

11/07/11

Joana Leitão da Silva Malho

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Conhecimentos sobre contraceção hormonal oral e comportamentos de utilização das
jovens adultas

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2010

Joana Leitão da Silva Malho

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Conhecimentos sobre contraceção hormonal oral e comportamentos de utilização das
jovens adultas

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto 2010

Joana Leitão da Silva Malho

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Conhecimentos sobre contraceção hormonal oral e comportamentos de utilização das
jovens adultas

joana leitão silva malho

Joana Leitão Silva Malho

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciatura em
Enfermagem

Sumário

A pílula revolucionou a sociedade há 50 anos. Iniciou-se de forma controversa e muitas mulheres inicialmente sofreram vários efeitos secundários devido às doses elevadas de estrogénios. Com o decorrer dos anos, tem-se vindo a desenvolver pílulas com doses menores de modo a minimizar os efeitos indesejados, sendo hoje em dia um método contraceptivo utilizado pela maioria das mulheres, tanto pelo seu efeito contraceptivo de elevada eficácia, como pelos seus efeitos terapêuticos.

Apesar de ser utilizado por muitas mulheres e de haver bastante informação acerca dos contraceptivos hormonais orais, muitas vezes os comportamentos no seu uso não são os mais correctos. Por vezes, a informação acerca da sua utilização é errónea, dependendo do sítio onde se obtém, ou simplesmente os conhecimentos não são suficientes, ou são incorrectos.

O Enfermeiro pelas suas competências é um dos principais vectores de informação e como tal, deve apostar na educação para a saúde na escola, na comunidade e nas unidades de saúde, mais concretamente na consulta de Planeamento Familiar, onde é pertinente não só transmitir toda a informação necessária, mas também, esclarecer todas as dúvidas.

Este trabalho de investigação tem como objectivos identificar os conhecimentos e comportamentos das jovens adultas acerca da contracepção hormonal oral. Este estudo é de carácter descritivo de abordagem quantitativa, e foi realizado na Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, no período de 25 a 29 de Agosto de 2010. O instrumento para a colheita de dados utilizado foi o questionário e foi aplicado a uma amostra de 50 raparigas jovens com idades compreendidas entre os 19 anos e os 25 anos.

Da análise dos resultados obtidos verificou-se que 31 (62%) das inquiridas utilizam o CHO, destas, 96,8% utilizam o COC e 3,2% o POC, e 80,7% utilizam-no para prevenir a gravidez. Do total da amostra a média de conhecimento global foi de 57,95%, o que corresponde a um nível Suficiente. Das que não utilizam a pílula (19) o conhecimento

médio é de 53,22%, das que utilizam a pílula (31) o conhecimento médio é de 60,84%. Apesar de a diferença não ser muito relevante, denota-se que os conhecimentos são influenciados pela prática de utilização da pílula.

Agradecimentos

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho de investigação.

E um agradecimento em particular á Enfermeira e Professora Conceição Guimarães pela orientação concedida que me ajudou bastante na realização deste projecto, nomeadamente no esclarecimento das minhas dúvidas e nos conselhos das melhores opções na concretização deste projecto.

Siglas

APF- Associação Para o Planeamento da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

DGS- Direcção Geral de Saúde

CO- contraceptivo oral

CHO- contraceptivo hormonal oral

POC- contraceptivo oral com progestagénio

COC- contraceptivo oral combinado

ITS – Infecções transmitidas sexualmente

SPSS – Statistical Program for Social Science

Abreviaturas

p.e.- por exemplo

p.- página

n - número

% - percentagem

ed.- edição

Índice

0.	Introdução.....	-1-
I.	Enquadramento teórico.....	-4-
	1.1 Sistema reprodutor feminino.....	-4-
	1.2 Órgãos reprodutores femininos.....	-5-
	1.3 Ciclo menstrual.....	-6-
	1.4 Hormonas sexuais femininas endógenas	-8-
	1.4.1 Esteróides sintéticos.....	-9-
	1.5 Contracepção Hormonal Oral.....	-10-
	1.5.1 Contraceptivo hormonal combinada (COC)	-11-
	1.5.2 Contraceptivo oral com progestagénio (POC)	-14-
	1.6 A sexualidade dos jovens	-15-
	1.7 Papel do Enfermeiro	-16-
II.	Fase metodológica.....	-19-
	2.1- Tema e justificação do tema	-19-
	2.2- Questões de investigação	-19-
	2.3- Objectivos do estudo	-20-
	2.4 Tipo de estudo.....	-21-
	2.5 População, Processo de amostragem e Amostra	-21-
	2.6 Variáveis de estudo	-22-
	2.7 Instrumento de colheita de dados.....	-22-
	2.8 Pré-teste	-23-
	2.9 Considerações éticas	-23-
	2.10 Tratamento dos dados.....	-25-
III.	Análise dos resultados	-27-
IV.	Discussão dos resultados.....	-42-
V.	Conclusão	-46-
	Bibliografia.....	-48-
	Anexos.....	-51-

Índice de Quadros

Quadro 1- Representação do mínimo, máximo, média, moda, mediana e desvio padrão da amostra..... - 27 -

Quadro 2- Representação percentual da amostra segundo o estado civil..... - 28 -

Quadro 3- Representação percentual da amostra segundo as habilitações literárias.. - 28 -

Quadro 4- Relação entre as variáveis início da actividade sexual e uso de método contraceptivo - 30 -

Quadro 5- Representação percentual da amostra segundo qual o método contraceptivo que utilizam - 30 -

Quadro 6- Representação percentual da amostra segundo “a razão porque utiliza a pílula” - 31 -

Quadro 7- Representação percentual da amostra segundo “há quanto tempo utiliza a pílula” - 32 -

Quadro 8- Representação percentual da amostra segundo “número de vezes por ano que se esqueceu de tomar a pílula” - 32 -

Quadro 9- Representação percentual da amostra segundo “onde adquire habitualmente a pílula” - 33 -

Quadro 10- Representação percentual da amostra segundo quem recomendou a pílula - 33 -

Quadro 11- Representação percentual da amostra relativamente a se teve formação/informação sobre a pílula durante o percurso escolar - 34 -

Quadro 12- Representação percentual da amostra (n=36) segundo onde obtiveram formação/informação sobre a pílula durante o seu percurso escolar..... - 34 -

Quadro 13- Representação percentual da amostra (n=14) segundo onde obtiveram informação sobre a pílula - 35 -

Quadro 14- Representação percentual da amostra segundo conhecimento “como se deve tomar a pílula” - 36 -

Quadro 15- Representação percentual das afirmações sobre a pílula - 38 -

Quadro 16- Representação percentual da amostra segundo o conhecimento global acerca
do contraceptivo hormonal oral - 40 -

Quadro 17- Representação percentual da amostra segundo o conhecimento global acerca
do contraceptivo hormonal oral de acordo se utilizam ou não CHO..... - 41 -

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Representação gráfica da amostra segundo a idade	- 27 -
Gráfico 2- Representação gráfica da amostra de acordo com início de actividade sexual	- 29 -
Gráfico 3- Representação gráfica da amostra de acordo com utilização de método contraceptivo	- 29 -
Gráfico 4- Representação gráfica da amostra (n=31) segundo a pílula que utilizam. -	31 -
Gráfico 5- Representação gráfica da amostra (n=50) segundo conhecimento acerca da eficácia da pílula.....	- 36 -
Gráfico 6- Representação gráfica da amostra segundo conhecimento acerca do efeito da pílula.....	- 37 -
Gráfico 7- Representação gráfica da amostra segundo conhecimento acerca do que se deve fazer quando se esquece de tomar a pílula.....	- 37 -

0. Introdução

A introdução da pílula revolucionou os métodos contraceptivos a nível mundial, tendo uma elevada taxa de sucesso hoje em dia. Actualmente, os contraceptivos hormonais orais são o método mais eficaz contra a gravidez, sendo utilizados por mais de 100 milhões de mulheres por todo o Mundo (FFUP. 2008).

Na opinião de Carl Djessari (2000), nada teve um impacto tão elevado a nível da sociedade como a criação dos contraceptivos orais, pois permitiu á mulher decidir de sua própria vontade, em relação a comportamentos e atitudes sexuais.

De acordo com Stubblefield (1996), a preferência de escolha do método contraceptivo varia consoante a idade da mulher. Sendo também influenciada por “factores pessoais, tais como idade, raça, educação, condições socioeconómicas e religião, e pela experiência com um método particular de anticoncepção” (Stubblefield. 1996 p.152).

Como aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, foi-nos proposto, no âmbito curricular da disciplina de Projecto de Graduação e Integração Profissional a elaboração de um trabalho de investigação incidindo num tema do nosso interesse. Por conseguinte, o tema escolhido por nós foi: Conhecimentos sobre contracepção hormonal oral e comportamentos de utilização das jovens adultas.

A preferência pelo tema deve-se ao facto de ser um assunto actual e bastante importante, pois, a pílula é o método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres, e considera-se pertinente perceber que conhecimentos e que comportamentos na prática do uso do contraceptivo hormonal oral possuem as jovens adultas.

Com a realização deste estudo pretendemos ainda aprofundar novos conhecimentos teóricos sobre o tema, desenvolver competências sobre a investigação e incrementar conhecimentos na área da investigação em Enfermagem.

Foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Que conhecimentos possuem as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, acerca da contracepção hormonal oral?
- Será que as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, utilizam adequadamente a contracepção hormonal oral?

Para esta investigação foram definidos os seguintes objectivos:

- Saber que conhecimentos possuem as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, sobre contracepção hormonal oral.
- Saber se as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, utilizam adequadamente a contracepção hormonal oral.
- Identificar as fontes de informação das jovens adultas, que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, sobre contracepção hormonal oral.
- Identificar quais os métodos contraceptivos mais utilizados pelas jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto.
- Identificar que tipos de contracepção hormonal oral (COC ou POC) utilizam as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto.

O tipo de estudo deste projecto de investigação é de carácter descritivo, inserido numa abordagem quantitativa. A amostra é constituída por um grupo de 50 jovens adultas com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, no período de 25 a 29 de Agosto de 2010, e o processo de amostragem é não probabilístico por conveniência ou acidental. As variáveis atributo em estudo são a idade, estado civil e habilitações literárias, as

variáveis em estudo são a utilização do contraceptivo hormonal oral pelas jovens adultas e o conhecimento das jovens adultas acerca do contraceptivo hormonal oral. O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi o questionário.

Este trabalho é constituído por cinco capítulos: o primeiro capítulo diz respeito à Fase conceptual (Enquadramento teórico) onde se efectua a revisão bibliográfica relativamente ao tema investigado; o segundo capítulo refere-se à Fase metodológica, onde se descreve a metodologia utilizada neste estudo, as questões de investigação, objectivos do estudo, tipo de estudo, população, processo de amostragem e amostra, variáveis em estudo, instrumento de colheita de dados, pré-teste, considerações éticas, e tratamento e análise de dados; o terceiro capítulo reporta-se à análise dos resultados através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Windows e do Microsoft Office Excel, sendo apresentado os resultados em forma de gráficos e quadros; o quarto capítulo é relativo à discussão dos resultados e o quinto capítulo refere-se à conclusão onde se efectuou uma síntese das principais conclusões deste trabalho de investigação.

