

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO / FIOCRUZ
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Plínio Marinho de Carvalho

**Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos na adolescência em uma
unidade básica de saúde**

São Luís
2021

Plínio Marinho de Carvalho

**Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos na adolescência em uma
unidade básica de saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do
Maranhão/FIOCRUZ, como requisito para a
obtenção do Grau de Mestre em Saúde da
Família.

Orientadora: Profa. Titular Maria Bethânia da
Costa Chein

Co-Orientadora: Profa. Titular Luciane Maria
Oliveira Brito

Marinho de Carvalho, Plínio.

Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos na adolescência em uma unidade básica de saúde / Plínio Marinho de Carvalho. – 2021.

69 f.

Coorientador(a): Luciane Maria Oliveira Brito.

Orientador(a): Maria Bethânia da Costa Chein.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Adolescência. 2. Comportamento Sexual. 3. Métodos Contraceptivos. I. da Costa Chein, Maria Bethânia. II. Maria Oliveira Brito, Luciane. III. Título.

Plínio Marinho de Carvalho

**Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos na adolescência em uma
unidade básica de saúde**

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Saúde da Família da
Universidade Federal do Maranhão, para
obtenção do Grau de Mestre em Saúde da
Família.

A Banca Examinadora do Mestrado apresentado em sessão pública considerou o candidato
aprovado em: ____/____/____.

Profa. Titular Maria Bethânia da Costa Chein - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Titular Eduardo Sérgio Soares Sousa – Titular
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho – Titular
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira - Titular
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento – Suplente
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

São Luís
2021

AGRADECIMENTOS

A Deus, único digno de honra, glória e louvor.

A meus pais, que sempre confiaram nos meus propósitos e por não medirem esforços para eu aprofundar meus estudos e realizar este trabalho.

A minha esposa Iane e aos meus filhos Benjamin e Benício, pelo amor, carinho, amizade, apoio e compreensão.

A Universidade Federal do Maranhão e a Fundação Oswaldo Cruz, que por meio do corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, me proporcionaram o conhecimento e as condições necessárias para a execução deste trabalho.

A Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein, pela orientação segura e pela oportunidade oferecida para o aprimoramento do conhecimento.

A Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito, pela coorientação de grande valia (*in memoriam*).

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade e presteza.

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pelo incentivo.

Nunca pare de caminhar e sonhar, mesmo que o caminho seja desconhecido e o sonho inatingível. O importante é nunca desistir da Fé, porque ela dará sentido ao caminho e só ela tem o poder de alcançar o inatingível.

Ailton Nascimento (2021, s.p.)

RESUMO

A adolescência é uma fase de intensas transformações, marcada pelo aparecimento do desejo sexual, sendo necessária, uma sistemática ação de educação sexual a fim de incentivar o uso de métodos contraceptivos e prevenir a transmissão de infecções e de uma gravidez não-planejada. **Objetivos:** Conhecer os indicadores sexuais, reprodutivos e sociais entre os adolescentes da Unidade Básica de Saúde e no final da análise dos dados elaborar sugestões para a promoção da saúde sexual. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, onde as variáveis de interesse foram registradas por meio de um questionário estruturado com perguntas fechadas para adolescentes (independente de sexo) entre 10 e 19 anos completos, atendidos na Unidade Básica de Saúde no período de 6 meses consecutivos. O desfecho em estudo foi o uso de método contraceptivo utilizado isoladamente ou em associação com outro método. As variáveis independentes foram: sexo, idade da menarca, início da atividade sexual, número de parceiros, menarca entre as meninas, uso/conhecimento/fonte de métodos contraceptivos. **Resultados e discussão:** A amostra foi constituída por 157 adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, com 66,24% (104) meninas ante 34% (53) de meninos atendidos na Unidade Básica de Saúde. Quanto a presença de gestação ou anterior 3,8% das meninas já estiveram ou estavam grávidas, já entre os meninos 7,5% já relataram ter engravidado alguém. A menarca aos 15 anos de idade, representou 26%, sendo que 10% não sabiam informar, o que expressa o desconhecimento da importância desse evento na saúde da mulher. Entre os entrevistados a relação sexual já tinha sido realizada em 45% dos adolescentes, tendo o início da primeira relação sexual ocorrido em 58,1% acima dos 15 anos idade da menarca na maioria das meninas. Outra relação verificada é que quanto maior o grau de escolaridade dos adolescentes que praticam o ato sexual, maiores são as chances de utilização de camisinhas tanto na primeira relação quanto na sua vida. Quanto ao uso de camisinhas 19,7% relatou o uso “quase sempre” e, por conseguinte, 65,6% sabia como obter camisinhas gratuitos. Por fim, 54,1% dos entrevistados nunca tiveram relação sexual e 32,5% tiveram com mais de 1 pessoa. **Considerações finais:** Os adolescentes deste estudo consideram seu conhecimento adequado em relação aos métodos contraceptivos embora seu conhecimento seja restrito a alguns métodos existentes. Muitos estudantes referiram a importância do profissional de saúde e da escola como fontes de informação ressaltando a importância da implementação mais intensa a respeito da educação sexual na escola.

Palavras-chave: Adolescência. Comportamento Sexual. Métodos Contraceptivos.

ABSTRACT

Adolescence is a phase of intense transformations, marked by the emergence of sexual desire, being necessary a systematic action of sexual education in order to encourage the use of contraceptive methods and prevent the transmission of infections and an unplanned pregnancy. Objectives: To know the sexual, reproductive and social indicators among the adolescents of the Basic Health Unit and at the end of the data analysis elaborate suggestions for the promotion of sexual health. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive study, where the variables of interest were recorded by means of a structured questionnaire with closed questions for adolescents (regardless of sex) between 10 and 19 years old, seen at the Basic Health Unit during a period of 6 consecutive months. The outcome under study was the use of contraceptive method used alone or in association with another method. The independent variables were sex, age at menarche, beginning of sexual activity, number of partners, menarche among girls, use/knowledge/source of contraceptive methods. **Results and discussion:** The sample consisted of 157 adolescents between 10 and 19 years old, with 66.24% (104) girls and 34% (53) boys seen at the Basic Health Unit. As for the presence of pregnancy or previous pregnancy, 3.8% of the girls had been or were pregnant, while among the boys, 7.5% had already reported having someone pregnant. Menarche at the age of 15 represented 26%, and 10% did not know how to inform, which expresses the lack of knowledge about the importance of this event in women's health. Among the interviewees, sexual intercourse had already taken place in 45% of the adolescents, and the beginning of the first sexual intercourse occurred in 58.1% above 15 years of age at menarche in most girls. Another relationship verified is that the higher the level of education of the adolescents who practice sexual intercourse, the greater are the chances of using condoms both in the first intercourse and in their lifetime. Regarding the use of condoms, 19.7% reported using them "almost always," and consequently 65.6% knew how to obtain free condoms. Finally, 54.1% of the interviewees had never had sexual intercourse and 32.5% had had it with more than 1 person. **Final considerations:** The adolescents in this study consider their knowledge of contraceptive methods to be adequate, although their knowledge is restricted to some existing methods. Many students mentioned the importance of the health professional and the school as sources of information, highlighting the importance of a more intense implementation of sexual education in schools.

