É importante lembrar que parte significativa dos adolescentes não utiliza contraceptivos na primeira relação sexual, geralmente porque não é planeado nem esperado.

### **1.4. Métodos de Contracepção de Emergência**

Segundo Pinto (2001), existem diferentes métodos para a contracepção de emergência que vieram substituir as manobras antigamente usadas (exercícios físicos violentos, utilização de poções, sementes ou ervas por via oral ou vaginal e os duches vaginais).

Segundo a OMS (2005) e DGS (2008) os métodos mais comuns de contracepção de emergência são:

- Doses elevadas de contraceptivos orais combinados (COC's), contendo etinilestradiol e levonorgestrel (Método Yuzpe).
- Elevadas doses de progestagénio isolado
- Dispositivo intra-uterino

É importante que as mulheres estejam conscientes da existência destes métodos, assim como do prazo em que podem ser usados (OMS, 2005).

Por ser um tema demasiado vasto, neste trabalho aborda-se apenas enquanto método Contraceptivo de Emergência, a Contracepção Oral de Emergência com progestativo.

#### **1.4.1. Contracepção Oral de Emergência**

Segundo a OMS (2005), as pílulas orais de emergência são métodos hormonais que podem ser usados para impedir a gravidez após uma relação sexual não protegida.

A COE é muitas vezes referida como “pílula do dia seguinte” ou “pílula pós-coito”. Embora seja comumente conhecida como “pílula do dia seguinte”, este termo é bastante enganador, uma vez que as pílulas contraceptivas de emergência podem ser iniciadas mais cedo do que na manhã seguinte, imediatamente após a relação sexual não protegida ou mais tarde, até 120 horas após a relação sexual desprotegida (Pinto, 2001). No entanto é importante não descurar que a eficácia da COE será maior quanto mais precoce for a sua administração.

Além disso, estes termos, não transmitem a mensagem importante de que estas pílulas não devem ser usadas regularmente, sendo destinadas, estritamente, a uma “emergência”. Como tal, Contracepção Oral de Emergência é o termo correcto de referir este método contraceptivo (OMS, 2005).

Existem dois tipos de pílulas contraceptivas de emergência, disponíveis actualmente em Portugal: as combinadas, contendo estrogénio e progestagénio e pílulas somente com progestativo (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

Há alguma controvérsia entre autores relativamente ao momento de início da Contraceção Oral de Emergência. Kane e Sparrow (*cit. in* Stika, 2010) concluíram que mulheres que iniciaram o tratamento entre de 12 a 24 horas após a relação sexual desprotegida tinham melhores taxas de sucesso quando comparadas com as mulheres que iniciaram o tratamento entre 48 a 72 horas. Estes mesmos estudos foram também comprovados por Ho e Kwan em 1993 (*cit. in* Stika, 2010).

Por outro lado, numa revisão de nove estudos que relacionavam o tempo decorrente entre a relação sexual desprotegida e o início da terapêutica, Trussell e os seus colegas (*cit. in* Stika, 2010), constataram que a terapêutica continuava a ser eficaz mesmo para além dos três dias, incluindo um atraso de 72 a 120 horas em algumas mulheres.

Como resultado, recomenda-se que a Contraceção Oral de Emergência seja administrada mesmo para além de três dias.

#### **1.4.1.1. Método Yuzpe**

O regime “standard” consiste numa pílula combinada, contendo etinilestradiol e levonorgestrel (or dl-norgestrel). Este regime é conhecido como Método Yuzpe, e tem sido estudado desde meados de 1970 (OMS, 2005).

Este método consiste em duas tomas de pílulas estroprogestativas, que pode ser utilizado da seguinte forma: oito comprimidos de um COC contendo 30 µg de etinilestradiol (EE) e 150 µg de levonorgestrel (LNG) (Microginon), em duas tomas, com intervalo de doze horas (4+4) (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

Vários estudos recentes foram realizados com o intuito de avaliar a eficácia do Método Yuzpe até 120 horas após a relação sexual desprotegida (Ellertson, Evans, Ferden, Leadbetter, Spears, Johnstone, Trussell, *cit. in* Besinque, 2006). Estes estudos concluíram que o tratamento até 120 horas após a relação desprotegida reduziu significativamente a taxa de gravidez. Apesar do Método Yuzpe ser eficaz até 120 horas, as mulheres devem ser encorajadas a iniciar o tratamento o quanto antes, de forma a maximizar a eficácia.

Tabela 1 – Método Yuzpe

<i>Fórmula</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Comprimidos/toma</i>	<i>Doses</i>	<i>Administração</i>
EE 30 µg + LNG 150 µg	Microginon	4	2	1ª dose até 5 dias após a relação sexual

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, 2008

#### 1.4.1.2. Método com Progestativo

Actualmente a OMS recomenda 1,5 mg de levonorgestrel, em dose única, como contracepção de Emergência, também utilizada em Portugal. Consiste na toma única de um comprimido contendo 1500 µg de levonorgestrel (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

Estudos recentes demonstraram resultados positivos com este método, 120 horas após a relação sexual desprotegida (VonHertzen, Piaggio, Ding, Arowojulu, Okewolw, Adekunle, *cit. in* Besinque, 2006).

A eficácia é alta quando administrado o mais cedo possível; portanto, as mulheres devem ser encorajadas a iniciar o tratamento o quanto antes.

Há evidentes vantagens deste método sobre o Método Yuzpe. Como não tem estrogénios, o método com progestativo está isento de efeitos colaterais e contra-indicações. A frequência e a intensidade dos efeitos secundários da COE são também sensivelmente reduzidas. Outra vantagem do levonorgestrel é a de não apresentar interacção com medicamentos anti-retrovirais. No Método Yuzpe, o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia da contracepção de emergência. Esta é uma condição importante para as mulheres seropositivas que usam a COE, ou para mulheres em situação de violência sexual que utilizam, ao mesmo tempo, a COE para evitar a gravidez por violência e os anti-retrovirais para profilaxia da infecção pelo HIV.

Tabela 2 – Método com progestativo

<i>Fórmula</i>	<i>Nome comercial</i>	<i>Comprimidos/toma</i>	<i>Doses</i>	<i>Administração</i>
LNG 1500 µg	Postinor	1	1	até 5 dias após a relação sexual
	Norlevo			

*Fonte: Direcção-Geral da Saúde, 2008*

#### 1.4.1.3. Mecanismo de acção

O mecanismo de acção varia bastante conforme o momento do ciclo menstrual em que a Contracepção Oral de Emergência é administrada. Assim, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, antes do pico da hormona luteinizante (LH), a COE altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou retardando-a por vários dias (Drezett, 2005).

A ovulação pode ser impedida ou retardada em quase 85% dos casos, e nessas circunstâncias, os espermatozóides não terão qualquer oportunidade de contacto com o óvulo (Drezett, 2005).

Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a COE actua por outros mecanismos. Nesses casos, a COE altera o transporte dos espermatozóides e do óvulo nas trompas. O mais importante é que a COE modifica o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozóides do tracto genital feminino até às trompas, em direcção ao óvulo. Além disso, a COE interfere na capacitação dos espermatozóides, processo fundamental para a fecundação. Significa afirmar que a COE impede o encontro entre o óvulo e os espermatozóides (Drezett, 2005).

De toda a forma, a eficácia da COE é resultado dos mecanismos de acção descritos que, em conjunto ou isoladamente, actuam impedindo a fecundação e sempre antes da implantação. Não há quaisquer evidências científicas que a COE exerça efeitos após a fecundação ou que implique a eliminação precoce do embrião (Drezett, 2005).

#### 1.4.1.4. Segurança

Relativamente à segurança do método COE, é possível afirmar-se que não ocorreram óbitos ou complicações graves ligados ao uso do mesmo (Trussel e Raymond, 2010).

Segundo os últimos critérios de elegibilidade médicos da OMS (2009) não existem situações em que os riscos de usar a Contracepção Oral de Emergência superem os benefícios.

A OMS (2009), assinala, especificamente, que as mulheres com gravidez ectópica anterior, doença cardiovascular, enxaquecas, doenças hepáticas e mulheres que estão a amamentar, podem utilizar a COE.

Também não se conhece nenhum efeito teratogénico sobre o feto em caso do uso acidental durante a gravidez inicial (Pinto, 2001).

Dada a curta duração de exposição e o baixo teor de hormonas total, o tratamento com a COE combinada pode ser considerada segura para as mulheres que estão advertidas para o não uso de contraceptivos orais combinados de uso permanente (Trussel e Raymond, 2010).

Embora não existam relatos de alterações dos factores de coagulação após a toma da COE combinada, em mulheres com história de derrame ou coágulo sanguíneo nos pulmões e pernas, é preferível optar pela COE somente com progestagénio (Webb, Taberner, *cit. in* Trussel e Raymond, 2010).

Não existem dados disponíveis sobre a segurança dos regimes actuais de Contracepção Oral de Emergência, se usados com frequência por um longo período de tempo.

Certamente, o uso repetido de COE é mais seguro do que a gravidez, em especial quando a gravidez é indesejada e as mulheres não têm acesso a serviços seguros de aborto precoce.

#### **1.4.1.5. Eficácia**

Segundo Besinque (2006), a Contracepção Oral de Emergência reduz significativamente a taxa esperada de gravidez quando usada até cinco dias após uma relação sexual desprotegida ou falha do contraceptivo habitual.

Pode-se mensurar a eficácia da Contracepção Oral de Emergência de duas formas diferentes. A primeira, denominada, Índice de Pearl, calcula o número de gestações por 100 mulheres que utilizam o método no período de um ano. Estima-se que este índice seja de cerca de 2%, em média, para a Contracepção Oral de Emergência (Drezett, 2005).