I. Enquadramento teórico

De acordo com Fortin (2003 p.74):

“A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. (...) com o objectivo de delimitar um domínio de investigação (...) rever a literatura permite também examinar os instrumentos de medida e as técnicas de análise que podem ser apropriadas à investigação que se deseja empreender. Uma revisão da literatura mostra, portanto, um conjunto de trabalhos sobre um mesmo tema (...) é necessária em todas as etapas da conceptualização da investigação (...).”

1.1 Sistema reprodutor feminino

O hipotálamo tem função reguladora da acção secretora da hipófise. As hormonas libertadas pelo hipotálamo actuam sobre a adeno-hipófise, pelo sistema porta hipotálamo-hipófise de duas maneiras. No sistema reprodutor feminino a hormona mais importante produzida pelo hipotálamo é a hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

A glândula pituitária, ou hipófise, divide-se em lobo anterior (adeno-hipófise) e lobo posterior (neuro-hipófise). A neuro-hipófise é o local de armazenamento e secreção da oxitocina e da arginina vasopressina, esta última também conhecida por hormona antidiurética (ADH). As hormonas libertadoras, produzidas pelo hipotálamo, estimulam a adeno-hipófise a segregar hormonas, que por conseguinte, entram na rede capilar sendo transportadas pela grande circulação para os seus tecidos alvo. A adeno-hipófise, é responsável pela produção e secreção de hormonas essenciais para todo o sistema reprodutivo feminino, sendo elas a hormona folículo-estimulante (FSH), a hormona luteinizante (LH) e a prolactina. A prolactina estimula a secreção de leite pelas glândulas mamárias após o parto, aumenta o número de moléculas receptoras de FSH e LH nos ovários e estimula o aumento de secreção de progesterona pelos ovários após a ovulação (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

As gonadotrofinas, LH e FSH, como já antes referido, são sintetizadas e libertadas na adeno-hipófise, pela indução do péptido GnRH, produzido no hipotálamo. A LH e a FSH induzem o crescimento e a função das gónadas (ovários e testículos) estimulando a produção de gâmetas (óvulos e espermatozóides). Para além destas funções, também controlam a produção de estrogénios e progesterona nos ovários e testosterona nos testículos (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

De acordo com Schering (2001), o hipotálamo, a hipófise e os ovários conjuntamente constituem um sistema que regula as funções reprodutivas femininas.

Várias hormonas, já antes referidas, efectuem a troca de informações entre estes órgãos. Neste caso, o hipotálamo produz GnRH que induz a síntese e libertação da LH e FSH na hipófise que vão estimular o ovário a produzir hormonas sexuais, como o estrogénio e a progesterona. Estas hormonas sexuais influenciam o sistema hipotálamo-hipófise-ovários através de um mecanismo de feedback.

1.2 Órgãos reprodutores femininos

Os ovários possuem numerosos folículos ováricos, cada um contendo um oócito. Estes oócitos desenvolvem-se de forma a se tornarem passíveis de serem fertilizados todos os meses (Schering. 2001). O mesmo autor atribui duas funções aos ovários, que são: a produção do oócito secundário ou óvulo, ou seja, oogénese e a produção das hormonas sexuais.

Anatomicamente, existem duas Trompas de Falópio, uma de cada lado do útero e cada uma associada a um ovário (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

Após a ovulação, as trompas de Falópio recebem o óvulo do ovário e transportam-no até ao útero. É também nas trompas de Falópio, que ocorre a concepção entre o óvulo e o espermatozóide, dando origem ao ovo ou zigoto (Schering. 2001).

O útero é um órgão muscular, constituído por duas partes: corpo do útero e colo do útero (Schering. 2001). A parede uterina é constituída por três camadas: perimétrio, endométrio, local onde ocorre a nidação, e miométrio, que é uma camada muscular (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

O canal cervical encontra-se revestido por uma mucosa que contém as glândulas mucosas cervicais. Estas glândulas produzem o muco cervical, que preenche o canal cervical (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003). Este muco cervical actua como barreira aos espermatozóides e microorganismos patogénicos, devido á sua densa rede de filamentos, formando um rolhão espesso (Schering. 2001). No entanto, na altura da ovulação, a consistência do muco diminui, facilitando a passagem dos espermatozóides da vagina para o interior do útero (Manual Merck. 2004).

A vagina é um órgão muscular, que se estende desde o útero até ao exterior e tem como funções: receber a penetração do pénis, permitir a saída do fluxo menstrual e permitir o nascimento (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003). A secreção vaginal, de característica ácida, confere protecção contra microorganismos patogénicos e confere um ambiente desfavorável aos espermatozóides (Schering. 2001).

1.3 Ciclo menstrual

Segundo o Manual Merck (2004) os anos reprodutivos da mulher vão desde o início da menarca (primeira menstruação) até à menopausa e cada ciclo menstrual varia entre 21 a 40 dias e somente 10% ou 15% duram exactamente 28 dias. Define também, a menstruação como o desprendimento do endométrio associado a hemorragia, que acontece mensalmente e de forma cíclica, sendo que, o primeiro dia da hemorragia estabelece o início de cada ciclo, que termina antes da menstruação seguinte.

Em concordância com o parágrafo anterior, Heffner (2001) define o ciclo menstrual como alterações cíclicas e mensais ocorridas no eixo hipotálamo-hipófise-ovário com o intuito de produzir gâmetas e de proporcionar um ambiente uterino capaz de suportar

uma gravidez, caso ocorra fecundação. Quando não ocorre concepção, este ciclo mensal termina em hemorragia menstrual.

Mensalmente e de forma cíclica ocorre o processo de maturação folicular, ou seja, os folículos ovários começam a amadurecer num dos ovários e inicia-se o processo de desenvolvimento do corpo lúteo (Schering. 2001).

De acordo com o Manual Merck (2004), o ciclo menstrual pode ser dividido em 3 fases: fase folicular, fase ovulatória e fase luteínica. No entanto outros autores dividem o ciclo menstrual em outras fases, tal como Heffner (2001), que distingue o ciclo menstrual em 4 fases, a fase folicular, a fase ovulatória, a fase luteínica e a fase menstrual. Selley, Stephens, Tate (2005) e Schering (2001) dividem o ciclo menstrual em duas fases, a fase folicular e a fase luteínica.

Com o início da puberdade aumenta a secreção de FSH pela hipófise, que faz estimular o desenvolvimento de folículos primordiais. Estes folículos são convertidos em folículos primários (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

Quando o ócito primário aumenta de volume, as células granulosas que revestem o ócito, aumentam de tamanho. Entre estas células e o ócito primário, existe uma camada, designada de zona pelúcida (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

Alguns folículos primários tornam-se em folículos secundários à medida que se vão desenvolvendo. Neste estadio, as células granulosas dividem-se dando origem a várias camadas, rodeadas por uma membrana. À medida que o folículo secundário cresce, forma-se a teca, na superfície externa da membrana. A teca interna e as células da granulosa são os locais de produção de estrogénio (Schering. 2001).

Com o crescimento do folículo secundário, os espaços intersticiais preenchem-se de líquido folicular, segregadas pelas células da granulosa, tornando-se em folículo de Graaf ou folículo maduro. Só um folículo de Graaf sofre ovulação, sendo que, os outros degeneram (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

A fase folicular é assim designada devido ao desenvolvimento característico dos folículos nos ovários (Manual Merck. 2004). Na fase de folículo de Graaf, a ruptura do folículo pelo oócito secundário denomina-se por ovulação (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

A fase ovulatória tem início com o aumento da LH e caracteriza-se pela libertação do óvulo, que ocorre 16 a 32 horas após o aumento da mesma. Só um dos ovários, ao acaso, é que liberta o óvulo uma vez por mês (Manual Merck. 2004).

Após a ovulação, o resto do folículo colapsa, dando origem ao corpo lúteo ou corpo amarelo. As células da granulosa e da teca interna iniciam a produção de hormonas sexuais, maioritariamente, a progesterona (Schering. 2001).

De acordo com Manual Merck (2004), a progesterona provoca aumento da temperatura corporal durante a fase luteínica. Este aumento da temperatura serve como ponto de referência do momento da ovulação.

Caso não ocorra fecundação do óvulo libertado, o corpo lúteo mantém-se funcional por 10 a 12 dias, começando então a degenerar, e conseqüentemente a produzir menos hormonas sexuais, dando origem ao corpo branco (corpo albicans) (Selley, R; Stephens, T; Tate, P. 2003).

1.4 Hormonas sexuais femininas endógenas

As hormonas sexuais femininas são compostos orgânicos esteróides produzidos pelas glândulas sexuais e dividem-se em estrogénios e epogestagénios.

Os estrogénios são produzidos nos folículos ováricos, actuando a: nível uterino fazendo proliferar as células endometriais; a nível das glândulas mamárias contribuindo para o seu desenvolvimento glandular; na adeno-hipófise e hipotálamo, provocando resposta de feedback positivo antes da ovulação, aumentando a secreção de LH e FSH, ou

provocando resposta de feedback negativo, em conjunto com a progesterona, após a ovulação, diminuindo a secreção de LH e FSH.

A progesterona ou hormona luteínica é o progestagénio endógeno mais potente (Schering, 2001). A progesterona inibe o crescimento folicular adicional nos ovários, na fase luteínica. E exerce um efeito inibitório no hipotálamo e hipófise, provocando a diminuição de LH e FSH.

1.4.1 Esteróides sintéticos

As hormonas sexuais endógenas têm uma semi-vida curta, sendo metabolizados facilmente ao nível do fígado. São transformados em compostos hidrossolúveis e posteriormente eliminados rapidamente por via renal. Portanto, houve necessidade de se formar hormonas esteróides sexuais na forma sintética, mais resistentes á inactivação metabólica e com maior potência de acção (Meirinho, M. 2001).

E assim, com a criação sintética de hormonas, houve oportunidade de se criar os contraceptivos hormonais, constituídos por estas substâncias sintéticas.

O estrogénio sintético mais utilizado é o etinil-estradiol, derivado do estradiol. É idêntico aos estrogénios humanos, comparativamente ao espectro de acção, pelo que, tem influência no sistema hipotálamo-hipófise e actuam nos órgãos genitais (Schering, 2001).

Os progetagénios mais utilizados na contracepção hormonal são derivados da 17-hidroxi-progesterona ou da 19-nor-testosterona (Meirinho, M. 2001). Os progestagénios sintéticos, tal como a progesterona humana, inibem o sistema hipotálamo-hipófise e influenciam os órgãos genitais, exercendo um efeito antiestrogénico (Schering, 2001).

1.5 Contracepção hormonal oral

“...a pílula anticoncepcional (...) foi criada por um químico (...) nos laboratórios de pesquisa de uma pequena companhia farmacêutica mexicana, Syntex S.A.” (Carl Djessari. pg.7) em 1951. Mas só no “ dia 11 de Maio de 1960, (...) em Washington, se permitiu o uso deste esteróide sintético para fins contraceptivos.” (Carl Djessari. p.7).