Keyword: Adolescence. Sexual Behavior. Contraceptive Methods.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1.	Efeitos do estrógeno e progesterona no organismo feminino	15
Figura 1.	Ciclo da Testosterona	14
Figura 2	Eixo Hipotálamo-Hipófise de hormônios femininos	16
Figura 3.	Processo de maturação do ovócito	18
Figura 4.	Ciclo Menstrual Ovariano, Hormonal e Endometrial	19
Figura 5	Uso da Camisinha Masculino	22
Figura 6	Uso da Camisinha Feminino	23
Figura 7	Dispositivo Intrauterino	24
Figura 8	Diafragma	26
Gráfico 1.	Distribuição da amostra por sexo biológico	37
Gráfico 2.	Escolaridade entre os participantes. São Luís – MA. 2020	38
Gráfico 3.	Idade em que as mulheres tiveram início a menarca.	39
Tabela 1.	Escolaridade de mães adolescentes. DataSUS	21
Tabela 2.	Idade dos entrevistados	37
Tabela 3.	Idade da primeira relação sexual. São Luís - MA. 2020.	39
Tabela 4.	Idade da primeira relação sexual da progenitora. São Luís – MA. 2020	40
Tabela 5.	Método contraceptivo utilizado. São Luís-MA. 2020	41
Tabela 6.	Fonte de conhecimento sobre assuntos sexuais. São Luís - MA. 2020	41
Tabela 7.	Uso de camisinha na amostra. São Luís – MA. 2020	42
Tabela 8.	Fonte de informação de homens a respeito do uso da camisinha. São Luís – MA. 2020	42
Tabela 9.	Mulheres sexualmente ativas usuárias ou não de contraceptivos hormonais. São Luís – MA. 2020	43
Tabela 10.	Parceiros sexuais. São Luís – MA. 2020	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPPF - Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar

CoA – Acetilcoenzima A

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AOCs - Anticoncepcionais orais combinados

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CSG - Centro de Saúde do Gapara

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DATASUS - SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

DHEA - 17 a-Hidroxipregnenolona, Dehidroepiandrosterona

DIU – Dispositivo intrauterino

ESF - Estratégia de Saúde de Família

FSH - Hormônio Folículo Estimulante

GnRH - Hormônio Liberador de Gonadotrofinas

HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da imunodeficiência humana)

HPV – *Human papillomavirus* (Papiloma Vírus Humano)

HPG - Eixo Hipotálamo-Pituitária-Gônadas

HSD - *Honestly significant differences* (Diferenças francamente significativas)

IFF - Instituto Fernandes Figueira

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade

LH - Hormônio Luteinizante

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

UBS - Unidade Básica de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1. FISIOLOGIA DO HORMÔNIO SEXUAIS.....	13
3.1.1 FISIOLOGIA DO HORMÔNIO MASCULINO.....	13
3.1.2 FISIOLOGIA DOS HORMÔNIOS FEMININOS.....	14
3.1.2.1. Ovulação.....	17
3.1.2.2. Processo menstrual.....	18
3.2. PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	20
3.3. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	22
3.3.1 Métodos não medicamentosos.....	22
3.3.1.1 Camisinha masculino.....	22
3.3.1.2 Camisinha feminina.....	23
3.3.1.3 Dispositivo Intrauterino.....	24
3.3.1.4 Sexo sem penetração.....	25
3.3.1.5 Diafragma.....	25
3.3.1.6 Coito interrompido.....	26
3.3.1.7 Tabela.....	27
3.3.2 Métodos medicamentosos.....	27
3.3.2.1 Anticoncepcionais orais.....	27
3.3.2.2 Anticoncepcionais injetáveis.....	28
3.3.2.3 Contracepção de emergência ou “Pílula do dia seguinte”	28
3.3.2.4 Espermicida.....	30
3.3.3 Método cirúrgico.....	31
4. OBJETIVOS.....	31
5. HIPÓTESES.....	31
6. METODOLOGIA.....	32
6.1. TIPO DE ESTUDO.....	32
6.2. LOCAL.....	32
6.3. AMOSTRA.....	32
6.4. CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL.....	33
6.5. VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	33
6.6. COLETA DE DADOS.....	34
6.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	35
6.8. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	35
7. RESULTADOS.....	37

8. DISCUSSÃO.....	44
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
APÊNDICES.....	61
ANEXO.....	66

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescência é definida como sendo a fase de vida humana que está contido no período dos 10 aos 19 anos de idade. A adolescência é caracterizada por rápido crescimento e/ ou mudanças físicas, cognitivas e socioemocional. Os adolescentes tipicamente demonstram uma independência cada vez maior dos pais e atribuem maior importância às relações com os pares, buscando tomar decisões por conta própria estando entre elas a iniciação sexual (NKHATA & MWALE, 2016).

Neste contexto, tem-se uma fase de amadurecimento e desenvolvimento maior de órgãos genitais, o que influencia de forma significativa a sexualidade dos adolescentes. É uma fase delicada por implicar no aparecimento de desejo sexual que, sem um acompanhamento de educação sexual, pode culminar com uma gravidez indesejada e/ou não planejada nesse período (BRÊTAS et al., 2011). Os serviços de saúde e as escolas devem se ocupar de ensinar e instruir os jovens acerca da forma mais saudável e segura para a realização de suas relações sexuais (GONÇALVES et al., 2015).

A falta de orientação que ainda existe na sociedade, em pleno século XXI, especialmente entre grupos mais vulneráveis, está diretamente ligada a uma interpretação equivocada amplamente difundida no “senso comum” de que a educação sexual será um incentivo à prática sexual. Visão que compromete o real sentido dessa ação pedagógica e de saúde. Seu objetivo assenta-se na preparação dos adolescentes, de forma segura, para comprometerem-se com sua saúde, com a responsabilidade sobre o cuidado com seu próprio corpo de modo a evitar infecções sexualmente transmissíveis (IST), saber identificar condições de abuso, além de evitar a contração de uma infecção ou uma gravidez precoce e não-planejada (BRÊTAS et al., 2011).

Nesse processo, é de nosso interesse aprofundar, no campo da saúde dos jovens, nossa reflexão sobre como os adolescentes experimentam essa aproximação com a sexualidade, a partir de um grupo específico. Avaliamos que um diagnóstico e uma análise profunda sobre esse processo pode ser um primeiro passo para a implementação de uma atividade pedagógica que problematize a educação sexual com os adolescentes.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica no tocante à investigação do comportamento sexual na fase da adolescência e como isto pode influenciar no uso ou não de métodos contraceptivos. Desta forma, este estudo servirá como um material de atualização aos profissionais de saúde a respeito de comportamento sexual e métodos contraceptivos na adolescência e resultará na elaboração de uma cartilha de orientação sobre a saúde sexual na adolescência (mitos e verdades).

Ademais, essa pesquisa associa-se ao objetivo 3 dos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável do milênio da ONU, que é a noção de desenvolvimento acerca de IST e que tem maior incidência em países em desenvolvimento (ONU, 2015). Espera-se que com essa análise seja possível fomentar ainda mais pesquisas na área e que estas sejam convertidas em medidas efetivas para os sujeitos que são atendidos pelo sistema de saúde público no Brasil, mormente nas Unidades Básicas de Saúde.