A segunda forma mede a eficácia da Contracepção Oral de Emergência pelo Índice de Efectividade, que calcula o número de gestações prevenidas por cada relação sexual (Trussel, Ellertson, Stewart e Rodríguez, *cit. in* Drezett, 2005). A Contracepção Oral de Emergência apresenta, em média, Índice de Efectividade de 75%. Isto significa dizer que a Contracepção Oral de Emergência pode evitar três em cada quatro gestações que ocorriam após uma relação sexual desprotegida (Lancet e Piaggio, *cit. in* Drezett, 2005).

No entanto, a eficácia da COE pode variar de forma importante em função do tempo entre a relação sexual e a sua administração. Segundo a OMS (1998), o Método Yuzpe apresenta taxas de falha de 2% entre 0-24 horas, de 4,1% entre 25-48 horas e de 4,7% entre 49-72 horas. Para os mesmos períodos de tempo, as taxas de falha do método com progestativo são expressivamente menores: 0,4%; 1,2% e 2,7%, respectivamente. Na média dos três primeiros dias, a taxa é de 3,2% para o Método Yuzpe e de 1,1% para o método com progestativo (Drezett, 2005).

Entre o 4º e o 5º dia, seguramente a taxa de falha da COE é mais elevada. No entanto, cabe considerar que a taxa de falha do método com progestativo, mesmo utilizado entre o 4º e 5º dia (2,7%), é menor que a taxa média de falha do Método Yuzpe entre 0 a 3 dias (3,2%) (OMS, 1998, Von Hertzen *et al.*, *cit. in* Drezett, 2005)

Estas observações fundamentam a recente recomendação de utilizar a COE até ao 5º dia após a relação sexual desprotegida. Outro dado importante é a constatação de que a administração do método com progestativo, em dose única ou a cada 12 horas, apresenta eficácia semelhante para prevenir a gestação (Von Hertzen *et al.*, *cit. in* Drezett, 2005)

No entanto, é necessário lembrar que o uso repetido ou frequente da COE compromete a sua eficácia, que será sempre menor do que aquela obtida com o uso regular do método contraceptivo de rotina (Drezett, 2005).

Em suma, os resultados sobre a eficácia são absolutamente claros para que se afirme que a COE deva ser administrada tão precocemente quanto possível e, preferentemente, em dose única dentro dos cinco dias que sucedem a relação sexual (Drezett, 2005).

#### **1.4.1.6. Efeitos colaterais**

Os efeitos secundários incluem náuseas, vômitos, dor abdominal, sensibilidade mamária, cefaleias, tonturas e fadiga. Estes efeitos secundários, geralmente não se prolongam por mais de 24 horas (Trussell e Raymond, 2010). Aspirina, ou outra prescrição de venda livre para o controlo da dor, pode ser usada para reduzir o desconforto das cefaleias e da sensibilidade mamária (OMS, 2005).

Cerca de 50% das mulheres que tomam COE combinada experienciam náuseas e 20% apresentam vômitos (Lancet, Trussell, Ellertson, Stewart, *cit. in* Trussell e Raymond, 2010). O regime com progestagénio tem uma incidência significativamente menor de náuseas e vômitos, quando comparado com o regime combinado; de acordo com um estudo realizado pela OMS, cerca de 20% das mulheres experienciam náuseas e apenas 5% apresentam vômitos.

Se o vômito ocorrer entre 2 horas após a toma, alguns médicos recomendam a repetição da dose (Trussell e Raymond, 2010). Um anti-emético como a meclizina, metoclopramida ou difenidramina tem mostrado reduzir a incidência de náuseas e vômitos para o Método Yuzpe (Raymond, Creinin, Barnhart, Lovvorn, Rountree, Trussell, *cit. in* Besinque, 2006). O anti-emético pode ser administrado cerca de 30 minutos a uma hora, antes da toma da primeira dose do esquema Yuzpe. Os efeitos colaterais do anti-emético incluem: sonolência, xerostomia e visão turva (Besinque, 2006).

A utilização do método com progestativo reduz significativamente a incidência de náuseas e vômitos e, por conseguinte, o uso de anti-eméticos não são recomendados neste método (Besinque, 2006).

Por fim, o uso da COE pode ainda provocar hemorragias uterinas irregulares. Algumas mulheres podem experienciar uma pequena perda sanguínea após a toma da Contraceção

Oral de Emergência. A maioria das mulheres, por norma, tem o seu período menstrual no tempo habitual ou ligeiramente mais cedo (OMS, 2005).

### **1.5. Papel do Enfermeiro**

Segundo as orientações da Direcção-Geral da Saúde (2008, p. 5):

*“Saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”*

*“O conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Esta última condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de ter crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais”.*

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2008), o enfermeiro, como promotor da saúde, tem um papel crucial no planeamento familiar e deve: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das ITS e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade; melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Face ao exposto, as actividades que o Enfermeiro deve desenvolver neste âmbito são, de acordo com as Orientações Técnicas da Direcção-Geral da Saúde (2008), informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes; esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade; elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada; informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução; facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos; proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido; fornecer gratuitamente os contraceptivos; prestar cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez; identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade; efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das ITS; efectuar o rastreio do cancro do colo

do útero e da mama, quando estes não se encontrem organizados de forma autónoma; reconhecer e orientar os indivíduos/casais com dificuldades sexuais, e, promover a adopção de estilos de vida saudáveis.

Ainda segundo a Direcção-Geral da Saúde (2008), devem ser especialmente orientadas para o planeamento familiar as mulheres: com doença crónica que contra-indique uma gravidez não programada; com paridade superior ou igual a 4; com idade inferior a 20 anos e superior a 35; cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a dois anos; puérparas; após a utilização de contracepção de emergência; após uma interrupção da gravidez

Para finalizar, importa realçar que o enfermeiro tem um papel extremamente importante no aconselhamento, o que pressupõe que este seja capaz de criar empatia, interagir, adequar a informação à pessoa em presença, evitar informação excessiva, fornecer o método escolhido, assegurar-se de que a informação foi compreendida e encorajar o contacto com o enfermeiro sempre que surjam dúvidas (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

## **II – Fase Metodológica**

Segundo Fortin (2009, p. 108), “A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”.

Ainda segundo Fortin (2009) no decorrer da fase metodológica o investigador estabelece os métodos que vão ser usados para obter respostas às questões de investigação.

A metodologia é “conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, e o método é um “processo de aquisição de conhecimentos definido pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, de análise e de interpretação de dados” (Fortin, 2009, p. 372).

Aquando da escolha do método, o investigador terá sempre presente que os melhores métodos são aqueles que mais ajudam na compreensão dos fenómenos a ser estudados (Lakatos e Marconi, 1996).

Na fase metodológica são referidas as questões de investigação, objectivos do estudo, princípios éticos, tipo de estudo e caracterização do meio do estudo, população alvo, amostra e processo de amostragem, instrumento de colheita de dados, pré-teste e questões éticas.

### **1. Tema e Justificação do Tema**

Para Fortin (2009, p. 49), “Qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”. Polit, Beck e Hungler (2004, p. 52) acrescentam que o primeiro passo numa investigação “é desenvolver um problema de pesquisa significativo, interessante. Ao desenvolver o problema de pesquisa, o pesquisador em enfermagem deve considerar a sua relevância”.

Assim, o tema definido para esta investigação foi: Contraceção Oral de Emergência – Conhecimentos e Atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS.

Segundo Fuller (*cit. in* Fortin, 2009, p. 49), “os campos da prática podem levantar muitas questões e construir desta forma uma fonte importante de domínio a explorar”.

A opção de conduzir este estudo com universitárias justifica-se por ser este um grupo com alta escolaridade, o que revela especificidades na condução das práticas contraceptivas por acederem mais facilmente, tanto aos métodos contraceptivos, quanto às informações para o seu uso correcto e por apresentarem projectos profissionais passíveis de serem plenamente alcançados, os quais podem configurar as suas opções reprodutivas (Borges, Fujimori e Nichiata, 2008).

Como futura enfermeira interessada numa futura especialização em Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária, este tema revela-se particularmente pertinente, na medida em que o Enfermeiro tem um papel especial na promoção da saúde reprodutiva e familiar.

## **2. Questões de Investigação**

Segundo Fortin (2009, p. 39), as questões de investigação facilitam a passagem do quadro conceptual às considerações finais. Para a elaboração das questões de investigação é importante o investigador interrogar-se “(...) sobre a sua pertinência, o seu valor teórico e prático, assim como as suas dimensões metodológicas e éticas”.

Para este trabalho de investigação foram estabelecidas as seguintes questões:

“Quantas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contraceção Oral de Emergência?”;

“Quais os motivos que levaram as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS a recorrer à Contracepção Oral de Emergência?”;

“Quantas vezes as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência?”;

“Como ocorreu o processo de decisão da toma da Contracepção Oral de Emergência?”;

“Como foi utilizada a Contracepção Oral de Emergência: para uma urgência ou como método contraceptivo habitual?”;

“Quais os conhecimentos que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS têm em relação à Contracepção Oral de Emergência?”.

### **3. Objectivos de Investigação**

De acordo com Fortin (2009, p. 40) “O objectivo é um enunciado que indica claramente que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”. Este, para além de estar directamente relacionado com o grau de conhecimentos estabelecidos na área em questão, permite determinar o tipo de investigação a desenvolver.

Assim, objectivos propostos para este estudo foram:

- Saber quantas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência;
- Saber quais os motivos que levaram as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS a recorrer à Contracepção Oral de Emergência;
- Saber quantas vezes as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência;

- Saber se as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS partilharam a decisão da toma da Contraceção Oral de Emergência com alguém;
- Saber se a Contraceção Oral de Emergência foi utilizada para uma urgência ou se funcionou como método contraceptivo habitual;
- Saber quais os conhecimentos que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS têm em relação à Contraceção Oral de Emergência.