“Introduzidos em Portugal em 1962, os primeiros métodos contraceptivos hormonais (pílula) eram prescritos com fins estritamente terapêuticos” (Sexualidade & planeamento familiar. 2007).

A dosagem de estrogénios e progestagénios, na altura, eram excessivas. Os contraceptivos de 1ª geração, contém dosagens de estrogénios superiores a 50 mcg, os de 2ª geração contém de 30 a 35 mcg, os de 3ª geração contém entre 20 e 30 mcg, e os de 4ª geração contém 15 mcg (Meirinho, M. 2001). Como se pode constatar, houve uma tendência em produzir contraceptivos orais com doses reduzidas de estrogénios e progestagénios, com o objectivo de diminuir os efeitos adversos.

De acordo com a DGS (2008), existem dois tipos de contracepção hormonal oral. O contraceptivo oral combinado (COC) e o progestativo oral (POC).

O CHO apresenta um alto nível de eficácia, se usado correctamente, regularmente e continuamente:

“Combinado (COC): 0,1-1 gravidezes por ano em cada 100 mulheres
Progestativo (POC): 1,15 gravidezes por ano em cada 100 mulheres” (APF. 2010)

Para a OMS (2009), o contraceptivo hormonal oral é um dos melhores métodos contraceptivos com uma taxa de falha de 0.1-0.4 por 100 mulheres-ano de uso e não há evidência que os COC sejam mais seguros ou mais eficazes que os POC.

Ainda de acordo com a OMS (2004), existem critérios de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos, que se dividem em, categoria 1, que se classifica em “uma condição para a qual não há restrição quanto ao uso do método Anticoncepcional”; categoria 2, que se classifica em “uma condição em que a vantagem de utilizar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados” e; como contra-indicações, que incluem a categoria 3, que corresponde a “uma condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método”, e, categoria 4, que corresponde “uma condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja utilizado”.

Segundo Meirinho (2001), a aceitabilidade dos CO's depende de três factores conjuntamente, que são, a capacidade de inibição da ovulação, a incidência de efeitos adversos metabólicos, e, o controlo de hemorragia uterina.

1.5.1 Contraceptivo oral combinado (COC)

O COC contém doses reduzidas de hormonas, podendo ser usado desde a adolescência até á menopausa. É uma pílula composta por etinil-estradiol e um progestagénio (DGS. 2008).

De acordo com Meirinho (2001) o COC pode ser classificado em:

- Monofásico - contém estrogénio e progestagénio em doses constantes.
- Bifásico - os primeiros onze comprimidos da embalagem contém uma pequena quantidade de progestagénio, elevando na segunda metade nos outros dez comprimidos. O estrogénio mantém-se em dose fixa durante todo o ciclo de utilização.
- Trifásico - as doses de estrogénio e progestagénio possuem diferentes combinações em três etapas do ciclo, de vinte e um dias. Assim sendo, nos primeiros seis dias do ciclo as doses das substâncias são reduzidas. Nos cinco

comprimidos seguintes as doses aumentam de ambas as substâncias. Nos dez últimos comprimidos do ciclo, a dose de progestagénio aumenta, enquanto a dose de estrogénio diminui para o nível inicial do ciclo.

O COC actua ao nível do sistema hipotálamo-hipófise, ao nível dos ovários e, ao nível do endométrio-colo uterino. O principal mecanismo de acção consiste ao nível da ovulação, inibindo-a (anovulação). Como existe indução de níveis de estrogénio elevados e constantes, ocorre um feedback negativo da secreção de gonadotrofinas. Consequentemente acontece inibição da maturação folicular, isto é, do desenvolvimento das células da teca e granulosa e de receptores para a LH e FSH.

Consequentemente há uma redução da síntese de estrogénios endógenos, como tal não ocorre o estímulo que provoca o pico de LH para indução da ovulação. Ocorrendo a anovulação, não acontece a formação de um corpo lúteo e, consequentemente, não há produção de progesterona na segunda metade do ciclo (Schering, 2001).

Outro mecanismo de acção consiste no espessamento do muco cervical, impedindo a espermomigração (Heffner, L. 2001).

O COC está indicado quando a mulher deseja um método contraceptivo com elevada taxa de eficácia e quando se pretende obter outros benefícios para além da prevenção de uma gravidez (DGS, 2008).

A DGS (2008) refere como vantagens para a utilização do COC: elevada eficácia contraceptiva; não ter interferência na relação sexual; regulariza os ciclos menstruais; melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorreia; contribui para a prevenção da Doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica, cancro do ovário e do endométrio, quistos funcionais do ovário, doença fibroquística da mama; e não altera a fertilidade, após a suspensão do método.

A mesma entidade de saúde refere como desvantagens: a obrigação no compromisso da mulher para a toma diária da pílula; não protege contra as ITS; se utilizado durante a amamentação, pode afectar a quantidade e qualidade do leite materno.

De acordo com a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001), quando há esquecimento da toma de um comprimido dentro das 12h do horário habitual, convém tomá-lo imediatamente, sem deixar de tomar a pílula desse dia, não sendo necessária contracepção suplementar. Se há esquecimento, para além das 12h, não se toma o comprimido esquecido, continuando o resto da embalagem, utilizando durante 7 dias outro método contraceptivo associado, como p.e. o preservativo, pois o efeito contraceptivo já não se encontra garantido.

Se recomeçar uma nova embalagem depois do dia previsto, existe maior risco de gravidez. Se nos 5 dias antes tiver havido relações sexuais, deve-se considerar a utilização de contracepção de emergência. E utilizar durante 7 dias outro método contraceptivo associado (DGS. 2008).

As reacções adversas medicamentosas, podem ser definidas, segundo a Infarmed (2010) como “qualquer resposta prejudicial e não desejada a um medicamento que ocorre com doses habitualmente usadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento ou para modificação de funções fisiológicas e em que existe uma suspeita de nexo de causalidade entre a ocorrência adversa e a utilização do medicamento.”

De acordo com a Infarmed (2010), os estrogénios são responsáveis pela ocorrência de cefaleias, irritabilidade, fadiga, náuseas e vômitos (habituais nos primeiros dias, desaparecendo rapidamente), cólicas abdominais, retenção hídrica, congestão varicosa e mastodínia. Enquanto que os progestagénios provocam tendências depressivas, hirsutismo (crescimento excessivo de pêlos), diminuição da libido, alteração do peso corporal, com tendência para o seu aumento, e aparecimento de acne. Estes efeitos adversos normalmente desaparecem ao fim de alguns ciclos menstruais, e com a continuidade do uso do COC.

Para além dos efeitos adversos já mencionados e, segundo a DGS (2008), os COC podem provocar alteração do fluxo menstrual (diminuição da quantidade e da duração do fluxo menstrual), spotting (ligeiras perdas de sangue, que ocorrem nos primeiros ciclos de utilização do COC, mas que desaparecem naturalmente), amenorreia (ocorre aquando utilização do COC com dosagem muito baixa de estrogénio) e quistos foliculares do ovário (aquando a utilização do COC com dosagem muito baixa de estrogénio).

O COC deve-se iniciar no 1º dia do ciclo menstrual, ou até ao 5º dia, não necessitando, de se complementar com outro método contraceptivo. Em situações específicas, pode ser iniciada em qualquer dia do ciclo menstrual, desde que a mulher não esteja grávida, e com associação com outro método contraceptivo nos primeiros 7 dias. O COC deve ser tomado diariamente e sempre à mesma hora, durante 21 dias. Com interrupção de 7 dias, antes de recomeçar nova embalagem (DGS. 2008).

1.5.2 Contraceptivo oral com progestagénio (POC)

Este tipo de contraceptivo oral é vulgarmente conhecido por minipílula. Segundo a DGS (2008) está indicada quando os estrogénios estão contra-indicados; quando se pretende obter outros benefícios, para além da sua acção contraceptiva, como p.e. alívio da dismenorreia; na peri-menopausa em algumas mulheres e durante o aleitamento materno.

Como vantagens a DGS (2008) refere: elevada eficácia contraceptiva; prevenção da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), cancro do ovário e do endométrio, e doença fibroquística da mama; pode ser utilizado durante o período de amamentação, e não altera a fertilidade após a suspensão do método.

A mesma entidade de saúde refere como desvantagens a obrigação no compromisso da mulher para a toma diária da pílula; não protege contra as ITS; está associada com irregularidades do ciclo menstrual; se tomada incorrectamente pode resultar em gravidez com maior facilidade do que com a COC.

Os POC apresentam como reacções adversas (DGS. 2008): cefaleia simples, enxaqueca, náuseas e vómitos (habituais nos primeiros dias, desaparecendo rapidamente), spotting, amenorreia, alteração do peso (ocorre aumento de peso, associado ao aumento de apetite), quistos foliculares do ovário (pode verificar-se um aumento dos folículos ováricos).

A utilização de POC é semelhante à COC, com a diferença de que, no caso do POC, não há interrupção entre cada embalagem. Caso haja esquecimento da toma de POC, deve-se actuar da mesma maneira que o COC. Pois, “apesar dos métodos com progestativo actuarem no muco cervical ao fim de 48 horas, a inibição da ovulação só fica estabelecida ao fim da toma de 7 comprimidos (...).” (DGS. 2008 p.18).

O modo de actuação do POC é igual ao COC, ou seja, o seu mecanismo de acção consiste no espessamento do muco cervical, impedindo a migração dos espermatozoides para o local de fecundação, na alteração do endométrio, impedindo a implantação dos óvulos (Heffner, L. 2001) e, na inibição da ovulação (DGS. 2008).

1.6 A sexualidade dos jovens

A IPPF (2010) define a sexualidade como “o conhecimento sexual, crenças, atitudes, valores e comportamentos dos indivíduos. As suas dimensões incluem a anatomia, fisiologia e bioquímica do sistema de resposta sexual, identidade, orientação, funções e personalidade e pensamentos, sentimentos e relacionamentos. A expressão da sexualidade é influenciada pela ética, respeito espiritual, cultural e moral.”

A Organização Mundial da Saúde (OMS) *cit in* Programa Nacional de Saúde dos Jovens (2006) considera população juvenil ao conjunto de indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos, sendo os adolescentes os indivíduos entre os 10 e 19 anos e os jovens os indivíduos entre os 15 e 24 anos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística no 4º inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, “43,5% das mulheres entre os 15 e 55 anos (ou seus maridos ou

companheiros) não utilizavam qualquer método contraceptivo. A pílula destacou-se como o método contraceptivo mais utilizado (65,9%), seguindo-se o preservativo (13,4%) e o dispositivo intra-uterino (8,8%).” Ou seja, a pílula é o método contraceptivo mais utilizado no nosso país. Concluíram ainda que 22,9% das mulheres não faziam vigilância dos métodos contraceptivos utilizados, sendo que quando efectuavam vigilância dos mesmos, 23,7% realizavam no consultório/clínica privada e 45,5% em Centros de Saúde.