O grande benefício para a sociedade, a ser obtido com esta pesquisa, é a descoberta de pontos a sofrerem interferência no processo de educação sexual e na produção de campanhas de conscientização, pautadas nos resultados e conclusões deste estudo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão busca apresentar ao leitor uma visão sobre a fisiologia dos hormônios sexuais tanto masculinos quanto femininos (incluindo a ovulação e o processo menstrual), bem como, dissertar sobre a importância do planejamento familiar e por fim sobre os métodos contraceptivos não medicamentosos (camisinha masculino, camisinha feminina, dispositivo intrauterino, sexo sem penetração, coito interrompido, diafragma e tabelinha), medicamentosos (anticoncepcionais orais, anticoncepcionais injetáveis, contracepção de emergência ou “pílula do dia seguinte” e espermicida) e cirúrgicos.

3.1. FISIOLOGIA DO HORMÔNIO SEXUAIS

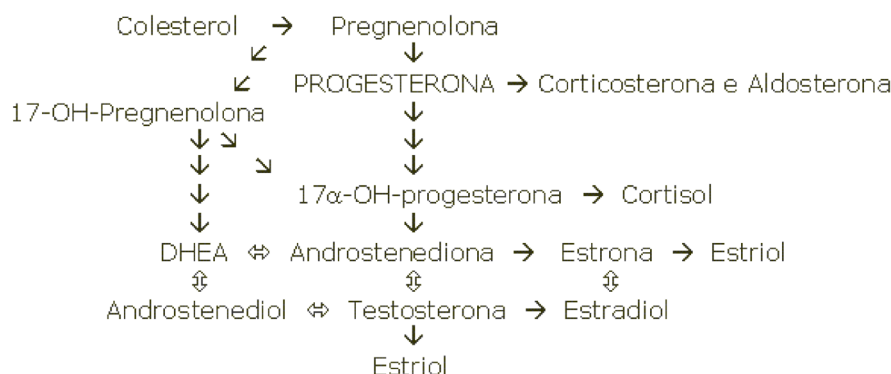
A adolescência é uma fase marcada por alterações hormonais importantes nos níveis de estrógeno e progesterona em mulheres e de testosterona em homens sendo necessária a compreensão de sua fisiologia para o entendimento do comportamento sexual dessa fase.

3.1.1 FISIOLOGIA DO HORMÔNIO MASCULINO

O principal hormônio masculino é a testosterona produzida a partir de moléculas de colesterol, sendo considerado um hormônio esteroidal. Sua produção aumenta até os 17 anos de idade nos homens, onde estabiliza em níveis de 300 a 1000 ng/dl (BARBOSA et al., 2014).

A regulação da produção desse hormônio se dá pelo eixo hipotálamo-pituitária-gônadas (HPG). O hipotálamo secreta o hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) que na pituitária (também chamada de hipófise) estimulará a produção e liberação de hormônio luteinizante (LH) que agirá nas células do testículo estimulando a produção de testosterona. Esta, por sua vez, agirá aumentando a liberação de hormônio folículo estimulante (FSH) responsável pela regulação da espermogênese (BARBOSA et al., 2014).

A testosterona (Figura 1) é responsável pela manutenção de grande massa muscular, libido, desejo sexual, prevenção de osteoporose, fertilidade e estabilidade mental, quando em níveis não elevados. Contudo, a testosterona ainda pode aumentar a liberação de cortisol no organismo, o que seria responsável por um comportamento mais agressivo do adolescente. De toda forma, é essencial para proteção de diversos órgãos do sexo masculino (BARBOSA et al., 2018).

Figura 1. Ciclo da Testosterona

Fonte: <https://blogdoenem.com.br/testosterona>

Além disso, a testosterona foi descrita como um "hormônio social" e está frequentemente relacionado a comportamentos como busca de status e domínio social (EISENEGGER et al., 2011), já tendo sido correlacionado positivamente com alta dominância nos líderes dos grupos de adolescentes (VERMEERSCH et al., 2010). No entanto, de acordo com a hipótese de desafio de Wingfield, a testosterona prediz o comportamento social apenas quando o status é ameaçado ou desafiado estando relacionados a comportamentos de riscos e impulsividade (WINGFIELD et al., 2013).

3.1.2. FISIOLOGIA DOS HORMÔNIOS FEMININOS

Os principais hormônios envolvidos com a regulação do organismo feminino são o estrógeno e a progesterona, servindo especialmente como neuroprotetores. Na puberdade as mulheres apresentam um aumento exponencial dos níveis destes hormônios que as protegem em diversos aspectos (CAPPELLETTI & WALLEN, 2016).

O colesterol é o precursor comum de todos os hormônios esteróides. Sua síntese começa com a interconversão de duas moléculas de acetilcoenzima A (CoA) e prossegue com a formação dos dois produtos intermediários esqualeno e lanesterol (PELUSO, 2013). Colesterol transportado no plasma como colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) (YAO et al., 2010) interage com os receptores de membrana e é internalizado nas vesículas e então fundido com lisossomos. As hidrolases lisossomais permitem a liberação intracelular de colesterol na forma livre, que é transportado para a mitocôndria para ser posteriormente convertido em pregnenolona, que é após o colesterol, o precursor dos hormônios sexuais femininos e masculinos (PELUSO, 2013). A pregnenolona liberada das mitocôndrias através da ação do citocromo P450 pode seguir duas vias metabólicas (PELUSO, 2013):

- a via D5-hidroxi esteróide, que leva à síntese de 17 a-hidroxipregnenolona, dehidroepiandrosterona (DHEA) e androstenediol, e é a principal via metabólica nas glândulas adrenais;
- a via D4-cetosteróide, que leva à síntese de 17 a-hidroxiprogesterona e androstenediona, e é característica das células granulosas do corpo lúteo (PELUSO, 2013).

A progesterona é produzida pelo corpo lúteo ovariano após a ovulação, pela placenta durante a gestação, pelas adrenais (ou suprarrenais) e pelo sistema nervoso. Já a maior parte do estrogênio é produzido nos ovários (estradiol), bem como no tecido adiposo, ossos, pele, fígado e glândulas adrenais

Após a produção, os hormônios são liberados no organismo conforme a fase do ciclo menstrual. Estudos desenvolvidos por Stahl (2010) e Cappelletti & Wallen (2016) sugerem que o estradiol é um hormônio chave relacionado aos efeitos excitatórios do desejo sexual, já a progesterona está associada com a supressão do desejo pela redução dos níveis de testosterona, dopamina e oxitocina. Segundo Oliveira et al. (2016, p. 200)

Estrógenos e progesterona exercem seus efeitos biológicos sobre os tecidos-alvos por meio da associação com proteínas receptoras intracelulares. A ligação do hormônio ativa o seu receptor específico, o que lhe permite interagir com sequências específicas de DNA.

A seguir os efeitos de estrógenos e progesteronas no organismo feminino, de modo sucinto (Quadro 1).