#### 4. Tipo de Estudo

De acordo com Fortin (2009, p. 133),

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”.

É fundamental a escolha do tipo de estudo quando se investiga um problema, pois descreve a estrutura a utilizar para atingir os objectivos.

Pela natureza do estudo que foi efectuado, a estratégia de investigação versa a metodologia da investigação exploratória e descritiva, transversal, inserida no paradigma quantitativo, sendo os resultados obtidos através de um questionário.

Tal como refere Fortin (2009, p. 162), um estudo descritivo “limita-se a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa (...) consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”.

Os estudos exploratórios, de acordo com Polit e Hungler (1995, p. 119) caracterizam-se por, “explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual se manifesta e outros factores

com os quais se relaciona, além de procurar “observar e registrar, a incidência dos fenómenos”.

Um estudo descritivo deve reger-se segundo vários critérios, o conhecimento sobre o desenvolvimento do problema, a pergunta e os objectivos de estudo e, ainda, o método para concretizar estes.

Segundo Polit e Hungler (1995, p. 180), quanto à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal porque “os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados”.

Neste estudo, o método de abordagem escolhido foi o quantitativo pois, segundo Fortin (2009) este é um processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, e oferece a possibilidade de universalizar os resultados, de antever e controlar os acontecimentos.

## **5. Variáveis**

De acordo com Fortin (2009), variáveis são características de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, à qual se pode atribuir valores.

Citando Fortin (2009, p. 37), “ (...) as variáveis de atributo são características dos sujeitos de um estudo.”

A variável de atributo considerada foi: a idade

Neste trabalho de investigação foram as seguintes as variáveis em estudo:

- Recurso pelas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS à Contraceção Oral de Emergência
- Motivos do recurso das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS à Contraceção Oral de Emergência

- Partilha da decisão sobre o recurso à Contraceção Oral de Emergência pelas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS
- Contraceção Oral de Emergência enquanto método de urgência ou de contraceção habitual
- Conhecimentos das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS sobre a Contraceção Oral de Emergência – variável operacionalizada da seguinte forma: 4 ou 5 respostas certas às questões nºs 16 a 20 foi considerado “bom conhecimento”; menos de 4 respostas correctas às questões nºs 16 a 20 foi considerado “mau conhecimento”. As respostas “não sabe” e “outro” foram consideradas “incorrectas”

## **6. População, processo de amostragem e amostra**

Citando Fortin (2009, p. 202), “ Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

Relativamente à população de um estudo, Polit e Hungler (1995, p. 34) referem:

“ A exigência de definir-se uma população para um projecto de pesquisa decorre da necessidade de ser especificado o grupo ao qual podem ser aplicados os resultados de um estudo. Costuma ser quase impossível o estudo de toda uma a população, a menos que seja particularmente pequena”.

Perante os objectivos em estudo, a população foi constituída pelas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS.

Por processo de amostragem compreende-se um procedimento através do qual é escolhido um grupo de pessoas representativas da população alvo, de modo a que toda a população esteja representada (Fortin, 2009, p. 202).

Seleccção não aleatória ou também designada não probabilística, é uma conduta segundo o qual, cada elemento da população não apresenta a mesma probabilidade de ser escolhido para integrar a amostra (Fortin, 2009). Desta forma, é uma amostra accidental, pois é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento

preciso. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentem e até a amostra atingir o tamanho desejado (Fortin, 2009).

Assim, o processo de amostragem utilizado neste estudo de investigação foi uma Amostra Não Aleatória Acidental, ou seja, os questionários foram aplicados às alunas presentes em algumas turmas em funcionamento num determinado momento.

Segundo Fortin (2009, p. 202)

“ Uma amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”

Neste estudo a amostra, foi constituída por 50 alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, do ano lectivo 2009/2010.

## **7. Instrumento de Colheita de dados**

É através do instrumento de colheita de dados que o investigador vai obter respostas às suas questões de investigação, inicialmente formuladas.

Entende-se por instrumento de pesquisa, o conjunto de processos ou meios que se utilizam para obter a recolha de dados (Polit e Hungler, 1995).

O instrumento de colheita de dados utilizado para obtenção dos resultados segundo os objectivos deste estudo, foi o questionário. Este instrumento foi escolhido tendo por base os objectivos traçados, a população e a amostra seleccionada.

Como refere Fortin (2009, p. 249):

“Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. (...) é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência (...). É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a

organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (...) As questões são concebidas com o objectivo de colher informação factual sobre os indivíduos (...) as situações conhecidas dos indivíduos” (...).

O questionário está dividido em quatro partes:

- A primeira parte corresponde à caracterização da amostra
- A segunda parte corresponde ao Historial de Planeamento Familiar
- A terceira parte corresponde à caracterização da utilização
- A quarta parte corresponde aos conhecimentos sobre a Contracepção Oral de Emergência.

O questionário foi aplicado em meio natural, ou seja, “ (...) em qualquer parte fora de lugares altamente controlados” (Fortin, 2009, p. 132), como é o caso da Universidade Fernando Pessoa.

O questionário foi da autoria da investigadora. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade das inquiridas.

## **8. Pré-teste**

Como refere Fortin (2009), o pré-teste colocará em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas.

Objectivo da aplicação: verificar se possui validade, fidedignidade e acessibilidade.

Com a finalidade de validar a pertinência, a clareza e compreensão das questões e prever o tempo médio de preenchimento do questionário, foi aplicado um pré-teste a dez alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, que informaram não encontrar dificuldades no preenchimento do questionário, pelo que não foi necessário fazer alterações, e as dez alunas integraram a amostra.

## 9. Questões éticas

Toda a investigação que envolva directa ou indirectamente os seres humanos deve ter em conta que estes têm direitos que não podem em caso algum ser desrespeitados, pelo que a ética em investigação com seres humanos é fundamental. Sendo a ética, um “Conjunto de regras que regem o carácter moral do processo de investigação” (Fortin, 2009).

Nesta investigação foram preservados os “cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos” que “foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.” (Fortin, 2009, p. 116).

- **O direito à Auto-Determinação:** este direito baseia-se no princípio ético de respeito pelas pessoas, no sentido que todas as pessoas são capazes de decidir por elas próprias e responsabilizar-se pelos seus próprios destinos (Fortin, 2009).

Tendo em conta este direito, as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS foram convidadas a participar no estudo, decidindo de uma forma livre, sobre a sua participação ou não.

- **O direito à intimidade:** refere-se à liberdade da pessoa de decidir sobre a quantidade da informação que dá ao participar numa investigação, como também, determinar até que ponto aceita partilhar informações íntimas e privadas (Fortin, 2009).

Este estudo foi realizado com o cuidado de que fosse o menos invasivo possível e que a intimidade das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS fosse protegida, respeitando assim este direito.

- **O direito ao anonimato e à confidencialidade:** não se pode referenciar qualquer informação acerca dos dados pessoais dos inquiridos, a menos que este autorize a sua divulgação (Fortin, 2009).

Considerando este direito, as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS responderam ao questionário de forma anónima e confidencial, de modo a que a sua identidade não fosse associada a qualquer resposta.

- **O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo:** corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe provocar mal ou de a prejudicar (Fortin, 2009).

Este estudo foi realizado tendo sempre em atenção que, o desconforto e o prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica devem ser eliminados.

- **O direito ao tratamento justo e equitativo:** menciona a obrigatoriedade de informar o adquirido sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado, bem como os métodos utilizados no estudo (Fortin, 2009).

Aquando da solicitação da participação das alunas em estudo, estas foram informadas sobre a natureza, o fim e a duração da investigação. Estas informações foram fornecidas para que a aluna consentisse ou não a sua participação.

Estes direitos foram preservados uma vez que todas as alunas que participaram neste estudo não foram obrigadas a fazê-lo, isto é, fizeram-no de livre vontade, sabendo que, se se recusassem a participar não seriam sujeitas a qualquer tipo de penalização. Não houve exploração da vida íntima das inquiridas. Todas as respostas obtidas foram confidenciais e anónimas e nem a própria investigadora teve como relacionar as respostas obtidas com a identidade das inquiridas.

## **10. Método de tratamento e análise de dados**

Após proceder à recolha de informação iniciou-se o processo de tratamento de dados. Os dados foram assim tratados através do programa informático SPSS 17.0 e Microsoft Office Excel 2007.

### III – Fase Empírica

A presente fase do trabalho de investigação, fase empírica, “(...) inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento de dados” (Fortin, 2009, p. 41).

Na análise dos resultados devem ser tidos em conta os objectivos e questões previamente estabelecidas, sendo que posteriormente, deve ser elaborada uma explicação coerente dos dados comparativamente com a bibliografia existente.

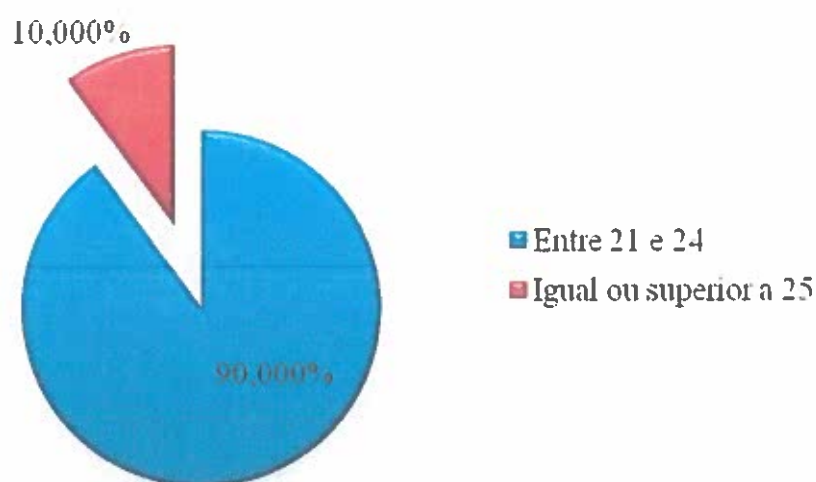
Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através de um questionário a 50 alunas que frequentam o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS.