Segundo este inquérito, das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, 39,3% não utilizam qualquer método contraceptivo, e 60,7 % utilizam métodos contraceptivos.

Em concordância com este inquérito, foi realizado um estudo, em 2005, intitulado de “avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal” pela Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) que concluiu que 70% das portuguesas utilizavam a pílula. Neste mesmo estudo, verificou-se que as jovens dos 15-19 anos 43,7% utilizavam a pílula e 20,0% utilizavam a pílula mais o preservativo. E que dos 20-29 anos 67,3% utilizavam a pílula e 14,7% utilizavam a pílula mais o preservativo.

1.7 Papel do enfermeiro

Segundo a DGS (2001) as consultas de planeamento Familiar devem:

“(…) assegurar, também, outras actividades de promoção da saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das DTS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.”

Qualquer mulher que decida em conformidade com o seu médico começar a utilizar como método contraceptivo, o contraceptivo hormonal oral, deve proceder a um exame físico, e outros exames, quando necessário, bem como divulgar a sua história clínica. O exame físico é importante, não devendo descurar-se da avaliação da Tensão Arterial, do peso e altura, do exame mamário e ginecológico (DGS. 2008).

A história clínica da mulher é importante para a escolha correcta do contraceptivo hormonal. O Enfermeiro deve recolher todos os antecedentes relevantes que possam interferir na decisão do contraceptivo hormonal oral mais adequado e incentivar a mulher a efectuar os rastreios do cancro da mama e do cancro do colo do útero.

O Enfermeiro na consulta deve esclarecer qualquer dúvida inerente ao uso da pílula e providenciar o método contraceptivo receitado verificando sempre os conhecimentos sobre a sua correcta utilização. No caso de utentes de longa data, deve fornecer o CO para um período alargado, no mínimo 6 meses (DGS. 2008).

O Enfermeiro deve advertir a utente dos possíveis efeitos adversos do CHO, informar do aparecimento destes efeitos e do seu carácter transitório, que ocorrem normalmente nos primeiros 3 meses de utilização, de maneira a que a utente seja incentivada a não suspender o método por sua iniciativa (DGS. 2008).

O Enfermeiro deve informar sobre os efeitos terapêuticos da pílula, para além do seu elevado efeito contraceptivo, e, reforçar a necessidade de tomar o CO de forma regular, e como proceder em caso de esquecimento da toma de uma pílula. O Enfermeiro deve ainda informar que não existe nenhuma vantagem na interrupção periódica da pílula, e que tal prática aumenta o risco da utente engravidar, não reduz os efeitos secundários e não altera a fertilidade futura da mulher. A utilizadora da pílula que pretenda engravidar, é recomendada que o deve fazer após uma menstruação espontânea, depois da interrupção da pílula (DGS. 2008).

De acordo com a DGS (2008) as consultas devem ser efectuadas cerca de 3 meses após o início do CO, seguindo-se de uma consulta anual ou de acordo com os factores de risco associados à utilizadora, e quando surge complicações. As consultas devem ter como objectivos a motivação para a continuidade do método, verificar se a utilização é correcta e detectar possíveis complicações inerentes ao uso do CO. Nestas consultas é importante avaliar a adequação do método, ou seja, avaliar o grau de satisfação da utilizadora, avaliar a existência de efeitos adversos, avaliar a regularidade dos ciclos e avaliar a existência de ocorrências de esquecimento da toma do CO.

O Enfermeiro na consulta incentiva à mudança de comportamentos ou atitudes de risco dos jovens adultos de modo a promover uma vida sexual e reprodutiva saudável.

Todas estas informações, devem ser transmitidas de forma clara, objectiva e adaptada à linguagem e capacidade de compreensão da utilizadora do CO, de modo a que se assegure que a informação transmitida foi compreendida.

II. Fase metodológica

A fase metodológica é uma etapa essencial num projecto de investigação. Segundo Fortin (2003. p.40) é na fase metodológica que:

“(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (...) O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados”.

Estas determinações metodológicas possuem importância para assegurar a fiabilidade e qualidade dos resultados de investigação (Fortin, M. 2003).

Assim, neste capítulo iremos definir as questões de investigação, os objectivos do estudo, o tipo de estudo, a população, processo de amostragem e amostra, as variáveis do estudo, instrumento de colheita de dados, pré-teste, considerações éticas e tratamento de dados.

2.1 Tema e justificação do tema

O tema escolhido para este trabalho de investigação foi a contracepção hormonal oral. Consideramos ser pertinente realizar este estudo pelo facto de ser um método contraceptivo bastante utilizado por grande parte das mulheres, e o que se pretende é saber que conhecimentos as jovens possuem acerca da contracepção hormonal oral e identificar as suas práticas na utilização da mesma.

2.2 Questões de investigação

Segundo Fortin (2003 p.101):

“As questões de investigação (...) decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar. (...) A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.”

As questões de investigação deste estudo são as seguintes:

- Será que as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, possuem conhecimentos sobre contracepção hormonal oral?
- Será que as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, utilizam adequadamente a contracepção hormonal oral?

2.3 Objectivos do estudo

Para Fortin (2003 p.100) “O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, população alvo e a orientação da investigação.”.

Esta investigação tem como objectivos:

- Saber que conhecimentos possuem as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, sobre contracepção hormonal oral.
- Saber se as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, utilizam adequadamente a contracepção hormonal oral.
- Identificar as fontes de informação das jovens adultas, que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, sobre contracepção hormonal oral.
- Identificar quais os métodos contraceptivos mais utilizados pelas jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto.
- Identificar que tipo de contracepção hormonal oral (COC ou POC) utilizam as jovens adultas que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto.

2.4 Tipo de estudo

O tipo de estudo utilizado neste trabalho de investigação é de carácter descritivo de abordagem quantitativa.

Para Fortin (2003) a investigação descritiva realiza-se num contexto exploratório, isto é, o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas, são desconhecidas do investigador.

Segundo Fortin (2003) a abordagem quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

2.5 População, Processo de Amostragem e Amostra

A População é definida por Fortin (2003 p.202) como “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” A população deste estudo é constituída por raparigas jovens adultas com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto.

O Processo de Amostragem neste estudo é não probabilístico por conveniência ou acidental, os casos estão facilmente disponíveis e presentes num determinado local (Fortin, 2003).

Fortin (2003 p.202) define amostra como sendo “um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) as características da população devem estar na amostra seleccionada.” Neste estudo, a amostra é constituída por um grupo de 50 jovens adultas com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, no período de 25 a 29 de Agosto de 2010.

2.6 Variáveis do estudo

Segundo Kerlinger *cit in* (Fortin, M. 2003 p.36) as variáveis são definidas como: “(...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (...)”.

Fortin (2003 p.37) define variáveis de atributo como “as características dos sujeitos num estudo (...)”, ou seja, neste estudo são variáveis de atributo a idade, estado civil e habilitações literárias.

Nesta investigação as variáveis em estudo são:

- A utilização do contraceptivo hormonal oral pelas jovens adultas.
- O conhecimento das jovens adultas acerca do contraceptivo hormonal oral.

2.7 Instrumento de colheita de dados

De acordo com Fortin (2003 p.240):

“Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”

Neste estudo o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário. Segundo Fortin (2003 p.249) “o questionário é um dos métodos de colheita dos dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos.”.

O questionário utilizado neste estudo (Anexo 1) é constituído por 3 partes. A primeira parte refere-se à caracterização da amostra (idade, estado civil e habilitações literárias); na segunda parte, designada de Comportamentos, é constituída por 8 questões acerca da vida sexual e do uso do contraceptivo hormonal oral, em que é dada hipótese de não

responder às questões 4,5,6,7 e 8 se a inquirida não utilizar contraceptivo hormonal oral, passando automaticamente para a terceira parte do questionário, que se destina a avaliar os conhecimentos das inquiridas acerca do contraceptivo hormonal oral. Para avaliação dos conhecimentos, foi atribuído 10 pontos a cada resposta assinalada correcta, relativamente à questão 2 e 4; 7,5 pontos a cada resposta assinalada correcta, relativamente à questão 3 e 5 e 50 pontos à questão 6, perfazendo um total de 100 pontos. A pontuação foi transformada numa escala percentual para facilitar a análise de dados. Assim, às cotações de 0% a 25% designou-se de Mau conhecimento, de 26% a 50% de conhecimento Insuficiente, de 51% a 65% de conhecimento Suficiente, de 66% a 79% de conhecimento Bom, de 80% a 90% de conhecimento Muito Bom e de 91% a 100% de conhecimento Excelente.

2.8 Pré-teste

Para Fortin (2003, pág253):

“O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões. (...) Em suma o pré teste tem por objectivo principal avaliar a eficácia e pertinência do questionário (...)”.

Para este estudo, o pré-teste foi aplicado a dez jovens adultas com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto. Após a realização do pré-teste verificou-se que foi necessário alterar algumas questões para se tornar mais compreensível. Estes questionários não foram incluídos na amostra em estudo.

2.9 Considerações éticas

Em qualquer investigação científica deve-se ter em conta os direitos e liberdade dos inquiridos. Portanto, aquando a realização da colheita de dados teve-se em consideração questões éticas. Segundo Fortin (2003 p.116):

“(…) é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos 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”.

Sendo assim, ao longo da investigação foram respeitados os seguintes direitos fundamentais das pessoas:

Direito à autodeterminação:

“(…) baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Decorre deste princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação.” (Fortin, M. 2003 p.116).

Como tal, foi referenciado às inquiridas que participam no estudo o seu direito de decidir livremente a sua participação ou não na investigação.

Direito à intimidade:

“(…) liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas” (Fortin, M. 2003 p.117).

Aquando a realização dos questionários foram tomadas todas as medidas de modo a respeitar a intimidade das inquiridas bem como tiveram a liberdade de decidir sobre o preenchimento ou não da totalidade do questionário.

Direito ao anonimato e à confidencialidade:

“O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associado às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser

apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação.” (Fortin, M. 2003 p.117).

Como tal, neste estudo a identidade dos participantes foi conservada na medida em que os resultados foram apresentados de forma a que nenhuma das inquiridas tenha a possibilidade de ser identificada.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo:

“ (...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. (...) é baseado no principio do beneficio segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem estar da pessoa e dos que o rodeiam” Frankena (1973) *cit in* Fortin, M. (2003 p.118).

Neste estudo, não se correram quaisquer riscos de desconforto ou prejuízo para as inquiridas em causa.

Direito a um tratamento justo e equitativo:

“(...) ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo” Polit e Hungler (1995) *cit in* Fortin, M. (2003 p.119).

Todas as inquiridas tiveram acesso a estes dados no início do questionário sendo assim respeitado este direito.

2.10 Tratamento dos dados

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0 para Windows e pelo Microsoft Office Excel 2007.

O tratamento estatístico engloba as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e frequência relativas e percentagens. A apresentação dos resultados obtidos será feita através de quadros e gráficos.