Quadro 1. Efeitos do estrógeno e progesterona no organismo feminino.

Efeitos do Estrogênio	Efeitos da Progesterona
Inibe a liberação do hormônio folículo estimulante	Define caracteres sexuais secundários – reação progestacional
Estimula a liberação de hormônio luteinizante -LH	Imprime resposta bifásica, sendo capaz tanto de inibir como estimular a liberação de LH
Propicia ação dos hormônios hipofisários ao nível dos ovários	Manutenção da gravidez
Deposição de glicogênio nas células vaginais - pH vaginal ácido	Inibe a secreção do hormônio liberador de gonadotrofinas por alterar a sua pulsatilidade
Proliferação do endométrio, favorecendo o aparecimento do câncer de útero	Inibição os efeitos proliferativos no endométrio.
Favorece a receptividade aos espermatozóides	Reduz a receptividade aos espermatozóides
Nas tubas uterinas: desenvolvimento da camada muscular e interfere nos movimentos peristálticos e ciliares	Inibe a musculatura uterina, inibe respostas dos linfócitos T impedindo a rejeição tissular, promovendo a deposição de nutrientes nas mamas para a formação do leite
Mama: aumento da vascularização,	Responsável pela diferenciação completa dos

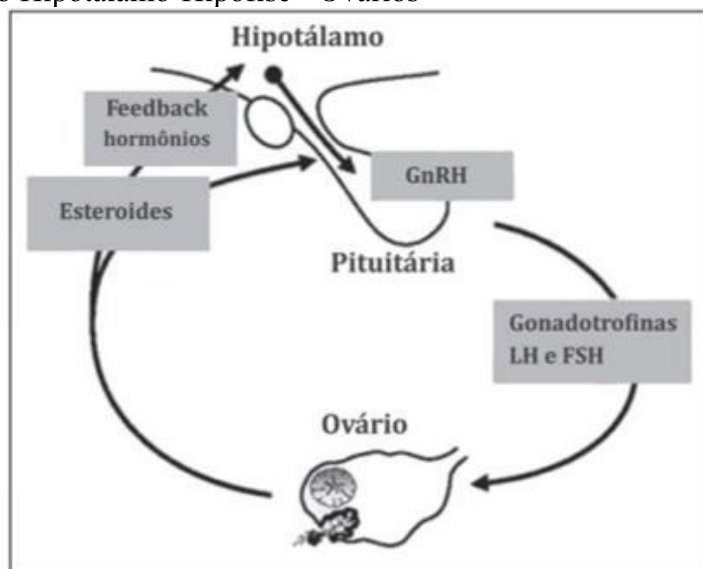
pigmentação da aréola, aumenta o tamanho e turgência	alvéolos mamários em conjunto com a prolactina e estrogênio
Estimula a síntese e armazenamento das gonadotrofinas, porém pouco atuante na sua liberação	Ativo na liberação das gonadotrofinas pela hipófise previamente sensibilizada pela ação dos estrogênios
Aumento da espessura da pele e glândulas sebáceas	Ação antagônica à aldosterona, pois inibe efeitos retentor de Na^+ favorecendo a diurese
Aumenta o processo de coagulação no sangue	Não altera a coagulação sanguínea
Altera os níveis sanguíneos da glicemia	Não altera os níveis glicêmicos no sangue
Perda de zinco e retenção de cobre	Não altera os níveis de zinco e de cobre no sangue
Reduz o nível de oxigênio celular	Não altera o oxigênio celular
Reduz o tônus vascular	Não altera o tônus vascular
Aumenta o risco de doenças autoimunes	Precursora dos corticosteroides

Fonte: Fernandes & Sá (2019)

Logo, com base no quadro acima, verifica-se que o organismo da mulher é naturalmente mais protegido que o do homem em decorrência da presença dos hormônios sexuais femininos (até a menopausa) (FERNANDES & SÁ, 2019).

A regulação hormonal é definida pelo eixo hipotálamo-hipófise (Figura 2).

Figura 2. Eixo Hipotálamo-Hipófise - Ovários



Fonte: Oliveira et al. (2016, p. 201).

O eixo hipotálamo, hipófise anterior e ovários regula basicamente o sistema reprodutivo feminino, de modo contínuo e cíclico. O hipotálamo secreta o GnRH, o qual induz após estímulo hipofisário a síntese e liberação dos hormônios LH e FSH, os quais atuarão diretamente na foliculogênese (desenvolvimento folicular) e de secreção de hormônios (estrogênio e progesterona) por estes. Logo, estes esteroides liberados pela

secreção ovariana irão por mecanismos de retroalimentação (*feedback*) atuar sobre o hipotálamo e hipófise gerando um *feedback* negativo para a liberação de GnRH. Quando o LH e FSH estão em baixos níveis, o estrogênio (estradiol-estrona) atua sobre este ciclo estimulando a produção e liberação de GnRH (*feedback* positivo) com a finalidade da ovulação. (TSUTSUMI et al., 2009).

3.1.2.1. Ovulação

Segundo Santos (2011, p. 1) “o ovário é onde se produzem as células germinativas femininas, assegurando a sua maturação e libertação a intervalos regulares, durante a idade reprodutiva da mulher, de um gameta capaz de ser fecundado”.

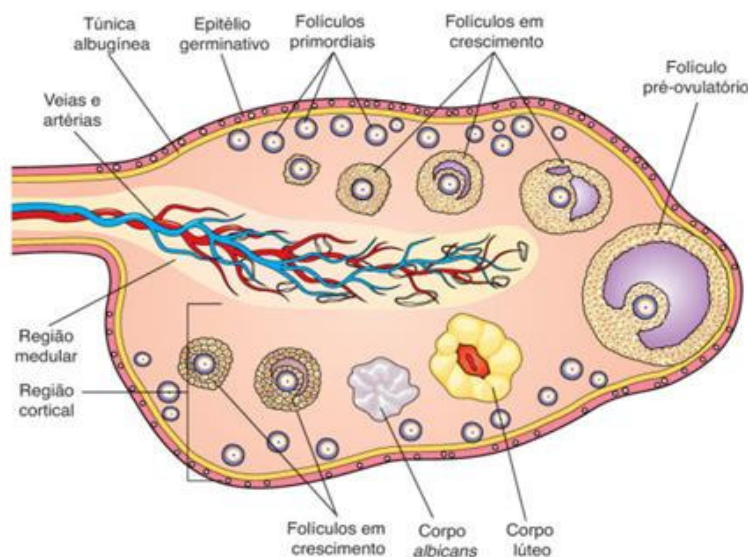
A ovulação começa até mesmo durante o período embrionário, a vida intrauterina da menina. As células germinativas primordiais (2n) do ovário são divididas por mitose sucessiva, formando vários oogênios diplóides (ou ovogênios). Estes também sofrem mitoses e formam novo ovoplasma e alguns ovócitos. Estes começam a meiose, que é interrompida na prófase I, onde são chamados de ovócitos primários ou primordiais (ADONA et al., 2015).