#### 1. Apresentação dos dados

**Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a idade**

	N	%
Entre 21 e 24	45	90,000%
Igual ou superior a 25	5	10,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a idade**

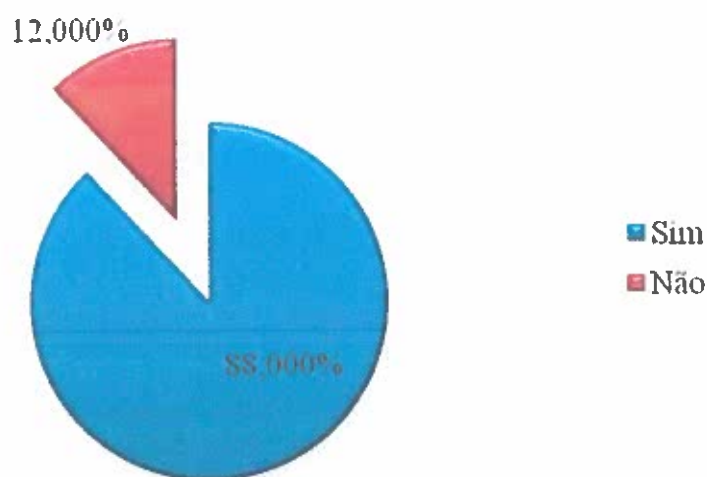


Segundo a análise do quadro 1 e gráfico 1, verifica-se que a amostra tem idades compreendidas entre os 21 e os 25 ou mais anos, distribuídos do seguinte modo: 90,000% das inquiridas (45 alunas) têm idades compreendidas entre os 21 e os 24 anos de idade e 10,000% das inquiridas (5 alunas) têm idade igual ou superior a 25.

**Quadro 2 – Distribuição da amostra pela prática de relações sexuais**

	N	%
Sim	44	88,000%
Não	6	12,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 2 – Distribuição da amostra pela prática de relações sexuais**



De acordo com o quadro 2 e gráfico 2, é possível verificar que 88,000% das inquiridas (44 alunas) já iniciou a sua vida sexual, sendo que 12,000% das inquiridas (6 alunas) referem ainda não ter iniciado a sua vida sexual.

**Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o uso de método contraceptivo**

	N	%
Sim	44	88,000%
Não	6	12,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o uso de método contraceptivo**

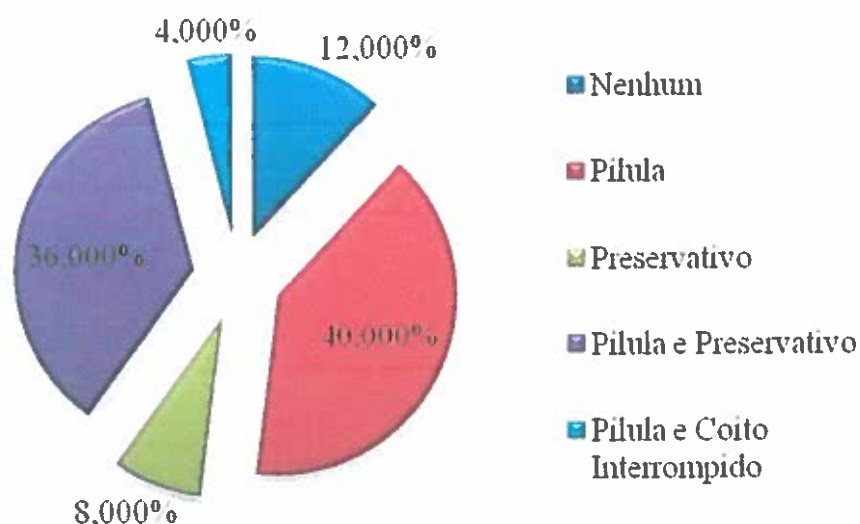


Da análise do quadro 3 e gráfico 3, conclui-se que 88,000% das inquiridas (44 alunas) refere utilizar um método contraceptivo, sendo que 12,000% das inquiridas (6 alunas) afirma não utilizar qualquer método contraceptivo.

**Quadro 4 – Distribuição da amostra pelo tipo de método contraceptivo usado**

	N	%
Nenhum	6	12,000%
Pílula	20	40,000%
Preservativo	4	8,000%
Pílula e Preservativo	18	36,000%
Pílula e Coito Interrompido	2	4,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 4 – Distribuição da amostra pelo tipo de método contraceptivo usado**

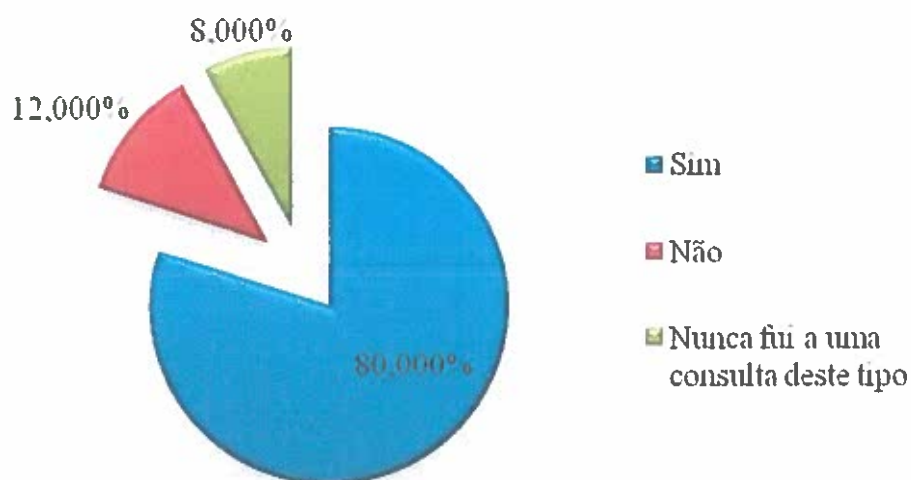


Pela análise do quadro 4 e gráfico 4, é possível constatar-se que 40,000% das inquiridas (20 alunas) refere utilizar como método contraceptivo a pílula; 36,000% das inquiridas (18 alunas) refere utilizar a pílula e o preservativo; 12,000% das inquiridas (6 alunas) afirma não utilizar qualquer método contraceptivo; 8,000% das inquiridas (4 alunas) diz utilizar o preservativo e, por fim, 4,000% das inquiridas (2 alunas) refere utilizar a pílula e o coito interrompido.

**Quadro 5 – Distribuição da amostra pela frequência de seguimento na consulta de Ginecologia/ Planejamento Familiar (pelo menos uma vez por ano)**

	N	%
Sim	40	80,000%
Não	6	12,000%
Nunca fui a uma consulta deste tipo	4	8,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 5 – Distribuição da amostra pela frequência de seguimento na consulta de Ginecologia/ Planejamento Familiar (pelo menos uma vez por ano)**

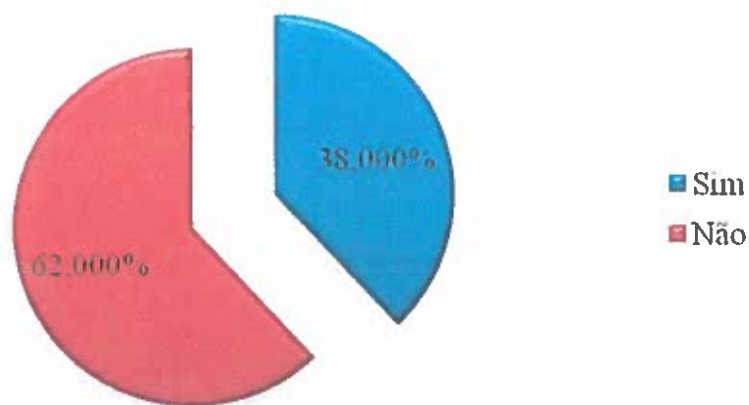


Pela análise do quadro 5 e gráfico 5, pode concluir-se que 80,000% das inquiridas (40 alunas) responderam que costumam ser seguidas na consulta de Ginecologia/ Planejamento Familiar (pelo menos uma vez por ano); 12,000% das inquiridas (6 alunas) referiram não serem seguidas na consulta de Ginecologia/Planeamento Familiar e 8,000% das inquiridas (4 alunas) referiram nunca ter recorrido a uma consulta deste tipo.

**Quadro 6 – Distribuição da amostra pelo uso da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Sim	19	38,000%
Não	31	62,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 6 – Distribuição da amostra pelo uso da “pílula do dia seguinte”**

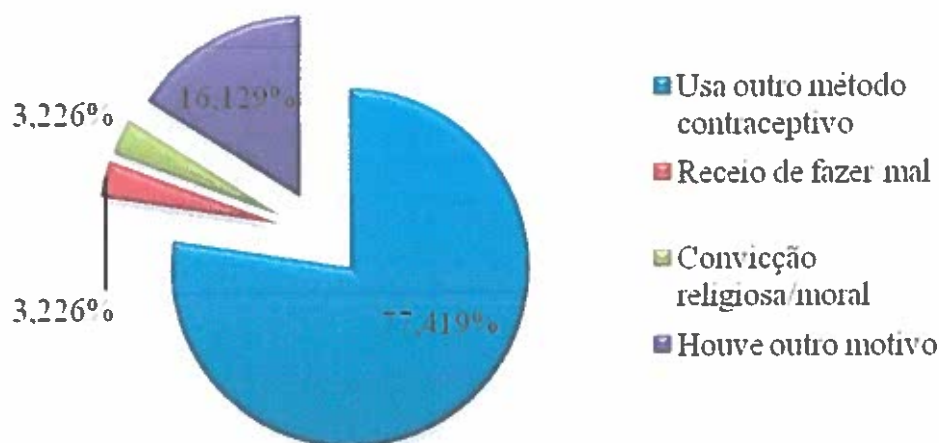


Segundo a leitura do quadro 6 e gráfico 6, constata-se que 62,000% das inquiridas (31 alunas) referem nunca ter utilizado a “pílula do dia seguinte”, sendo que 38,000% das inquiridas (19 alunas) afirmaram já ter recorrido à “pílula do dia seguinte”.

**Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo as causas de não utilização da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Usa outro método contraceptivo	24	77,419%
Receio de fazer mal	1	3,226%
Convicção religiosa/moral	1	3,226%
Houve outro motivo	5	16,129%
Total	31	100,000%

**Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo as causas de não utilização da “pílula do dia seguinte”**



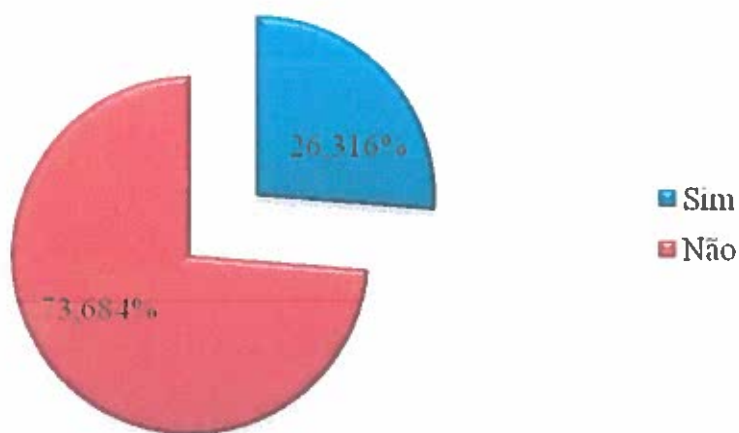
Considerando o quadro e o gráfico acima mencionados, apenas foram estudadas neste item as respostas das alunas que não recorreram à “pílula do dia seguinte”.

Como é possível observar-se pelo quadro 7 e gráfico 7, das inquiridas que responderam nunca ter utilizado a pílula do dia seguinte, 77,419% (24 alunas) referiram nunca ter recorrido à “pílula do dia seguinte” pois usavam outro método contraceptivo; 16,129% (5 alunas) declararam que houve outro motivo, como por exemplo: “pouco provável ficar grávida”, assim como “nunca ter tido relações sexuais”; 3,226% das inquiridas (1 aluna) refere ter receio de fazer mal, sendo que na mesma percentagem (1 aluna) refere a convicção religiosa/moral como justificação para a não utilização deste método.

**Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a recorrência à consulta médica prévia à compra da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Sim	5	26,316%
Não	14	73,684%
Total	19	100,000%

**Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a recorrência à consulta médica prévia à compra da “pílula do dia seguinte”**



Considerando o quadro e o gráfico acima mencionados, apenas foram estudadas neste item as respostas das alunas que recorreram à “pílula do dia seguinte”.

Através da análise do quadro 8 e gráfico 8, é possível verificar-se que 73,684% das inquiridas (14 alunas) que referiram ter utilizado a “pílula do dia seguinte” não consultaram o médico antes da compra da mesma, sendo que, 26,316% das inquiridas (5 alunas) referiram ter recorrido a consulta prévia.

**Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo o tipo de utilização da “pílula do dia seguinte”**

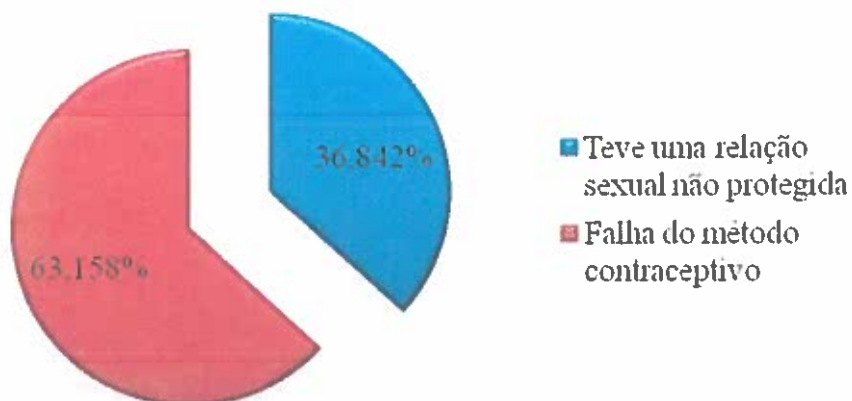
	N	%
Como método contraceptivo para uma urgência	19	100,000%
Total	19	100,000%

Como se pode verificar pela leitura do quadro 9, a totalidade das inquiridas (19 alunas) referiram utilizar a “pílula do dia seguinte” como método contraceptivo para uma urgência.

**Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo o motivo para recorrer à “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Teve uma relação sexual não protegida	7	36,842%
Falha do método contraceptivo	12	63,158%
Total	19	100,000%

**Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo o motivo para recorrer à “pílula do dia seguinte”**

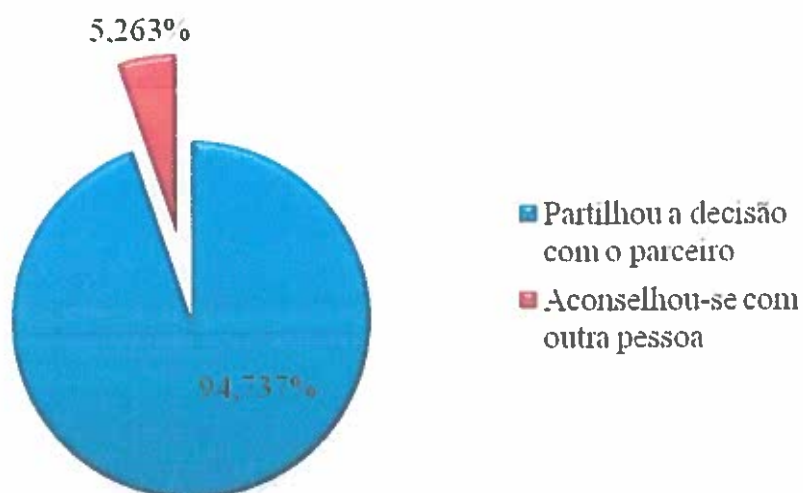


Analisando o quadro e gráfico acima mencionados, verifica-se que 63,158% das inquiridas (12 alunas) referiram ter recorrido à “pílula do dia seguinte” pois ocorreu uma falha do método contraceptivo habitual, sendo que 36,842% das inquiridas (7 alunas) referiram ter tido uma relação sexual não protegida.

**Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo a decisão da toma da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Partilhou a decisão com o parceiro	18	94,737%
Aconselhou-se com outra pessoa	1	5,263%
Total	19	100,000%

**Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo a decisão da toma da “pílula do dia seguinte”**

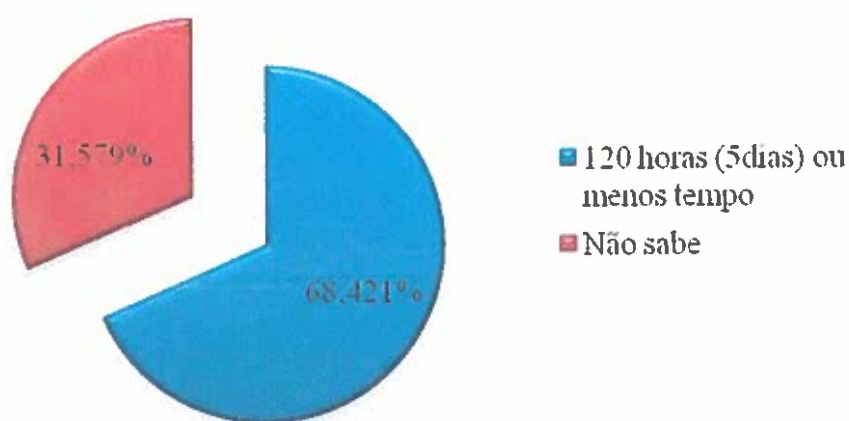


Como se pode observar pela análise do quadro e gráfico supra mencionados, 94,737% das inquiridas (18 alunas) partilharam a decisão da toma da “pílula do dia seguinte” com o parceiro, sendo que, 5,263% das inquiridas (1 aluna) referiu aconselhar-se com outra pessoa.

**Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo o intervalo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
120 horas (5dias) ou menos tempo	13	68,421%
Não sabe	6	31,579%
Total	19	100,000%

**Gráfico 11 – Distribuição da amostra segundo o intervalo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte”**

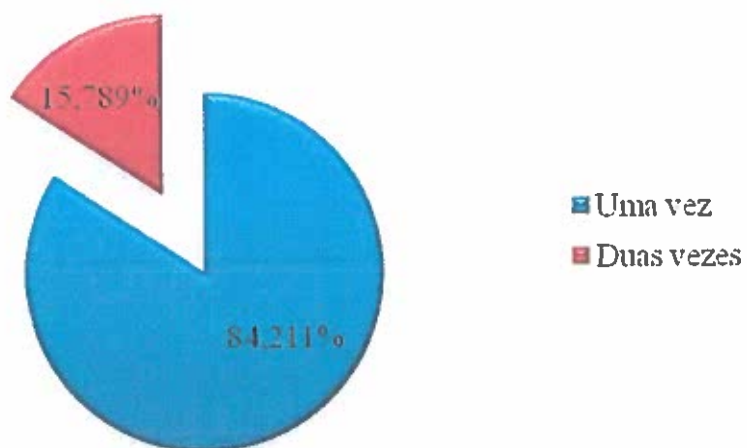


De acordo com o quadro e gráfico acima mencionados, 68,421% das inquiridas (13 alunas) referiram ter tomado a “pílula do dia seguinte” até às 120 horas (5 dias) ou menos tempo, sendo que 31,579% das inquiridas (6 alunas) referiram não saber qual o intervalo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte”.

**Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a recorrência à “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Uma vez	16	84,211%
Duas vezes	3	15,789%
Total	19	100,000%

**Gráfico 12 – Distribuição da amostra segundo a recorrência à “pílula do dia seguinte”**



Analisando o quadro 13 e gráfico 12, verifica-se que 84,211% das inquiridas, ou seja, 16 alunas, referiram ter recorrido à “pílula do dia seguinte” apenas uma vez, sendo que 15,789% das inquiridas (3 alunas) referiram já ter utilizado esta pílula duas vezes.

**Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a leitura do folheto informativo**

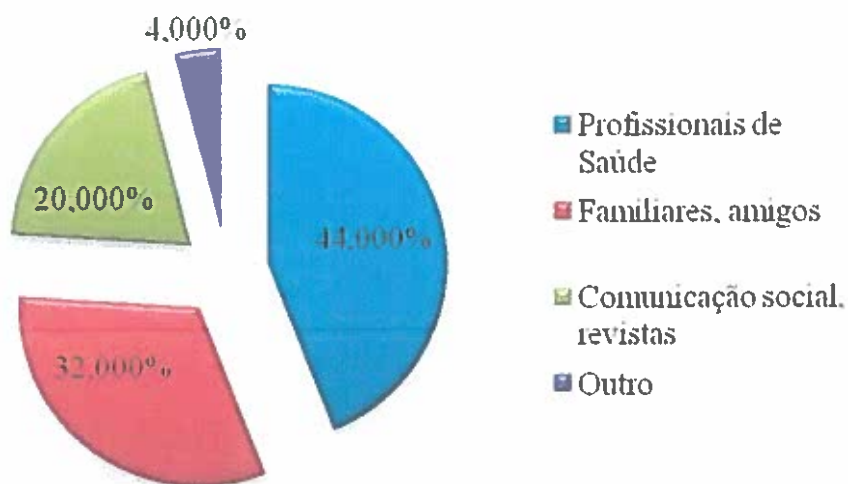
	N	%
Sim	19	100,000%
Total	19	100,000%

Pela análise do quadro 14, é possível observar-se que a totalidade das inquiridas, ou seja, as 19 alunas que recorreram “à pílula do dia seguinte”, referiram ter lido o folheto informativo.

**Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a fonte de conhecimento da existência da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Profissionais de Saúde	22	44,000%
Familiares, amigos	16	32,000%
Comunicação social, revistas	10	20,000%
Outro	2	4,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a fonte de conhecimento da existência da “pílula do dia seguinte”**

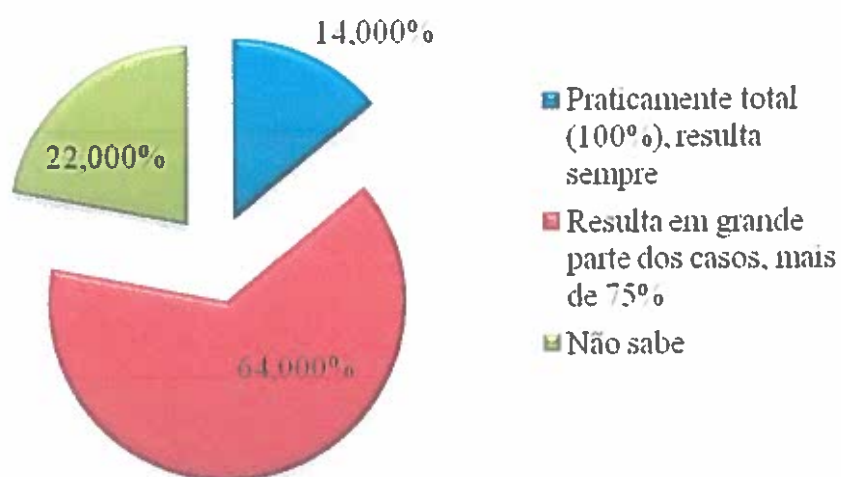


Pela análise do quadro e gráfico supra mencionados, verificou-se que 44,000% das inquiridas (22 alunas) referiram ter conhecimento deste método contraceptivo de emergência através de profissionais de saúde; 32,000% das inquiridas (16 alunas) afirmaram ter conhecimento através de familiares, amigos; 20,000% das inquiridas (10 alunas) obtiveram este conhecimento através da comunicação social, revistas e 4,000% das inquiridas (2 alunas) responderam “outro”, e referiram ter obtido esta informação na escola secundária.

**Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativo à eficácia da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Praticamente total (100%), resulta sempre	7	14,000%
Resulta em grande parte dos casos, mais de 75%	32	64,000%
Não sabe	11	22,000%
Total	50	100%

**Gráfico 14 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativo à eficácia da “pílula do dia seguinte”**



De acordo com o quadro e gráfico acima mencionados, é possível observar-se que 84,000% das inquiridas (42 alunas) respondeu que a “pílula do dia seguinte” resulta em grande parte dos casos, mais de 75%; 16,000% das inquiridas (8 alunas) referiram desconhecer a eficácia da “pílula do dia seguinte” e 0,000% das inquiridas (0 alunas) afirmam ser praticamente total (100%), resulta sempre.

**Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento quanto a efeitos secundários da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Pode apresentar efeitos secundários	42	84,000%
Não sabe	8	16,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento quanto a efeitos secundários da “pílula do dia seguinte”**

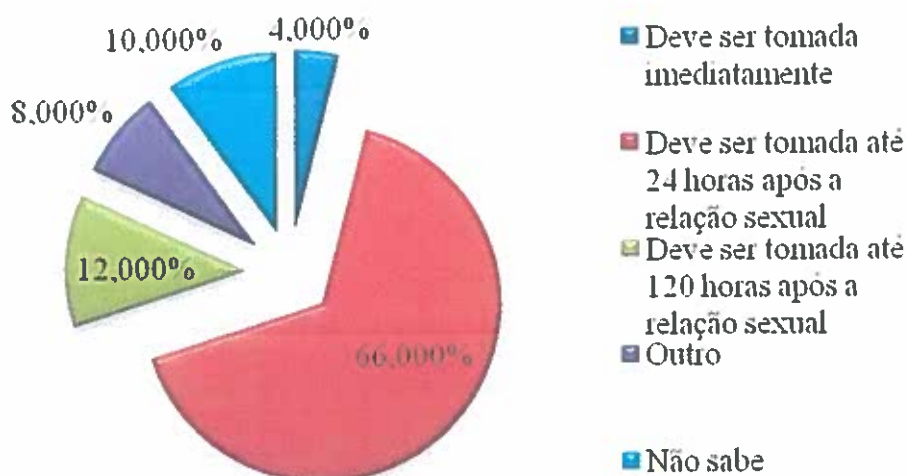


Pela análise do quadro 17 e gráfico 15, é possível constatar-se que 84,000% das inquiridas (42 alunas) responderam que a “pílula do dia seguinte” pode apresentar efeitos secundários e 16,000% das inquiridas (8 alunas) referiram não saber.

**Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativamente ao limite de tempo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte”**

	N	%
Deve ser tomada imediatamente	2	4,000%
Deve ser tomada até 24 horas após a relação sexual	33	66,000%
Deve ser tomada até 120 horas após a relação sexual	6	12,000%
Outro	4	8,000%
Não sabe	5	10,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativamente ao limite de tempo entre a relação sexual e a toma da “pílula do dia seguinte”**



Pela análise do quadro 18 e gráfico 16, 66,000% das inquiridas (33 alunas) responderam que a “pílula do dia seguinte” deve ser tomada até 24 horas após a relação sexual; 12,000% (6 alunas) responderam que deve ser tomada até 120 horas após a relação sexual; 10,000% (5 alunas) referiram desconhecer o limite de tempo entre a relação sexual e a toma da “pílula do

dia seguinte”; 8,000% (4 alunas) responderam a opção “outro”; 4,000% (2 alunas) referem que esta deve ser tomada imediatamente.

**Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento relativamente ao uso da “pílula do dia seguinte” e as Infecções de Transmissão Sexual**

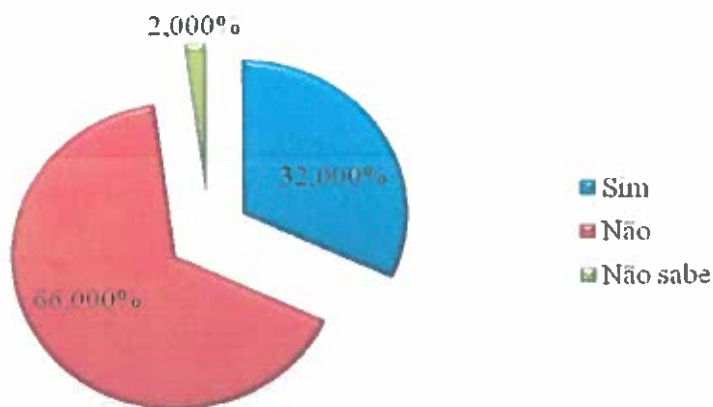
	N	%
Não	50	100,000%

Como é possível observar-se pela análise do quadro 19, as 50 alunas integradas na amostra responderam que a “pílula do dia seguinte” não protege contra as Infecções de Transmissão Sexual

**Quadro 20 – Distribuição da amostra segundo a opinião relativamente à “pílula do dia seguinte”, como pílula abortiva**

	N	%
Sim	16	32,000%
Não	33	66,000%
Não sabe	1	2,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo a opinião relativamente à “pílula do dia seguinte”, como pílula abortiva**

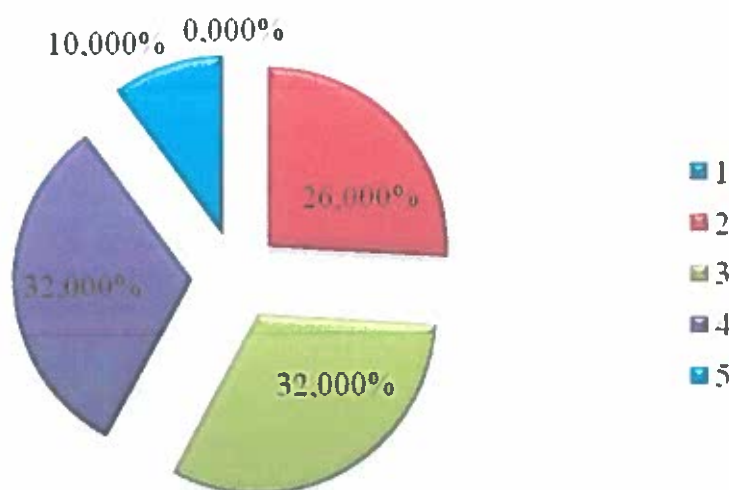


De acordo com o quadro 20 e gráfico 17, 66,000% das inquiridas (33 alunas) responderam que não consideravam a “pílula do dia seguinte” como uma pílula abortiva, 32,000% das inquiridas (16 alunas) consideram a “pílula do dia seguinte” uma pílula abortiva e 2,000% das inquiridas (1 aluna) respondeu desconhecer.

**Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo o número de respostas correctas da questão nº 16 à questão nº 20**

Respostas correctas	N	%
1	0	0,000%
2	13	26,000%
3	16	32,000%
4	16	32,000%
5	5	10,000%
Total	50	100,000%

**Gráfico 18 – Distribuição da amostra segundo o número de respostas correctas da questão nº 16 à questão nº 20**



Pela análise do quadro 21 e gráfico 18, é possível verificar-se, que todas as alunas acertaram em duas ou mais questões. Das inquiridas, 26,000% (13 alunas) acertaram em duas questões; 32,000% (16 alunas) acertaram em três questões; na mesma percentagem (16 alunas)

acertaram em quatro questões, e apenas 10,000% (5 alunas) acertaram nas cinco questões propostas para avaliar os conhecimentos existentes sobre a Contraceção Oral de Emergência.

## 2. Discussão de Resultados

A interpretação/ discussão dos resultados “(...) é a tentativa do investigador de explicar os resultados, à luz do que é conhecimento sobre a teoria, dos resultados anteriores na área (...)” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 55).

Assim, comparando os dados obtidos com a revisão bibliográfica foi feita a discussão de resultados, respondendo assim aos objectivos e questões delineadas para a investigação.

A partir da amostra pode-se verificar que ela é constituída por 50 alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS, com idades compreendidas entre os 21 e os 25 ou mais anos.

Em relação ao comportamento sexual, 88,000% das inquiridas já tinham iniciado a sua vida sexual. No que se refere a esta temática, Esteves e Machado (*cit. in* Correio da Manhã, 2009) referem que os últimos estudos indicam que a vida sexual dos jovens portugueses começa em média aos 14 anos, no caso dos rapazes, e aos 15 para as raparigas.

Relativamente à questão se as estudantes já utilizam algum método contraceptivo, 88,000% das inquiridas respondeu que sim, o que vem de encontro à linha de pensamento de Pirotta e Schor (2004), que refere que a utilização de métodos contraceptivos está fortemente relacionada com o nível de instrução. Correlaciona-se, ainda, com o Inquérito Nacional de Saúde 2007 (Instituto Nacional de Estatística, 2007) onde se constatou que em Portugal, mais de 85% das mulheres não grávidas e sexualmente activas usam alguma medida para controlo da natalidade, embora ainda existam 15% que não toma nenhuma precaução.

Neste estudo a pílula é referida como o método contraceptivo mais utilizado na percentagem de 40,000% (20 alunas), conforme os dados do Instituto Nacional de Estatística (2007), que revelam que no nosso país, a pílula é o método contraceptivo mais utilizado.

Relativamente ao uso da COE, 38,000% das inquiridas (19 alunas) referiram já ter recorrido a este método contraceptivo. Destas, apenas 26,316% das inquiridas (5 alunas) referiram ter recorrido a consulta médica prévia antes da compra da COE, o que sugere, que as restantes alunas, 73,684% (14 alunas), provavelmente recorreram à COE de venda livre, sem necessidade de prescrição médica.

No entanto, todas as utilizadoras da pílula do dia seguinte referiram utilizar a pílula do dia seguinte como um método contraceptivo para uma urgência, e isso pode ser constatado quando 84,211% das inquiridas referiu ter utilizado a COE uma única vez, sendo que cerca de 15,789% das inquiridas referiu tê-lo utilizado duas vezes.

A falha do método contraceptivo é o principal motivo para a utilização da “pílula do dia seguinte”, na percentagem de 63,158%, seguido de uma relação sexual não protegida, apontada por 7 alunas, ou seja, 36,842 %.

Neste sentido, causa preocupação a constatação de que, nesta população, apesar do acesso e do conhecimento de métodos contraceptivos de alta eficácia e tendo-os utilizado na maioria dos casos, 38,000% das inquiridas referiu o uso da Contraceção Oral de Emergência.

No processo de tomada de decisão sobre a utilização da COE, a maioria das mulheres partilhou a decisão com o parceiro (94,737%). Isto demonstra que, apesar, de ser um método de uso feminino, o papel central na responsabilidade da regulação da fecundidade não se dirige socialmente apenas à mulher.

A principal fonte de conhecimento da existência da COE foi os “profissionais de saúde” (44,000%), seguido dos “familiares, amigos” (32,000%). No que se refere à eficácia da “pílula do dia seguinte” 64,000% das inquiridas (32 alunas) responderam que a pílula do dia seguinte tem resultados positivos em grande parte dos casos, mais de 75%, o que vem de encontro à linha de pensamento de Lancet e Piaggio (*cit. in* Drezett, 2005). No que diz respeito aos efeitos secundários, 84,000% das inquiridas reconhecem que esta pílula pode apresentar efeitos secundários, como refere Trussell e Raymond, 2010; Lancet, Trussell, Ellertson, Stewart *cit. in* Trussell e Raymond, 2010; Raymond, Creinin, Barnhart, Lovvorn, Rountree, Trussell *cit. in* Besinque, 2006. No que diz respeito ao intervalo de tempo entre a

relação sexual e a toma da COE, apenas 12,000% (6 alunas) responderam de acordo com as novas orientações propostas pelos novos estudos, que afirmam que deve ser tomada até 120 horas após a relação sexual, como referenciado por Trussell e os seus colegas (*cit. in* Stika, 2010), por VonHertzen, Piaggio, Ding, Arowojulu, Okewolw, Adekunle, *cit. in* Besinque, 2006 e Ellertson, Evans, Ferden, Leadbetter, Spears, Johnstone, Trussell, *cit. in* Besinque, 2006. A maioria das alunas admite que a “pílula do dia seguinte” deve ser tomada até 24 horas após a relação sexual, o que revela desconhecimento relativamente às novas orientações, e, provavelmente, esta percentagem, pode ainda, estar relacionada com o nome quotidiano da mesma (“pílula do dia seguinte”), o que conduz a alguma incerteza e imprecisão na sua utilização. Como afirma Pinto (2001), embora seja comumente conhecida como “pílula do dia seguinte”, este termo é bastante enganador, uma vez que as pílulas contraceptivas de emergência podem ser iniciadas mais cedo do que na manhã seguinte, imediatamente após a relação sexual não protegida ou mais tarde, até 120 horas após a relação sexual desprotegida.

Relativamente à questão que relaciona a pílula do dia seguinte e a protecção contra as Infecções de Transmissão Sexual, a totalidade das alunas inquiridas sabe que este método se revela ineficaz na protecção contra as ITS. No que diz respeito à opinião da “pílula do dia seguinte” como pílula abortiva, 66,000% das inquiridas (33 alunas) não consideram esta pílula abortiva, tal como refere Drezett (2005).

Através da variável operacionalizada para este objectivo, pode-se concluir que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS apresentam “mau conhecimento” relativamente à Contracepção Oral de Emergência, uma vez que, apenas 42,000% acertou em 4 ou 5 respostas às questões nºs 16 a 20, sendo que, 58,000% apresentou menos de quatro respostas correctas às questões nºs 16 a 20.

Pode-se assim concluir que os objectivos traçados inicialmente para este trabalho de investigação foram atingidos, nomeadamente:

- **Saber quantas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contracepção Oral de Emergência**

38,000% das inquiridas (19 alunas) já recorreram à Contracepção Oral de Emergência

- **Saber quais os motivos que levaram as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS a recorrer à Contraceção Oral de Emergência**

A falha do método contraceptivo foi o principal motivo para a utilização da “pílula do dia seguinte”, na percentagem de 63,158%, seguido de uma relação sexual não protegida, na percentagem de 36,842%

- **Saber quantas vezes as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS já recorreram à Contraceção Oral de Emergência**

84,000% das inquiridas referiram ter utilizado a COE uma única vez, sendo que 16,000% das inquiridas referiram tê-lo utilizado duas vezes

- **Saber se as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS partilharam a decisão da toma da Contraceção Oral de Emergência com alguém**

A decisão da toma da COE foi partilhada. 94,737% partilhou a decisão com o parceiro, sendo que apenas 5,263% (1 aluna) partilhou a decisão com outra pessoa

- **Saber se a Contraceção Oral de Emergência foi utilizada para uma urgência ou se funcionou como método contraceptivo habitual**

Foi utilizada como método contraceptivo para uma urgência.