III. Análise dos resultados

Caracterização da amostra

3.1 Idade

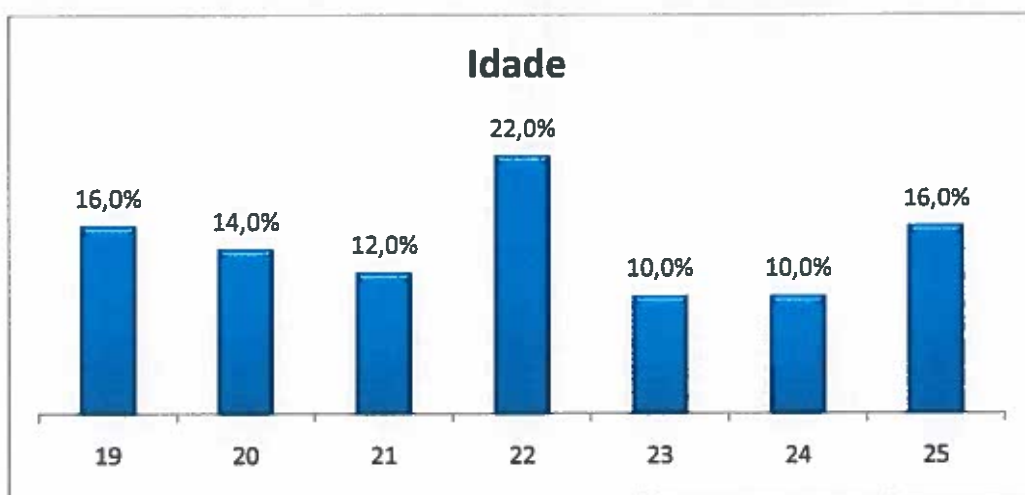


Gráfico 1- Representação gráfica da amostra segundo a idade

De acordo com o Gráfico 1, verifica-se que 22,0% da amostra tem 22 anos, 16,0% tem 19 anos e 25 anos, 14,0% tem 20 anos, 12,0% tem 21 anos, 10,0% têm 23 anos e 24 anos.

	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Mínima	Máxima
Idade	21,90	22,00	22	2,033	19	25

Quadro 1- Representação do mínimo, máximo, média, moda, mediana e desvio padrão da amostra

Através da análise do Quadro 1 verifica-se que a idade média da amostra é de 21,90 anos. O valor da mediana é de 22,00, o valor da moda é de 22 e o desvio padrão é 2,033. A idade mínima da amostra é de 19 anos e a máxima é de 25 anos.

3.2 Estado civil

Estado civil	Frequência	%
Solteira	45	90,0
Casada	5	10,0
Total	50	100,0

Quadro 2- Representação percentual da amostra segundo o estado civil

De acordo com o Quadro 2 verifica-se que a amostra é maioritariamente solteira correspondendo a 90,0% e que 10,0% é casada.

3.3 Habilitações literárias

Habilitações literárias	Frequência	%
4º ano	1	2,0
9º ano	7	14,0
12º ano	21	42,0
Licenciatura	19	38,0
Mestrado	2	4,0
Total	50	100,0

Quadro 3- Representação percentual da amostra segundo as habilitações literárias

Através da análise do Quadro 3 verifica-se que das 50 raparigas da amostra: 42,0% têm o 12º ano, 38,0% têm Licenciatura, 14,0% têm o 9º ano, 4,0% têm Mestrado e 2,0% têm o 4º ano.

3.4 Comportamentos na utilização do CHO

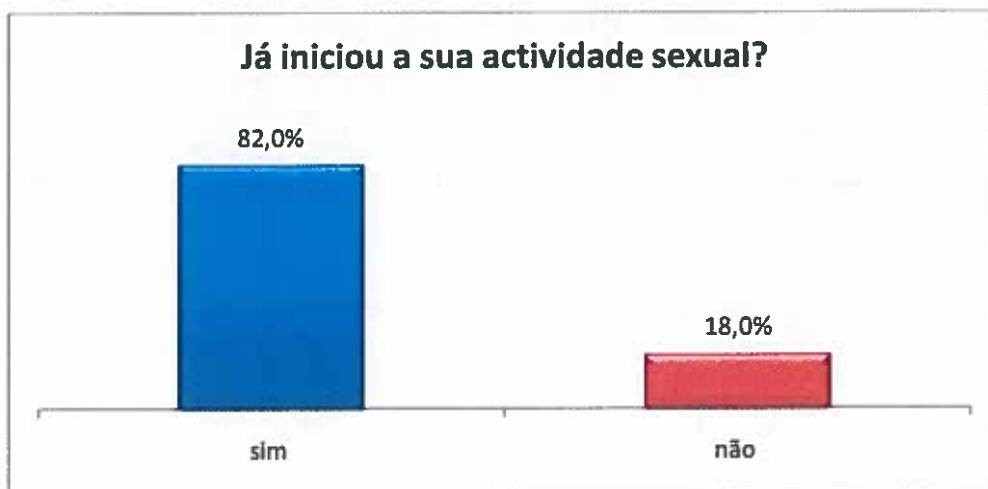


Gráfico 2- Representação gráfica da amostra de acordo com início de actividade sexual

Pela análise do Gráfico 2 verifica-se que 82,0% das inquiridas referem que já iniciaram vida sexual e 18,0% referem que não.

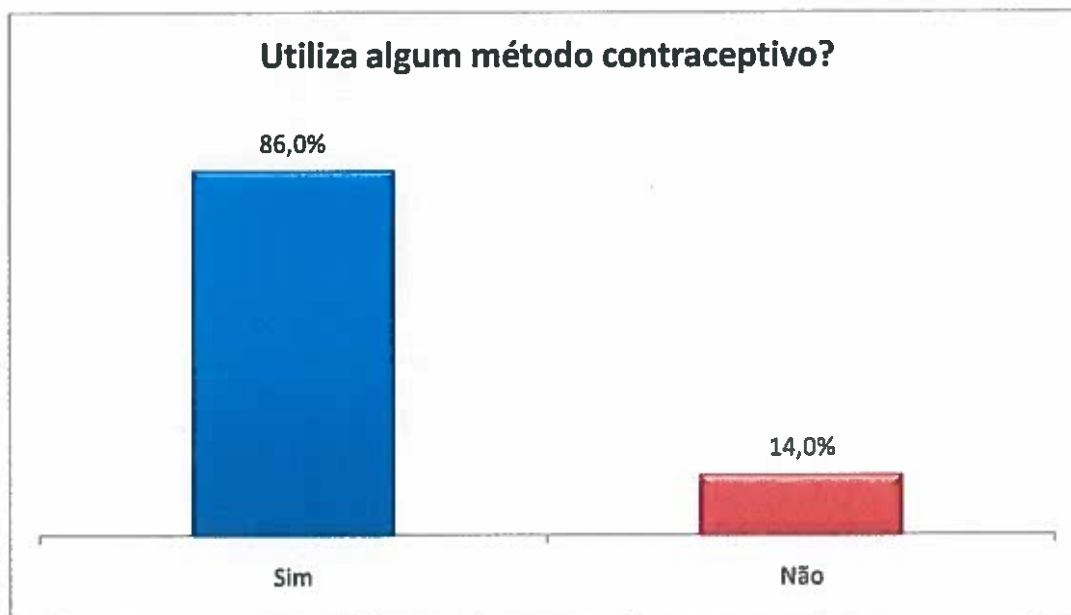


Gráfico 3- Representação gráfica da amostra de acordo com utilização de método contraceptivo

Pela observação do Gráfico 3 constata-se que 86,0% da amostra utiliza método contraceptivo e 14,0% não utiliza.

		Utiliza algum método contraceptivo?		Total
		Sim	Não	
Já iniciou a sua actividade sexual?	Sim	N	39	41
		%	78,0%	82,0%
	Não	N	4	9
		%	8,0%	18,0%
Total	N	43	50	
	%	86,0%	100,0%	

Quadro 4- Relação entre as variáveis início da actividade sexual e uso de método contraceptivo

De acordo com o Quadro 4, verifica-se que de 82,0% das inquiridas que já iniciaram actividade sexual, 78,0% utiliza método contraceptivo e 4,0% não utilizam nenhum método contraceptivo. De 18,0% das inquiridas que não iniciaram actividade sexual, 8,0% utilizam um método contraceptivo e 10,0% não utilizam. No total da amostra 86,0% utilizam método contraceptivo e 14,0% não utilizam.

Método contraceptivo	Frequência	%
Preservativo	9	20,9
Pílula	19	44,2
DIU	1	2,3
Métodos naturais	2	4,7
Pílula e preservativo	12	27,9
Total	43	100,0

Quadro 5- Representação percentual da amostra segundo qual o método contraceptivo que utilizam

Da totalidade da amostra que respondeu que utiliza método contraceptivo (43) verifica-se pela observação do Quadro 5, que 44,2% utilizam apenas a pílula, 27,9% utilizam a pílula e o preservativo conjuntamente, 20,9% utilizam apenas preservativo, 4,7% utilizam métodos naturais e 2,3% utiliza o DIU.

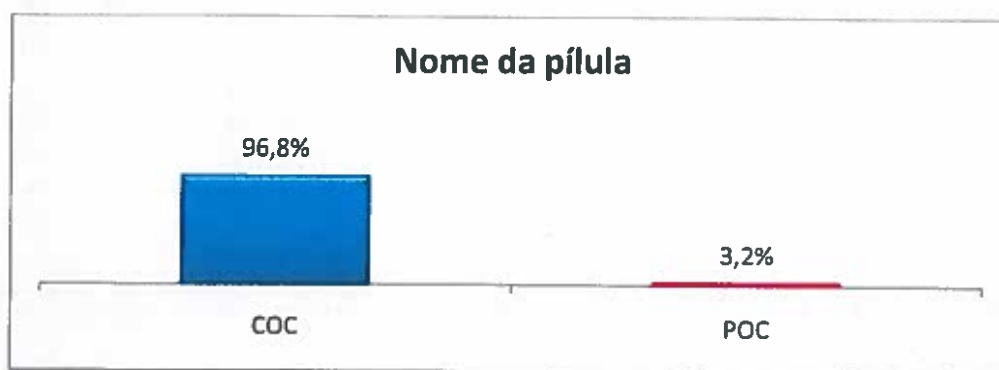


Gráfico 4- Representação gráfica da amostra (n=31) segundo a pílula que utilizam

De acordo com o Gráfico 4, das 31 inquiridas que responderam que utilizavam pílula (Quadro 5), 96,8% utilizam o contraceptivo oral combinado (as inquiridas referem Minigeste, Minulet, Harmonet, Yaz, Diane-35, Yasmin, Valette, Yasminelle, Gynera e Mercilon) e 3,2% refere utilizar o contraceptivo oral com progestagénio (Cerazette).