O folículo destinado a ovulação inicia o amadurecimento na puberdade levando 85 dias a partir do folículo primordial, muito numeroso em mulheres jovens. É revestido por uma camada de células epiteliais achatadas que se proliferam quando da ativação levando à conformação do folículo primário. Inicia-se a formação da zona pelúcida que envolve o ovócito que, em consonância com as múltiplas proliferações do tecido epitelial, levam à formação do folículo secundário. A proliferação contínua de células leva ao acúmulo de líquido interno chamado de antro (SANTOS, 2011).

Após maturação, os ovócitos considerados maduros são liberados na fase luteínica (2ª fase) do ciclo menstrual precedente, marcada por um pico de FSH. Os folículos não maduros sofrem atresia. Assim, após a ovulação (rompimento do folículo para liberação do óvulo para ser captado pelas fimbrias da tuba uterina homolateral), forma-se no interior do ovário o corpo lúteo ou amarelo (no seu interior há uma pequena glândula com células de pigmento amarelo - luteína). Quando se dá a fecundação no óvulo libertado, o corpo lúteo começa a crescer e a produzir grandes quantidades de progesterona nos primeiros meses de gravidez, chamando-se a seguir de corpo lúteo gravídico ou gestacional. Não ocorrendo a fecundação, o corpo lúteo sofre regressão, restando em seu lugar uma cicatriz chamada de corpo albicans (branco) com diminuição progressiva da secreção da progesterona o que resultará no surgimento do fluxo menstrual (descamação do endométrio), marcando um ciclo

no qual um novo corpo lúteo se irá formar (SANTOS, 2011) (Figura 3).

Figura 3: Processo de maturação do ovócito



Fonte: Junqueira & Carneiro (2017)

A perda dos folículos é contínua e é acelerada por volta dos 38 anos, sendo observados a presença de apenas 1000 folículos, indicando o início do climatério e depois a menopausa (SANTOS, 2011).

3.1.2.2. Processo menstrual

O endométrio é composto por múltiplas camadas, que podem ser divididas em duas partes distintas: a camada basal, que é responsável pelo processo de regeneração após a descamação endometrial; a camada funcional, que se transforma mais ativamente ao longo do ciclo, e é descamada uma vez por mês quando não há implantação do embrião (FRITZ & SPEROFF, 2011). O ciclo menstrual - endometrial é dividido didaticamente em 3 fases: proliferativa, secretória e menstrual, sua correspondência ao ciclo ovariano é: folicular, lútea e menstrual (FERNANDES & SÁ, 2019).

- **Fase proliferativa** inicia-se imediatamente após a fase menstrual sendo que assim, o endométrio comporta duas camadas: a basal, mais profunda, e a funcional, que descama a cada ciclo. A proliferação das células do conjuntivo, da lâmina própria e das glândulas do útero migram umas sobre as outras por deslizamento.

- **Fase secretória** ocorre logo após a ovulação e depende da formação do corpo lúteo e secreção de progesterona. “Nesta fase o endométrio atinge sua espessura máxima (5mm),

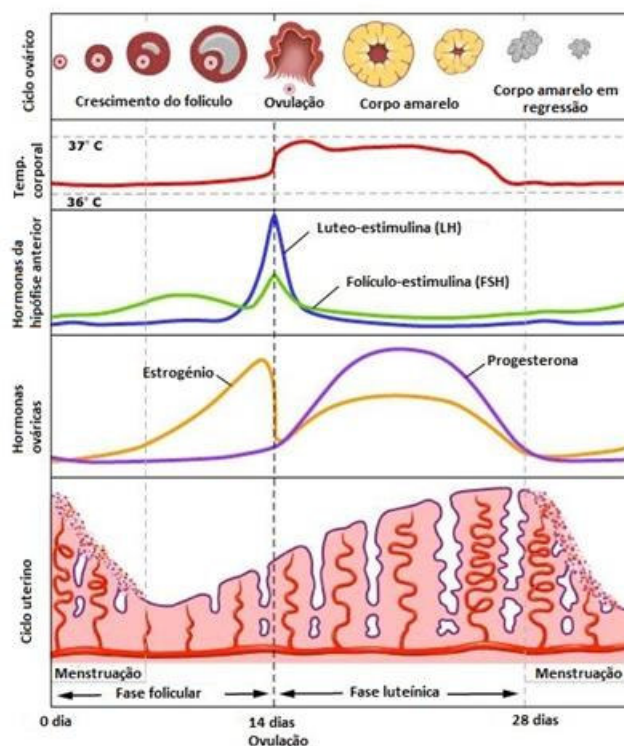
devido ao acúmulo de secreção e ao aparecimento de edema na lâmina própria” (FERNANDES & SÁ, 2019).

Precedendo a ovulação ocorre um pico hormonal do FSH e principalmente do LH. Após a ovulação – fase lútea, que se estende do dia do pico de LH até o início da próxima menstruação, ocorre uma inversão nas concentrações hormonais com o predomínio da progesterona o que implica em um estímulo endometrial, com aumento do comprimento e da tortuosidade de suas glândulas e dos vasos espiralados do endométrio, associado ao incremento na secreção glandular, constituindo a fase secretora.

A mucosa não mais aumenta, devido à cessação das mitoses, pelo contrário, começa a sofrer compactação, que atinge o pico máximo no pré-menstruo ($\pm 5\text{mm}$) (FERNANDES & SÁ, 2019). Não ocorrendo a fecundação, o corpo lúteo sofre involução com decréscimo na concentração da progesterona ocorrendo a descamação endometrial – fluxo menstrual.

- **Fase menstrual:** se não houver a implantação do embrião na parede uterina até o final da fase anterior, o corpo-lúteo irá se desintegrar, causando uma diminuição brusca na concentração dos hormônios ovarianos o que por consequência leva a constrição das artérias da parede uterina desencadeando a desintegração de parte dessa parede que é eliminada na menstruação (FERNANDES & SÁ, 2019) (Figura 4).

Figura 4: Ciclo Menstrual Ovariano, Hormonal e Endometrial.



Fonte: <https://blogdoenem.com.br/ciclo-menstrual-biologia-enem>

3.2. PLANEJAMENTO FAMILIAR

Segundo a Lei 9263 de 12/01/1996: “o planejamento familiar é definido como conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Com o passar dos anos, a mulher deixou de ter sua posição de “dona de casa” e passou a ocupar uma posição mais ativa na sociedade, o que se traduz num aumento da preocupação com a quantidade de filhos a serem gerados. Com o trabalho fora de casa, as mulheres passaram a dispor de menos tempo para o cuidado com os filhos e passaram a responsabilidade aos cônjuges ou mesmo optaram por não ter uma grande quantidade de filhos ou não engravidar (SANTOS et al., 2011).

Contudo, no Brasil, uma dura realidade ainda é a gravidez na adolescência como um reflexo da falta de planejamento familiar na fase da adolescência, sendo resultado da carência de um programa de educação sexual amplamente difundido em nosso país (FIEDLER et al., 2015). A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública no Brasil, acometendo muitas mulheres com baixa renda e escolaridade, na faixa etária de 10 a 19 anos (SANTOS et al., 2009).