- **Saber quais os conhecimentos que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS têm em relação à Contraceção Oral de Emergência**

Através da variável operacionalizada para este objectivo, pode-se concluir que as alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS apresentam “mau conhecimento” relativamente à Contraceção Oral de Emergência, uma vez que, apenas 42,000% acertou em 4 ou 5 respostas às questões nºs 16 a 20.

Face aos resultados, e como já foi atrás descrito, o Enfermeiro pode e deve ter um papel preponderante e especial na saúde das mulheres. Entende-se que os resultados deste trabalho poderão ser entregues à responsável pelo gabinete de Enfermagem da UFP no sentido que esta possa, individualmente, ou em equipa multidisciplinar, planear e implementar estratégias de educação para a saúde nesta área, estratégias essas, que podem incluir consultas, panfletos e outros meios de destaque e interesse em questão.

#### **IV. Conclusão**

Como conclusão, a Contraceção Oral de Emergência providencia à mulher a última hipótese de prevenir a gravidez após uma relação sexual não protegida. No entanto, é improvável que o acesso tenha um impacto importante na redução da taxa de gravidez indesejada, principalmente porque a incidência de relações sexuais desprotegidas, assim como a falha de métodos contraceptivos é demasiadamente alta.

Mesmo considerando que estas jovens apresentem alto nível de escolaridade e frequentem uma licenciatura na área da saúde, há ainda, um longo caminho a percorrer na busca da promoção da sua saúde sexual e reprodutiva.

O Presente Projecto de Graduação contribuiu para a evolução do conhecimento da autora em Enfermagem, permitindo-lhe também aumentar a sua capacidade de reflexão crítica. O conhecimento dos métodos e das técnicas de investigação adquiridos com o presente trabalho irão permitir a realização futura de outros trabalhos neste âmbito.

## V – BIBLIOGRAFIA

Anderson, M. (1998). Endocrine function and emergency contraception: physiology and society. 19(1), 46-52

Associação para o Planeamento da Família (1988). *Manual de Planeamento Familiar para Médicos*. 6ª ed., Lisboa.

Besinque, K. (2006). A supplement to Drug Topics. *Emergency Contraception: A Clinical Review*.

Borges, V. L. A.; Fujimori, E. e Nichiata, I. Y. L. (2008). *O uso da anticoncepção de emergência entre jovens universitárias*. Departamento de Enfermagem de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil

Direcção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa

Drezett, J. (2005). Anticoncepção de Emergência. Perguntas e respostas para profissionais de Saúde. Série de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 3. 1ª ed. Brasília

Drezett, J. (2002). Contracepção de Emergência e Violência Sexual. I Conferência Latinoamericana de Anticoncepción de Emergência, CLAE.

Ellertson, C. (1996). "History and Efficacy of Emergency Contraception: Beyond Coca-Cola." *Family Planning Perspectives*, 28(2), 44–48.

Fortin, M. (2009). *O processo de Investigação, da Concepção à realização*. Loures. Lusociência.

Haspels, A. A. (1994). "Emergency Contraception: A Review," *Contraception*, 50 : 101-108.

IPPF (2006). *Um direito de todas as mulheres: recomendações para a melhoria do conhecimento sobre a anticoncepção de emergência e de seu acesso*. Nova York. Western Hemisphere Region

Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados*. 3ª Edição. São Paulo, Atlas Editora.

OMS (1998). *Emergency Contraception. A guide for service delivery*. Geneva

OMS (2005). *Levonorgestrel for Emergency Contraception*. Geneva

OMS (2009). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third edition. Geneva

Pinto, G. M. (2001). *Contracepção de Emergência*. Revista sexualidade & planejamento familiar (2001). nº 32. Novembro/ Dezembro

Pirotta, K. C. M.; Schor, N. (2004). *Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários*. Revista Saúde Pública, vol. 38, nº4, 495-502. Agosto

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre. Artes Médicas Editora.

Polit, D. F., Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre, Artmed

Stika, S.C. (2010). *Emergency Postcoital Contraception*. Northwestern University Medical School. Chicago, Illinois

Szarewski, A. e Guillebaud, J. (2000). *Contracepção: manual para mulheres e homens*. 1ª ed., Lisboa. Climepsi.

Wannmacher, L. (2003). Anticoncepcionais orais: O que há de novo. *Uso racional de medicamentos: temas seleccionados*. ISSN 1810-0791 Vol. 1, Nº 1 Brasília. p. 1-6.

#### **Referências consultadas pela internet**

Correio da Manhã. (2009). [Em linha]. Disponível em [www.cmjornal.xl.pt](http://www.cmjornal.xl.pt) [Consultado em 12/03/2010]

Instituto Nacional de Estatística. (2007). [Em linha]. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) [Consultado em 24/02/2010]

## **VI – ANEXOS**

## **Anexo I - Questionário**

## Questionário

Catarina Isabel Oliveira Santos, aluna a frequentar o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pretende, no âmbito do plano de estudos, a realização de um trabalho de investigação. Nesta perspectiva o tema que se pretende estudar é: **“Contraceção Oral de Emergência – Conhecimentos e Atitudes das alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS”**, que tem como finalidade:

- Conhecer o modo como a Contraceção Oral de Emergência é entendida pelas alunas do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP-FCS

O Questionário a que vai responder é **anónimo e confidencial**, e foi elaborado exclusivamente para fins de pesquisa científica na Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde.

O questionário demorará cerca de 5 minutos a ser preenchido.

Solicito a sua colaboração, lembrando que da autenticidade das suas respostas vão depender os resultados finais deste trabalho.

Antecipadamente, agradece a sua colaboração.

A aluna

---

(Catarina Isabel Oliveira Santos)

## I- Caracterização da amostra

1 – Idade \_\_\_\_\_

## II- Historial de Planeamento Familiar

2 – Já teve relações sexuais?

Sim

Não

3 – Utiliza algum método contraceptivo?

*Sim*

*Não*

4 – Que método contraceptivo utiliza?

*Nenhum*

*Pílula*

*DIU (dispositivo intra-uterino)*

*Injectável*

*Preservativo*

*Método natural (conta os dias, temperaturas, etc)*

*Coito interrompido*

5 – Costuma ser seguida, regularmente, na consulta de Ginecologia / Planeamento Familiar (pelo menos uma vez por ano):

*Sim*

*Não*

*Nunca fui a uma consulta deste tipo*

### III- Caracterização da utilização:

6 – Por algum motivo, já recorreu à “pílula do dia seguinte”?

*Sim*

*Não*

(Se respondeu “*Sim*” passe por favor para a pergunta número 9 deste questionário).

7 – Caso tenha respondido que “*Não*” na resposta anterior, aponte uma ou mais razões para a não utilização:

*Usa outro método contraceptivo*

*Receio de fazer mal*

*Convicção religiosa/ moral*

*Vergonha de a pedir*

*Pouco provável ficar grávida*

*Dificuldade de acesso*

*Houve outro motivo*

*Qual?* \_\_\_\_\_

(Passe por favor para o IV grupo deste questionário).

8 – Consultou o médico antes da compra da “pílula do dia seguinte”?

*Sim*

*Não*

9 – Utiliza / Utilizou a “pílula do dia seguinte”:

*Como método contraceptivo para uma urgência*

*Como método contraceptivo habitual*

10 – Porque decidiu recorrer à toma da “pílula do dia seguinte”?

*Teve uma relação sexual não protegida*

*Falha do método contraceptivo*

*Violência sexual*

*Houve outro motivo*  *Qual?* \_\_\_\_\_

11 – Como decidiu usar a “pílula do dia seguinte”?

*Partilhou a decisão com o parceiro*

*Aconselhou-se com outra pessoa*

*Decidiu sozinha*

12 – Qual foi o intervalo entre relação sexual e a toma da pílula do dia seguinte?

*120 horas (5 dias) ou menos tempo*

*Mais de 120 horas (5 dias)*

*Ainda não teve relação sexual*

*Não sabe*

13 – Quantas vezes já recorreu à “pílula do dia seguinte”?

\_\_\_ vez(es)

*Nunca usou*

*Não sabe*

14 – Se já usou anteriormente a “pílula do dia seguinte”, alguma vez leu o folheto informativo da embalagem do medicamento?

*Sim*

*Não*

#### **IV- Conhecimento sobre a Contraceção Oral de Emergência:**

15 – Como soube da existência da pílula do dia seguinte?

*Profissionais de Saúde*

*Familiares, amigos*

*Comunicação social, revistas*

*Outro*

*Qual?* \_\_\_\_\_

16 – A eficácia (segurança) da “pílula do dia seguinte” é:

*Praticamente total (100%), resulta sempre*

*Resulta em grande parte dos casos, mais de 75%*

*Resulta em metade dos casos ou menos (50%)*

*Não sabe*

17 – A “pílula do dia seguinte”

*Nunca apresenta efeitos secundários*

*Pode apresentar efeitos secundários*

*Não sabe*

18 – Após uma relação sexual desprotegida, o limite de tempo para tomar a “pílula do dia seguinte” é?

*Deve ser tomada imediatamente após a relação sexual*

*Deve ser tomada até 24 horas após a relação sexual*

*Deve ser tomada até 120 horas após a relação sexual*

*Outro*

*Não sabe*

19 – A “pílula do dia seguinte” protege contra as Infecções de Transmissão Sexual?

*Sim*

*Não*

*Não sabe*

20 – Considera a “pílula do dia seguinte” abortiva?

*Sim*

*Não*

*Não sabe*