Porque razão utiliza a pílula?	Frequência	%
Para prevenir a gravidez	9	29,0
Para outros fins terapêuticos (reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual)	5	16,1
Para proteger das doenças sexualmente transmissíveis	0	0,0
Outros	0	0,0
Para prevenir a gravidez e Para outros fins terapêuticos (reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual)	14	45,2
Para outros fins terapêuticos (reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual) e Para proteger das doenças sexualmente transmissíveis	1	3,2
Para prevenir a gravidez e Para outros fins terapêuticos (reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual) e Para proteger das doenças sexualmente transmissíveis	2	6,5
Total	31	100,0

Quadro 6- Representação percentual da amostra segundo "a razão porque utiliza a pílula"

Pela análise do Quadro 6 verifica-se que das 31 raparigas que responderam que utilizavam pílula (Quadro 5) 45,2% referem duas razões para a utilização da pílula: para prevenir a gravidez e para outros fins terapêuticos (p.e. reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual), 29,0% utilizam a pílula para prevenir a gravidez, 16,1% utilizam para outros fins terapêuticos (p.e. reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual), 6,5% referem que utilizam a pílula por três motivos simultaneamente: para prevenir a gravidez, para outros fins terapêuticos (p.e. reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual) e para proteger

das doenças sexualmente transmissíveis e 3,2% referem que utilizam a pílula para outros fins terapêuticos (p.e. reduzir acne, regularizar o ciclo menstrual) e para proteger das doenças sexualmente transmissíveis.

Tempo de utilização	Frequência	%
Menos de 1 ano	3	9,7
1 ano	2	6,5
2 anos	6	19,4
Mais de 2 anos	20	64,5
Total	31	100,0

Quadro 7- Representação percentual da amostra segundo “há quanto tempo utiliza a pílula”

De acordo com o Quadro 7 pode-se verificar que da amostra das 31 raparigas que responderam que utilizavam pílula (Quadro 5), 64,5% utilizam a pílula há mais de 2 anos, 19,4% utilizam há 2 anos, 9,7% utilizam a pílula há menos de 1 ano e 6,5% utilizam a pílula há 1 ano.

Número de vezes por ano que se esqueceu de tomar a pílula	Frequência	%
1-3 vezes por ano	5	16,1
4-6 vezes por ano	8	25,8
7-9 vezes por ano	2	6,5
10-12 vezes por ano	1	3,2
Nunca esqueci	15	48,4
Total	31	100,0

Quadro 8- Representação percentual da amostra segundo “Número de vezes por ano que se esqueceu de tomar a pílula”

Das 31 inquiridas que responderam que utilizavam a pílula (Quadro 5) verifica-se pela observação do Quadro 8 que 48,4% nunca se esqueceram de tomar a pílula, 25,8% esqueceram-se entre 4-6 vezes por ano, 16,1% esqueceram-se de tomar a pílula pelo menos de 1-3 vezes por ano, 6,5% esqueceram-se 7-9 vezes por ano e 3,2% se esqueceu 10-12 vezes por ano.

Local	Frequência	%
Centro de Saúde	15	48,4
Farmácia com receita	4	12,9
Farmácia sem receita	12	38,7
Outros	0	0,0
Total	31	100,0

Quadro 9- Representação percentual da amostra segundo "onde adquire habitualmente a pílula"

Pela análise do Quadro 9, das 31 inquiridas que responderam que utilizavam a pílula (Quadro 5), 48,4% referem adquirir a pílula no Centro de Saúde e a grande maioria 51,6% adquirem na Farmácia, 38,7% sem receita e 12,9% com receita.

Quem recomendou a pílula	Frequência	%
Médico	23	74,2
Enfermeiro	2	6,5
Iniciativa própria	5	16,1
Familiar	0	0,0
Amigos	1	3,2
Outros	0	0,0
Total	31	100,0

Quadro 10- Representação percentual da amostra segundo "quem recomendou a pílula"

Analisando o Quadro 10, das 31 inquiridas que responderam que utilizavam a pílula (Quadro 5), 74,2% referem que a pílula lhes foi recomendada pelo Médico, 16,1% referem que foi por iniciativa própria a escolha da pílula, 6,5% referem que foi o Enfermeiro e 3,2% referem que foi recomendada por amigos.

3.5. Conhecimentos sobre o CHO

Durante o percurso escolar teve formação/informação sobre a pílula?	Frequência	%
Sim	36	72,0
Não	14	28,0
Total	50	100,0

Quadro 11- Representação percentual da amostra relativamente a se teve formação/informação sobre a pílula durante o percurso escolar

Ao analisarmos o quadro 11 verifica-se que 72,0% das inquiridas tiveram formação/informação sobre a pílula durante o seu percurso escolar e 28,0% não tiveram.

Se sim, onde?	Frequência	%
Ensino básico	8	22,2
Ensino secundário	14	38,9
Ensino superior	1	2,8
Ensino básico e ensino secundário	7	19,4
Ensino secundário e ensino superior	3	8,3
Ensino básico e ensino secundário e ensino superior	3	8,3
Total	36	100,0

Quadro 12- Representação percentual da amostra (n=36) segundo onde obtiveram formação/informação sobre a pílula durante o seu percurso escolar

Ao observarmos o Quadro 12, das 36 sujeitas que responderam que obtiveram formação/informação sobre a pílula durante o percurso escolar (Quadro 11) 38,9% referem ter sido no Ensino secundário, 22,2% referem ter sido no Ensino básico, 19,4% referem ter sido no Ensino básico e Ensino secundário, 8,3% referem ter sido no Ensino secundário e Ensino superior, 8,3% no Ensino básico, secundário e superior e 2,8% referem ter sido no Ensino superior.

Se não, como obteve informação?	Frequência	%
Amigos	0	0,0
Enfermeiro e médico	5	35,7
Enfermeiro	1	7,1
Médico	4	28,6
Famflia	0	0,0
Internet /comunicação social	2	14,3
Outros	0	0,0
Amigos e família e médico	1	7,1
Médico e família	1	7,1
Total	14	100,0

Quadro 13- Representação percentual da amostra (n=14) segundo onde obtiveram informação sobre a pílula

Por observação do Quadro 13, das 14 sujeitas que responderam que não obtiveram formação/informação sobre a pílula durante o percurso escolar (Quadro 11) 35,7% referem ter obtido pelo Enfermeiro e Médico e 28,6% referem ter obtido pelo Médico, 14,3% referem ter obtido informação através da Internet/Comunicação Social, 7,1% refere ter obtido informação pelo Enfermeiro; 7,1% pelos amigos, família e Médico; e 7,1% pelo Médico e família.



Gráfico 5- Representação gráfica da amostra (n=50) segundo conhecimento acerca da eficácia da pílula

Ao observarmos o Gráfico 5, constata-se que 64,0% da amostra referiu que a pílula não é um método 100% eficaz, 24,0% respondeu que a pílula é um método 100% eficaz e 12,0% referiu que não sabe se a pílula é um método 100% eficaz.

Como se deve tomar a pílula	Frequência	%
Todos os dias (durante 21 dias com 7 dias de pausa)	42	84,0
Antes da relação sexual	1	2,0
Depois da relação sexual	0	0,0
Todos os dias, sem interromper	1	2,0
Não sei	1	2,0
Todos os dias (durante 21 dias com 7 dias de pausa) e Todos os dias, sem interromper	5	10,0
Total	50	100,0

Quadro 14- Representação percentual da amostra segundo conhecimento "como se deve tomar a pílula"

Observando o Quadro 14, verifica-se que 84,0% das inquiridas referem que se deve tomar a pílula durante 21 dias com 7 dias de pausa, 10,0% responderam que a pílula pode ser tomada durante 21 dias com 7 dias de pausa e todos os dias sem interromper, 2,0% referem que deve ser tomada todos os dias sem interromper; 2,0% referem que deve ser tomada antes da relação sexual e 2,0% não sabe como se deve tomar a pílula.



Gráfico 6- Representação gráfica da amostra segundo conhecimento acerca do efeito da pílula

Pela análise do Gráfico 6, verifica-se que 94,0% da amostra referem que a pílula é um método contraceptivo que previne a gravidez, 4,0% referem que a pílula protege das doenças sexualmente transmissíveis e 2,0% da amostra referem que a pílula provoca o aborto.

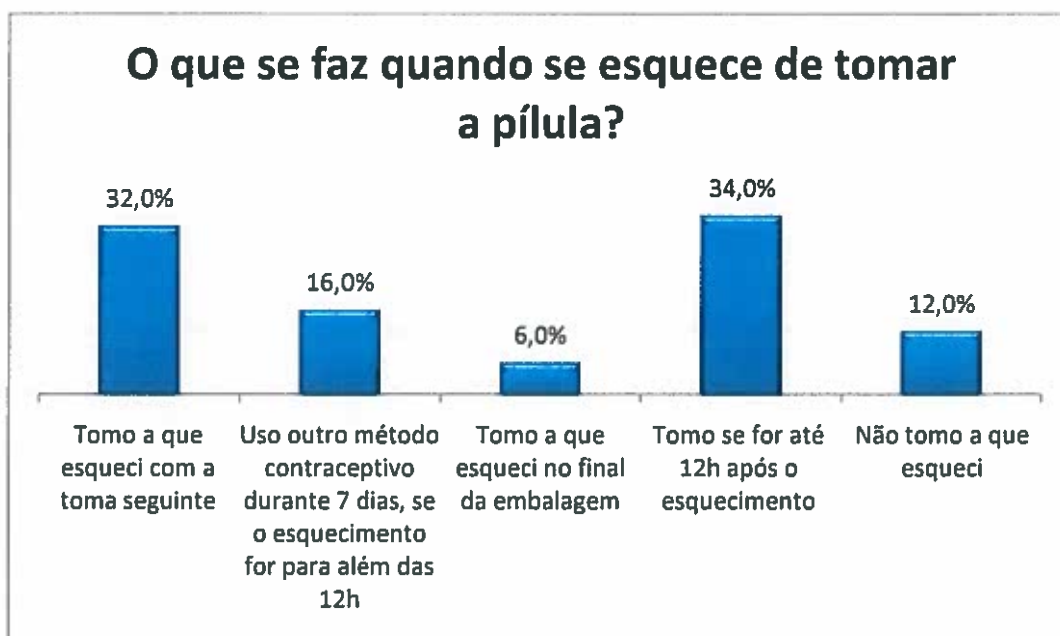


Gráfico 7- Representação gráfica da amostra segundo conhecimento acerca do que se deve fazer quando se esquece de tomar a pílula

De acordo com a Gráfico 7, verifica-se que 34,0% da amostra referem ter conhecimento que se deve tomar a pílula se for até 12h após o esquecimento, 32,0% referem que se

deve tomar a pílula que esqueceu com a toma seguinte, 16,0% respondem que se deve usar outro método contraceptivo, 12,0% referem que não se toma a que esqueceu e 6,0% referem que se deve tomar a pílula que esqueceu no final da embalagem.

Afirmações sobre a pílula	V	F
Pode provocar diminuição do fluxo menstrual	82,0%	18,0%
Pode provocar aumento do peso corporal	78,0%	22,0%
Pode ocorrer perdas de sangue entre ciclos menstruais	46,0%	54,0%
Pode não ocorrer menstruação	28,0%	72,0%
Quando se inicia a 1ª embalagem, deve iniciar-se no 1º dia da menstruação	56,0%	44,0%
Quando se inicia nova embalagem após o dia previsto deve associar-se um método contraceptivo durante os 7 dias seguintes (por ex. preservativo)	66,0%	34,0%
Pode aliviar as dores menstruais (dismenorreia)	82,0%	18,0%
Pode provocar enjoos e vômitos	46,0%	54,0%

Quadro 15- Representação percentual das afirmações sobre a pílula

De acordo com o Quadro 15 e relativamente à afirmação a pílula “Pode provocar diminuição do fluxo menstrual” 82,0% da amostra consideraram a afirmação Verdadeira e 18,0% consideraram Falsa.