Segundo dados de 2006 a 2015, o Brasil tem 65 gestantes a cada 1.000 meninas, o sétimo maior índice de gravidez entre adolescentes sul-americanas, estando três quintos delas desempregadas, sete em cada dez são afrodescendentes e cerca de metade vive no Nordeste do país (ONU, 2016). No entanto, o Ministério da Saúde informou que após a análise dos dados preliminares do DATASUS-SINASC 2017, o número absoluto de gestações entre adolescentes brasileiras de 10 a 19 anos caiu de 661.290 em 2004 para 546.529 em 2015 (BRASIL, 2017). A redução pode ser atribuída à distribuição de anticoncepcionais para adolescentes em todas as secretarias de saúde do país, à ampliação dos programas de saúde da família e às ações de educação sexual, como o Manual de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2017).

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, atualizada em março de 2017, por volta dos 15 anos de idade os adolescentes devem finalizar o ensino médio, totalizando 11 anos de estudo. De acordo com os dados da base DATASUS dos 1074 entrevistados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2011-2013) somente 291 adolescentes tinham entre 4 a 7 anos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1. Escolaridade de mães adolescentes. Brasil. DataSUS

Ano	Idade	ESCOLARIDADE					Total geral
		Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos ou +	
2011	10 a 14	-	1	28	7	-	36
	15 a 19	2	31	291	375	375	1074
2010	10 a 14	-	2	21	10	-	33
	15 a 19	4	29	324	375	54	786
2009	10 a 14	1	7	32	9	-	49
	15 a 19	10	34	208	366	64	682

Fonte: adaptado de Datasus (2013).

Com pouca educação escolar (4 a 7 anos), o que dirá da educação sexual

Não é mais possível esconder que crianças, adolescentes e jovens tem um comportamento sexual ativo que necessita de orientação. No entanto, não no sentido moral e repressor, mas em sua dimensão de vida de relação entre os sexos, de vida social e afetiva, e de crescimento pessoal. Uma educação sexual, em que se possa tanto debater e questionar tabus e preconceitos quanto incorporar conhecimentos de anatomia e fisiologia sexual ao mesmo tempo em que se lida com a ansiedade, o medo e a culpa e discute sobre diversidade sexual, igualdade de gênero e o corpo. (RIBEIRO, 2013,p.12).

A educação sexual e, por conseguinte o planejamento familiar é um direito constituído por lei, deve ser amplamente divulgada e problematizada, com os sujeitos de todas as classes sociais, em especial com os que estão na adolescência. Ainda pelo prisma do direito, é necessário que a execução desta seja dada por meio de “métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção” (SANTOS et al., 2011).

Desse modo, não se pode deixar de considerar que o planejamento familiar se trata de um conjunto de iniciativas, das quais destacam-se:

... ações preventivas e educativas, com garantia de acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis. Incluem o auxílio à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e ao neonato, o controle das infecções sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer de colo do útero, de mama e de pênis (BVS, 2019).

3.3. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Os métodos contraceptivos são todas e quaisquer atitudes adotadas para evitar a fecundação do óvulo. Além disso, os métodos de barreira contribuem para evitar a disseminação de IST, especialmente, o vírus HIV responsável pelo desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (MENDONÇA et al., 2009). Isso é especialmente importante nos adolescentes, haja vista apresentar uma das maiores taxas destes soropositivos (MACEDO et al., 2013). Os principais métodos contraceptivos envolvem o uso de camisinha masculino (“camisinha”), dispositivo intrauterino (DIU) e os anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis.

3.3.1. Métodos não medicamentosos

3.3.1.1 Camisinha masculino

Também conhecida como camisinha é um dispositivo de látex com o formato anatômico do órgão genital masculino, sendo colocada antes ao ato sexual, mantida durante, e retirada após, sendo então descartada (Figura 5) (BRADLEY et al., 2019). O estudo de Oliveira et al. (2015) demonstrou que a maioria (65,4%) dos adolescentes do sexo masculino faz uso de camisinha.

Figura 5: Uso da Camisinha Masculino



Fonte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/camisinha>

É necessário reforçar que a eficácia do método depende do usuário, afinal, o risco de gravidez ou IST é proporcionalmente maior quando não se utilizam as camisinhas nas relações sexuais. Estudos desenvolvidos por Sedgh et al. (2014), Finotti (2015) e Bradley et al. (2019) apontam que ocorre um número muito pequeno de gravidez ou infecções devido ao

uso incorreto, ao resvalamento ou ao rompimento da camisinha.

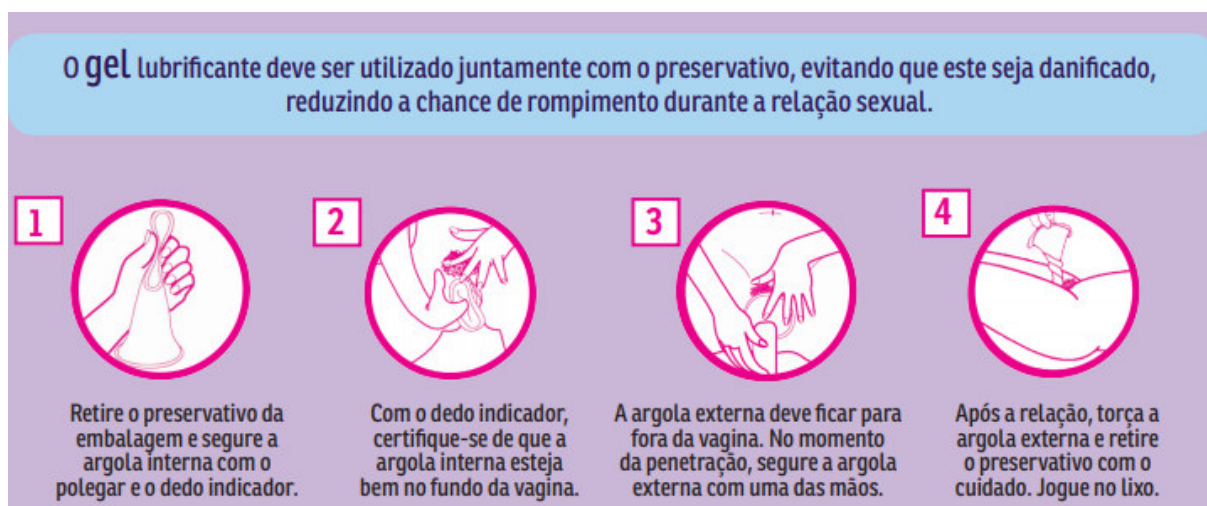
De acordo com Finotti (2015) a falha por ruptura da camisinha de látex (as quais são mais populares que as feitas de plástico devido ao seu custo mais baixo) é em torno de 2,6% o que não necessariamente reflete em gestações. A autora coloca que a taxa de gestações que ocorrem mesmo com o uso da camisinha varia de 3 a 14%, sendo esta variação atribuída principalmente ao seu uso correto e a qualidade da matéria prima utilizada na fabricação.

No que concerne a proteção contra o HIV e outras ISTs, esse método diminui sensivelmente o risco quando utilizado corretamente e consistente em toda relação sexual, prevenindo de 80% a 95% a transmissão do HIV, bem como gonorreia, herpes, HPV e clamídia. (OLIVEIRA et al, 2015).