Para a afirmação a pílula “Pode provocar aumento do peso corporal” 78,0% consideraram a afirmação Verdadeira e 22,0% consideraram Falsa.

Relativamente à afirmação, com a toma da pílula “Pode ocorrer perdas de sangue entre ciclos menstruais” 54,0% da amostra consideraram a afirmação Falsa e 46,0% consideraram Verdadeira.

Em relação à afirmação com a toma da pílula “Pode não ocorrer menstruação” 72,0% consideraram a afirmação Falsa e 28,0% consideraram Verdadeira.

Relativamente à afirmação “Quando se inicia a 1ª embalagem, deve iniciar-se no 1º dia da menstruação” 56,0% consideraram a afirmação Verdadeira e 44,0% consideraram Falsa.

Relativamente á afirmação “Quando se inicia nova embalagem após o dia previsto deve associar-se um método contraceptivo durante os 7 dias seguintes (por ex. preservativo)” 66,0% da amostra consideraram a afirmação Verdadeira e 34,0% consideraram Falsa.

Em ralação à afirmação a toma da pílula “Alivia as dores menstruais (dismenorreia)” 82,0% consideraram a afirmação Verdadeira e 18,0% consideraram Falsa.

E, por fim, relativamente à afirmação a pílula “Pode provocar enjoos e vômitos” 54,0% da amostra consideraram a afirmação Falsa e 46,0% consideraram Verdadeira.

Conhecimento Global	Frequência	%
0-25%	0	0,0
25%-50%	16	32,0
51%-65%	19	38,0
66%-79%	12	24,0
80%-90%	2	4,0
91%-100%	1	2,0
Total	50	100,0
Média	57,95%	
Mínimo	26,25%	
Máximo	92,5%	

Quadro 16- Representação percentual da amostra segundo o conhecimento global acerca do contraceptivo hormonal oral

Verifica-se que 38,0% das inquiridas apresentam um conhecimento global Suficiente, 32,0% apresenta Mau conhecimento, 24,0% apresentam um Bom conhecimento global, 4,0% apresentam Muito Bom conhecimento global e 2,0% apresentam um Excelente conhecimento global sobre o contraceptivo hormonal oral.

Ao considerar-se o conhecimento global sobre contraceptivos hormonais orais a média é de 57,95%, o máximo é de 92,5% e o mínimo é de 26,25%.

Notas	Conhecimento global das que não usam CHO		Conhecimento global das que usam CHO	
	Frequência	%	Frequência	%
0-25%	0	0,0	0	0,0
25%-50%	7	36,8	9	29,03
51%-65%	9	47,37	10	32,26
66%-79%	3	15,79	9	29,03
80%-90%	0	0,0	2	6,45
91%-100%	0	0,0	1	3,23
Total	19	100,0	31	100,0
Média	≈53,22%		≈60,84%	
Mínimo	26,25%		40%	
Máximo	78,75%		92,5%	

Quadro 17- Representação percentual da amostra segundo o conhecimento global acerca do contraceptivo hormonal oral de acordo se utilizam ou não CHO

Ao observar-se o Quadro 17, constata-se das que não tomam a pílula, a média de conhecimentos é de 53,22%, o máximo é de 78,75% e o mínimo é de 26,25%. Das que tomam a pílula a média de conhecimentos é de 60,84%, o máximo é de 92,5% e o mínimo é de 40%.

IV. Discussão dos resultados

Este estudo é constituído por uma amostra de 50 elementos do género feminino. As inquiridas têm idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos apresentando uma idade média de 21,90 anos.

Relativamente ao estado civil das inquiridas, 90,0% é solteira e 10,0% são casadas.

No que diz respeito às habilitações literárias a maioria com 42,0% tem o 12º ano, e 38,0% a Licenciatura, o que indica um nível médio/elevado de instrução, que sugere melhor e maior acesso á informação. 14,0% tem o 9ºano, 4,0% tem Mestrado e 2,0% tem o 4º ano.

Relativamente à vida sexual das jovens, 82,0% referem ter iniciado actividade sexual e 18,0% referem ainda não ter iniciado actividade sexual. No entanto, 86,0% utiliza um método contraceptivo e 14,0% não utilizam nenhum método contraceptivo. Esta diferença pode ser justificada por esses 4,0% serem de inquiridas que apesar de não terem iniciado a vida sexual, utilizam um método contraceptivo, nomeadamente a pílula, estritamente para fins terapêuticos.

Verifica-se nesta amostra que de 82,0% das inquiridas que já iniciaram actividade sexual, 78,0% utilizam um método contraceptivo e 4,0% não utilizam. Das 18,0% das inquiridas que ainda não iniciaram actividade sexual, 8,0% utilizam um método contraceptivo e 10,0% não utilizam. No total da amostra 86,0% utilizam um método contraceptivo e 14,0% não utilizam.

Das 86% das inquiridas que referem que utilizam um método contraceptivo, 44,2% utilizam a pílula, 27,9% utilizam a pílula em simultâneo com o preservativo, 20,9% utilizam apenas o preservativo. Num estudo realizado com mulheres portuguesas (SPMR. 2005) com idades compreendidas entre 15-49 anos, evidenciou que 62,0% utilizavam apenas a pílula, 14,4% utilizavam apenas o preservativo e 7,8% utilizavam a pílula mais o preservativo, no total 70% utilizavam a pílula e 22,2% o preservativo. Os

profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros devem reforçar o aconselhamento do uso de preservativos em simultâneo com a pílula para prevenir o risco de contrair ITS, e fornecê-los (DGS. 2008).

Neste estudo, verificou-se que a maioria da amostra utilizam o COC (96,8%) e apenas 3,2% utiliza o POC. Estes dados podem ser justificados pela maior variedade de fins terapêuticos do COC em relação ao POC. E por, de acordo com a DGS (2008) os erros na toma podem resultar em gravidez mais facilmente na utilização do POC do que com a utilização do COC.

De acordo com os nossos resultados 45,2% das inquiridas afirmaram que utilizam a pílula para prevenir a gravidez e para outros fins terapêuticos. No entanto 3 inquiridas afirmaram que utilizavam a pílula também para proteger de doenças sexualmente transmissíveis, para além dos outros efeitos. É um resultado preocupante, pois demonstra falta de conhecimentos relativamente às indicações da pílula.

Quanto ao tempo de utilização da pílula, a maioria (64,5%) das inquiridas utiliza há mais de 2 anos, em concordância com o estudo realizado em Portugal pela SPMR (2005), em que 20,1% utilizavam há 3-5 anos e 63,4% utilizavam há mais de 5 anos, no total 83,5% utilizavam há mais de 2 anos o que está de acordo com o nosso estudo.

Em relação ao número de vezes que se esquece de tomar a pílula por ano, a maioria (48,4%) afirmou que nunca se esqueceu de tomar a pílula, o que evidencia uma boa informação por parte das inquiridas relativamente à utilização adequada da pílula. Segundo o estudo realizado em Portugal pela SPMR (2005), a maioria 71,0% esquecia-se 1-3 ciclos por ano, o que contraria os resultados do nosso estudo em que 16,1% da amostra afirmou que se esquecia 1-3 vezes por ano.

No Portal da Saúde (2008) é referido que “O planeamento familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contracepção eficazes e seguros, a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável. (...) Dá-se informação completa, isenta e com fundamento científico

sobre os métodos contraceptivos. O contraceptivo escolhido é fornecido gratuitamente nos serviços públicos.”. No nosso estudo 51,6% das inquiridas adquire a pílula na Farmácia, destas 12,9% adquire-a com receita e 38,7% adquire-a sem receita. No total das inquiridas que utilizam a pílula 48,4% adquire-a no Centro de Saúde. Uma parte significativa das jovens que utiliza a pílula resultou da recomendação do Médico (74,2%), seguindo-se de 16,1% que resultou da iniciativa própria, e uma pequena percentagem de 6,5% referiu que a pílula foi recomendada pelo Enfermeiro. Estes resultados demonstram a necessidade de os Enfermeiros apostarem mais nas consultas de Planeamento Familiar nos Cuidados de Saúde Primários. Em concordância com estes resultados, está o estudo efectuado pela SPMR (2005), em que 36,2% referiu ter sido aconselhada pelo Médico de Família e 63,3% referiu ter sido aconselhada pelo Ginecologista, enquanto que 1,6% referiu ter sido aconselhada pelo Enfermeiro.

A Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, artigo 1.º estabelece a aplicação da educação sexual no ensino básico e no ensino secundário em todos os estabelecimentos públicos, bem como aos estabelecimentos de rede privada e cooperativa com contrato de associação, de todo o território nacional. A maioria das jovens do nosso estudo obteve formação/informação sobre a pílula no percurso escolar (72,0%) revelando uma grande percentagem de educação na área da sexualidade. Das 36 inquiridas que receberam formação/informação escolar a maioria foi no Ensino Secundário num total de 74,9%. Denota-se uma grande preocupação pela parte da escola para informar os jovens sobre sexualidade e reprodução sobretudo no Ensino Secundário. No estudo efectuado pela SPMR (2005), revelou que menos de metade das inquiridas (46,9%) foi informada sobre a temática da contracepção no percurso escolar, revelando também que os grupos mais jovens da amostra em estudo foram maioritariamente as que afirmaram ter abordado o tema na escola.

Das 14 inquiridas que referem não ter recebido formação/informação sobre a pílula no percurso escolar, apontam como principais fontes de informação sobre este tema o Médico e Enfermeiro, referidos por 35,7% das inquiridas, 28,6% somente o Médico, 14,3% referiram ter recorrido à Internet/comunicação social e 7,1% referiu ter obtido pelo Enfermeiro. Denota-se novamente que o papel do Enfermeiro não está muito salientado no que se refere aos ensinamentos ou educações para a saúde aos jovens acerca de

métodos contraceptivos, principalmente nas consultas de Planeamento Familiar, ou estes resultados podem ser justificados pela pouca adesão aos serviços de Saúde pelos jovens. Como tal, é importante que se defina estratégias para captar os jovens aos serviços de saúde, para que haja uma maior intervenção na promoção da saúde sexual (Revista Brasileira de Enfermagem. 2008).

Na avaliação do conhecimento global acerca da contracepção hormonal oral verifica-se que os jovens possuem um nível suficiente de conhecimentos, a média de conhecimento da amostra é de 57,95%.

Ao analisarmos o conhecimento da amostra consoante se utilizam ou não a pílula, verifica-se que a média de conhecimentos é maior na amostra que utiliza a pílula (média≈60,84%) do que na amostra que não utiliza a pílula (média≈53,22%). Assim, pode concluir-se que o uso da pílula influencia os conhecimentos da mesma.