3.3.1.2 Camisinha feminina

Apresenta-se em forma de saco de poliuretano, transparente, macio e fino, para uso na cavidade vaginal e, tal como a camisinha masculina, serve para prevenção das ISTs e como método contraceptivo. Finotti (2015) reporta que a falha da camisinha varia de 5 a 21%, ou seja, ocorrem de 5 a 21 gestações a cada 100 mulheres, a falha também pode estar associada ao uso incorreto e não regular (Figura 6).

Figura 6: Uso da Camisinha Feminino



Fonte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/camisinha>

A camisinha feminina protege uma área mais ampla da genitália externa do que a masculina, ademais, o poliuretano da camisinha feminina é mais firme e mais resistente a

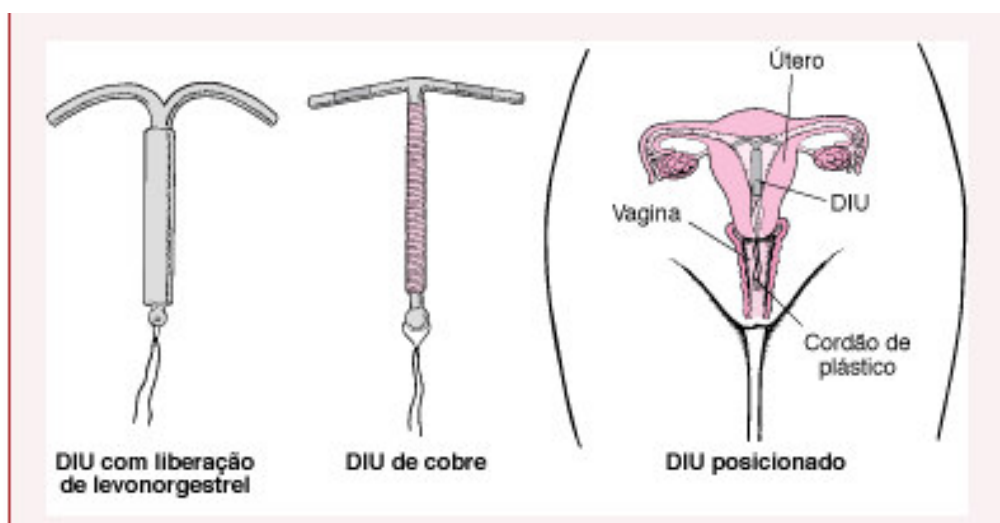
ruptura do que a masculina. Sendo esse método, portanto, mais uma opção para as mulheres, na prevenção da gravidez e das infecções sexualmente transmissíveis (FINOTTI, 2015).

3.3.1.3 Dispositivo Intrauterino

Esse dispositivo conhecido popularmente como DIU - dispositivo intrauterino é uma peça composta de polietileno em formato de “T” que é colocada no interior do útero próximo às regiões nas quais desembocam as tubas uterinas (WIEBE; TROUTON; DICUS, 2010) (Figura 7). Existem três tipos de DIU (FINOTTI, 2015):

- Não medicado: de polietileno impregnado com sulfato de bário;
- Cobre: a presença de corpos estranhos e corpos de cobre na cavidade endometrial não só causa alterações no muco cervical, mas também na bioquímica e morfologia do endométrio aumentando a produção de citocinas citotóxicas e de prostaglandinas e inibindo as enzimas endometriais. A soma destes efeitos leva a alteração no transporte de espermatozoides, evitando a fertilização através da queda de vitalidade dos espermatozoides e perda de sua capacidade de penetrar no muco cervical, contudo, a ovulação propriamente dita não é afetada.
- Hormonal: além de promover um impedimento mecânico realiza a liberação de modo contínuo do hormônio levonorgestrel que impede a ovulação e a descamação endometrial (menstruação) (MORA et al., 2013);

Figura 7: Dispositivo Intrauterino



Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/planejamentofamiliar/dispositivos-intrauterinos-diu>

De acordo com Machado (2018) os DIUs são eficientes, seguros e bem tolerados, e sua taxa real de falha é semelhante à da esterilização cirúrgica feminina, portanto, atualmente são considerados seguros para a maioria das mulheres, incluindo mulheres que nunca tiveram filhos como é o caso das adolescentes. Nos critérios de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais, a Organização Mundial da Saúde e o Centro Norte-Americano de Controle de Doenças classificam o uso dos DIUs para mulheres sem filhos como categoria 2 (vantagens são maiores do que os riscos) e para as mulheres com filhos são classificadas na categoria 1 (sem restrições) (MACHADO, 2018).

3.3.1.4 Sexo sem penetração

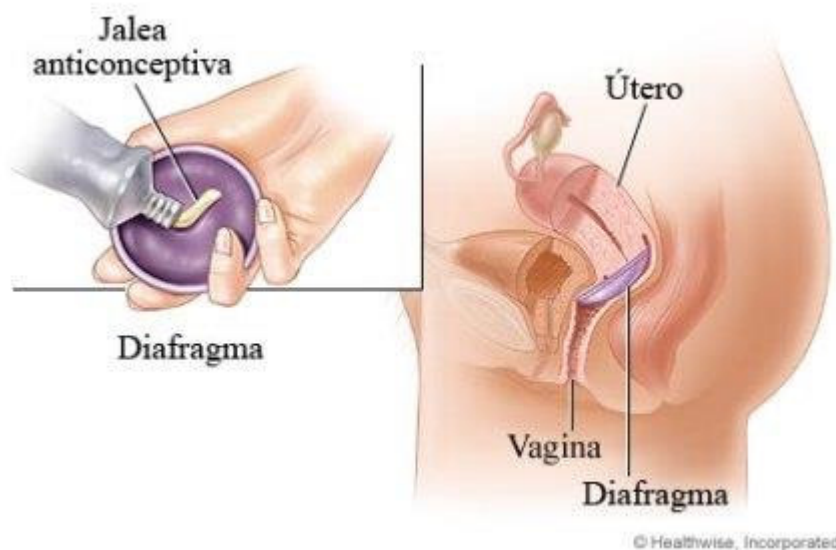
O sexo sem penetração consiste em realizar práticas sexuais tais como beijar, abraçar, masturbação individual ou não, se esfregar, assistir material erótico e carícias entre outras, porém sem a introdução do pênis na vagina. Alguns sexólogos definem o sexo sem penetração estritamente como nenhuma penetração genital ou troca de fluidos corporais enquanto outros são mais flexíveis limitando a ideia ao sexo sem pênis na vagina, mas permitem o sexo oral ou anal (HERBENICK et al., 2018). Embora sem a ocorrência da penetração seja muito raro que a mulher engravide, se houver ejaculação próxima ao orifício vaginal existe a possibilidade de uma gestação não-planejada (MACHADO, 2018)

3.3.1.5 Diafragma

É um método de barreira que impede o acesso dos espermatozóides ao colo do útero, sendo sua estrutura feita de borracha ou silicone, com uma borda em forma de anel, flexível, que recobre o colo uterino, portanto não impede o contato do pênis com a parede vulvovaginal, não impedindo com isso a propagação de IST's, somente da gravidez não-planejada (FINOTTI, 2015).