V. Conclusão

O tipo de estudo deste projecto de investigação foi de carácter descritivo, inserido numa abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por um grupo de 50 jovens adultas com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos que frequentam a Praia Internacional, Matosinhos, distrito do Porto, no período de 25 a 29 de Agosto de 2010, e o processo de amostragem foi não probabilístico por conveniência ou acidental. As variáveis atributo em estudo são a idade, estado civil e habilitações literárias, as variáveis em estudo são a utilização do contraceptivo hormonal oral pelas jovens adultas e o conhecimento das jovens adultas acerca do contraceptivo hormonal oral. O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi o questionário.

Os objectivos deste trabalho são nomeadamente saber quais os conhecimentos das jovens adultas sobre contracepção hormonal oral e que comportamentos na sua adequada utilização. Podemos concluir que o nível de conhecimento nesta amostra é Suficiente e que o uso da pílula influencia os conhecimentos das jovens. Concluimos ainda que a maioria das jovens utilizam adequadamente a pílula, na medida em que 48,4% nunca se esqueceu de tomar a pílula e sabem como proceder em caso de esquecimento.

Conclui-se também que, a amostra de jovens que não usam a pílula possuem um nível Suficiente de conhecimentos semelhante às jovens que usam a pílula, que também obtiveram um nível Suficiente de conhecimentos.

Verificou-se que há uma extrema necessidade de reforçar o papel do Enfermeiro nas educações para a saúde e na promoção de uma vida sexual saudável nas jovens. Não cabe só ao Enfermeiro formar/informar as jovens, uma boa educação sexual é também responsabilidade dos pais, do médico e da escola, bem como, de uma correcta divulgação da temática por parte da Internet/comunicação social, para que se possa obter resultados positivos a nível dos conhecimentos. No entanto, cada informação fornecida deve ser ajustada à pessoa em questão, “o aconselhamento deve ser claro, objectivo e adaptado à linguagem e à capacidade de compreensão da mulher. Os

benefícios não contraceptivos da pílula devem ser realçados, os seus efeitos colaterais explicados e a necessidade da toma regular, reforçada.” (DGS. 2008).

Verificou-se que as inquiridas que receberam formação/informação no seu percurso escolar sobre a contracepção hormonal oral possuem melhores resultados que as inquiridas que não receberam. Nesta situação é pertinente que haja uma maior formação por parte dos profissionais de saúde, para que não haja falhas na utilização da pílula por parte de quem não tem bases escolares sobre a temática.

A Enfermagem enverga pela investigação científica de maneira a ampliar os seus conhecimentos para a sua prática.

Ao longo do processo deste estudo enfrentamos algumas dificuldades, no entanto os objectivos a que nos propusemos foram atingidos. E como tal, a elaboração deste estudo contribuiu bastante para aumentar os nossos conhecimentos na área da investigação e na área da contracepção hormonal oral.

Sugerimos que para um futuro estudo efectuado nesta temática se realize com uma amostra mais significativa e considerando outras faixas etárias mais jovens (p.e. adolescentes) o que poderia enriquecer a investigação. É essencial que as educações para a saúde, bem como a prática de Enfermagem, sejam implementadas de acordo com a evidência científica.

Bibliografia

- APF (2010). Associação para o planeamento da família [em linha]. Disponível em <<http://www.apf.pt/>>. [Consultado em 9/07/2010].
- Carl Djessari (2000). Prólogo. *In: A pílula anticoncepcional 40 anos de impacto social*. Schering. Alemanha.
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001). Coleção: Informar as Mulheres nº14. *Sexualidade, Planeamento Familiar e Reprodução*. 6ªed. Lisboa
- DGS - Direcção Geral da Saúde (2001). Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar. Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Orientações técnicas; 9. Lisboa
- DGS- Direcção Geral da Saúde (2008). Saúde reprodutiva, planeamento familiar. Orientações da Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Lisboa
- FFUP (2008). Contraceptivos orais [em linha]. Disponível em <http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0708/g40_contrac_orais/contraceptivos.html>. [Consultado em 9/07/2010]
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. 3ª ed., Lusociência.
- Heffner, L.J. (2001). *Compêndio da reprodução humana*. Instituto Piaget. Coleção Medicina e Saúde. Blackwell Science, Lisboa.
- Infarmed (2010). Reacções Adversas a Medicamentos. Definições e Conceitos. [em linha]. Disponível em <<http://www.infarmed.pt/>>. [Consultado em 3/04/2010].

- Instituto Nacional de Estatística. 4º inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. [em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt/>>. [Consultado em 9/07/2010].
- IPPF (2010). Young people's sexuality [em linha]. Disponível em <<http://www.ippf.org/>>. [Consultado em 9/07/2010].
- Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, artigo 1.º- Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 6 de Agosto de 2009 (p.5097)
- Manual Merck (2004). Manual Merck de Saúde para a Família. Merck Sharp & Dohme. New Jersey, USA.
- Meirinho, M. (2001). *Estrogénios e Progestagénios em Ginecologia Clínica*. Lisboa, Lidel.
- OMS (2004). Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. Planeamento familiar. [em linha]. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562668_por_B.pdf> [Consultado em 3/04/ 2010].
- OMS (2009). Monophasic versus multiphasic oral contraceptives [em linha]. Disponível em <<http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/dscom/en/index.html>> [consultado em 11/07/2010]
- Portal da Saúde (2008). Planeamento familiar [em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/planeamentofamiliar.htm>>. [consultado em 25/09/2010].
- Programa Nacional de Saúde dos Jovens. Direcção Geral de Saúde. Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.2006/2010

-
- Revista Brasileira de Enfermagem (2008). O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes [em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. [consultado em 25/09/2010].
 - Schering (2001). *Contracepção Hormonal*. 3º ed. Alemanha.
 - Selley, R; Stephens, T; Tate, P. (2003). *Anatomia e fisiologia*. Lusociência
 - Sexualidade & planeamento familiar- nº46/47. Julho/Dezembro 2007
 - SPMR (2005). Avaliação de práticas contraceptivas das mulheres em Portugal [em linha]. Disponível em <<http://www.spmr.pt>>. [Consultado em 9/07/2010]
 - Stubblefield, P. G. (1996). Capítulo 7: Anticoncepção. In: Copeland, L. J.. *Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, pp. 151, 152

Anexos

Anexo 1: Instrumento de colheita de dados

Questionário

Joana Leitão Silva Malho, a frequentar o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar um Projecto de Investigação que se intitula “Conhecimentos e comportamentos do uso da contracepção hormonal oral das jovens adultas que frequentam a praia Internacional, Matosinhos”.

O questionário em questão remete-se para a contracepção hormonal oral, não distinguindo a pílula da minipílula. Tenha em atenção que todas as questões se dirigem aos dois tipos.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, pelo que não deverá descrever o seu nome em nenhuma parte do questionário.

Atempadamente, agradeço a sua colaboração.

(Joana Malho)

Parte I – Caracterização da amostra

1. Idade: _____
2. Estado civil: _____
3. Habilitações literárias:
 - 4º ano
 - 9ºano
 - 12ºano
 - Licenciatura
 - Mestrado

Parte II - comportamentos

1. Já iniciou a sua actividade sexual?

- Sim
- Não

2. Utiliza algum método contraceptivo?

- Sim
- Não

3. Se sim, qual utiliza? (pode escolher mais que uma opção)

- Preservativo
- Pílula nome da pílula: _____
- DIU
- Métodos naturais
- Outros. Quais? _____

As seguintes perguntas estão direccionadas para quem utiliza a pílula. Caso não utilize a pílula passe para a parte III do questionário.

4. Porque razão utiliza a pílula? (pode escolher mais que uma opção)

- Para prevenir a gravidez
- Para outros fins terapêuticos (reduzir o acne, regularizar o ciclo menstrual)
- Para proteger das doenças sexualmente transmissíveis
- Outro. Qual? _____

5. Há quanto tempo utiliza a pílula?

- Menos de 1 ano
- 1 ano
- 2 anos
- Mais de 2 anos

6. No último ano quantas vezes se esqueceu de tomar a pílula?

- 1-3 vezes por ano
- 4-6 vezes por ano
- 7-9 vezes por ano
- 10-12 vezes por ano
- Nunca esqueci

7. Onde adquire habitualmente a pílula?

- Centro de saúde
- Farmácia com receita
- Farmácia sem receita
- Outros. Quais? _____

8. A pílula foi-lhe recomendada por:

- Médico
- Enfermeiro
- Iniciativa própria
- Familiar
- Amigos
- Outros

Parte III- conhecimentos

1. Durante o seu percurso escolar, teve informação/formação sobre a pílula?

Sim

Não

1.1 Se sim, onde? (pode escolher mais que uma opção)

Ensino básico

Ensino secundário

Ensino superior

1.2 Se não, como obteve informação? (pode escolher mais que uma opção)

Amigos

Enfermeiro e médico

Enfermeiro

Médico

Família

Internet /comunicação social

Outros

2. A pílula é um método contraceptivo 100% eficaz?

Sim

Não

Não sei

3. Como deve tomar a pílula? (escolha a(s) mais correcta(s))

Todos os dias (durante 21 dias com 7 dias de pausa)

Antes da relação sexual

Depois da relação sexual

Todos os dias, sem interromper

Não sei

4. A pílula é um método contraceptivo que:

- | | |
|--|--------------------------|
| Provoca o aborto | <input type="checkbox"/> |
| Previne a gravidez | <input type="checkbox"/> |
| Protege das doenças sexualmente transmissíveis | <input type="checkbox"/> |
| Nenhuma delas | <input type="checkbox"/> |
| Todas | <input type="checkbox"/> |
| Não sei | <input type="checkbox"/> |

5. O que se faz quando se esquece de tomar a pílula? (escolha a(s) mais correcta(s))

- | | |
|--|--------------------------|
| Tomo a que esqueci com a toma seguinte | <input type="checkbox"/> |
| Uso outro método contraceptivo durante 7 dias, se o esquecimento for para além das 12h | <input type="checkbox"/> |
| Tomo a que esqueci no final da embalagem | <input type="checkbox"/> |
| Tomo se for até 12h após o esquecimento | <input type="checkbox"/> |
| Não tomo a que esqueci | <input type="checkbox"/> |

6. Responda se considera Verdadeiro (V) ou Falso (F) as seguintes afirmações acerca da pílula:

- | | | |
|---|---|---|
| Pode provocar diminuição do fluxo menstrual | F | V |
| Pode provocar aumento do peso corporal | F | V |
| Pode ocorrer perdas de sangue entre ciclos menstruais | F | V |
| Pode não ocorrer menstruação | F | V |
| Quando se inicia a 1ª embalagem, deve iniciar-se no 1º dia da menstruação | F | V |
| Quando se inicia nova embalagem após o dia previsto deve associar-se um método contraceptivo durante os 7 dias seguintes (por ex. preservativo) | F | V |
| Pode aliviar as dores menstruais (dismenorreia) | F | V |
| Pode provocar enjoos e vômitos | F | V |

Obrigado pela colaboração