Tendo em vista que ele se adequa ao formato do colo uterino, seu tamanho é determinado para cada mulher após avaliação médica. Pode ser inserido minutos antes da relação sexual e sua eficácia associa-se com o uso concomitante de espermicida. De acordo com a mesma autora o risco de uma gestação não-planejada é de 6% a 21% sendo essa variação de eficácia atribuída ao uso correto do dispositivo (FINOTTI, 2015) (Figura 8).

Figura 8: Diafragma



Fonte: <https://guiadaeducacaosexual.wordpress.com/contraceptivos/>

3.3.1.6 Coito Interrompido

Apesar do crescente conhecimento sobre planejamento familiar e dos métodos anticoncepcionais, bem como das altas taxas de falha dos métodos comportamentais como tabelinha, muco cervical, tabelinha e coito interrompido, existem ainda casais que os praticam, principalmente o coito interrompido, que depende da capacidade unicamente do parceiro masculino em pressentir a eminência da ejaculação e neste momento retirar o pênis da vagina. Antes, o homem deve urinar (para eliminar conteúdo espermático remanescente de uma eventual ejaculação anterior), pois o líquido pré-ejaculatório pode conter espermatozoides vivos, o que aumenta o índice de falha. O sêmen ejaculado deve ser depositado longe da genitália da mulher (NASRABAD et al., 2019).

Esse método não apresenta nenhuma proteção contra IST, é comum a insatisfação sexual de um ou de ambos os parceiros. A mulher, invariavelmente fica insegura com o desenlace da relação e esse sentimento é mais evidente em casais jovens e ou que tenham relações sexuais esporádicas (ROSSIER & CORKER, 2017).

Seus praticantes podem apresentar com mais frequência diminuição de libido, ejaculação precoce, impotência sexual masculina, disfunção sexual e na mulher varizes pélvicas – congestão e dor pélvica crônica. É o método com maior índice de falha (ROSSIER & CORKER, 2017; NASRABAD et al., 2019).

3.3.1.7 Tabela

Também conhecida como tabela Ogino-Knaus, método do calendário ou método rítmico, consiste na identificação do período fértil feminino mensal e assim evitar a relação sexual nesse período. Para tal a mulher deve ter o ciclo menstrual regular para o cálculo dos dias férteis, saber identificar os sinais de ovulação como a mudança da temperatura térmica basal e a alteração do muco cervical pelo toque vaginal.

De acordo com Finotti (2015 p. 7)

Antes de usar este método, a mulher deve registrar o número de dias de cada ciclo menstrual durante, pelo menos, seis meses. O primeiro dia da menstruação é sempre o dia número um. O ciclo menstrual começa no primeiro dia da menstruação e termina no último dia antes da menstruação seguinte. A mulher subtrai 18 da duração do seu ciclo mais curto, estimando, assim, o primeiro dia de seu período fértil. Em seguida, ela subtrai 11 dias da duração do seu ciclo mais longo, que corresponde ao último dia de seu período fértil. O casal deve evitar relações sexuais com penetração vaginal durante este período.

Como os outros métodos comportamentais não evita IST. Na atualidade, com a integração ativa da mulher na renda familiar e o retardo da paridade, observa-se com mais frequência ciclos menstruais irregulares, sendo um método de pouca aplicabilidade clínica com a finalidade de contracepção. Mas é muito utilizado naquelas com desejo de engravidar (FINOTTI, 2015).

3.3.2. Métodos medicamentosos

3.3.2.1 Anticoncepcionais orais

É um dos métodos contraceptivos mais confiáveis e consiste na administração de um comprimido diário, em um mesmo horário, que contém hormônios femininos sintéticos. Com a manutenção dos níveis normais de estrógeno e progesterona, evita-se a liberação do ovócito que seria fecundado, ou seja, a ovulação (FINOTTI, 2015).

Anteriormente, a concentração dos hormônios nos anticoncepcionais orais combinados (AOCs) era elevada tanto de etinil estradiol ou mestranol da ordem de 200 a 150 mcg (derivados sintéticos do estrogênio) como de progesterona, resultando em aumento do risco de doenças cardiovasculares. No entanto, as concentrações terapêuticas mudaram substancialmente nas últimas décadas. Os AOCs atuais contêm uma dose baixa de etinil estradiol (15 a 45mcg) combinada com novos progestágenos, e muitas alternativas foram

desenvolvidas, inclusive a via subdérmica e dérmica. Além disso, os contraceptivos orais ou “pílulas” só com progesterona são um advento para mulheres que não podem usar os derivados de estrogênio associado (SHUKLA et al., 2017).

3.3.2.2 Anticoncepcionais injetáveis

São compostos hormonais sintéticos, agindo também inibindo a ovulação. O que difere das pílulas é basicamente a via de administração, que aqui é intramuscular, mensal para os compostos combinados – que apresentam derivados de estrogênio e progesterona ou, trimestral com somente progesterona (FINOTTI, 2015).

Ambas com bastante eficácia quando utilizadas corretamente, mas, também não protegem contra as IST (FINOTTI, 2015).

O uso da via intramuscular tem menos impacto na pressão arterial, hemostasia e coagulação, metabolismo lipídico e função hepática (FINOTTI, 2015).

3.3.2.3 Contracepção de emergência ou “Pílula do dia seguinte”

Para evitar gravidezes não-planejadas após relações sexuais desprotegidas, as mulheres podem escolher entre o regime de Yuzpe ou a pílula do dia seguinte ou de emergência. Segundo o Ministério da Saúde (2015 p. 8-9)

Há duas formas de oferecer a Anticoncepção de Emergência (AE). A primeira, conhecida como regime ou método de Yuzpe, utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar e conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”. O método de Yuzpe consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético, administrados até cinco dias após a relação sexual desprotegida. A associação mais estudada, recomendada pela Organização Mundial de Saúde, é a que contém etinil-estradiol e levonorgestrel. Para finalidade de AE, é necessária a dose total de 200g de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, a cada 12 horas, ou administradas em dose única. Existem no mercado AHOC com 50g de etinil-estradiol e 250g de levonorgestrel por comprimido. Nesse caso, utilizam-se 2 comprimidos a cada 12 horas ou 4 comprimidos em dose única. Pode-se prescrever evanor® ou neovlar®, 2 comprimidos (12/12 horas) ou 4 comprimidos (dose única). Os AHOC com 30g de etinil-estradiol e 150g de levonorgestrel requerem o uso de 4 comprimidos a cada 12 horas ou 8 comprimidos em dose única. São opções o microvlar® ou nordette®, 4 comprimidos (12/12 horas) ou 8 comprimidos (dose única)1, 2, 10, 19, 59. A segunda forma de realizar a AE é com o uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg, dividida em 2 comprimidos iguais de

0,75mg, a cada 12 horas, ou 2 comprimidos de 0,75mg juntos, em dose única. Como exemplos comerciais, pode-se prescrever postinor-2®, ou norlevo®, ou pilem®, ou pozato®, ou nogravid®, ou poslov®, 1 comprimido a cada 12 horas ou 2 comprimidos em dose única. Da mesma forma que o método de 8 Yuzpe, o levonorgestrel pode ser utilizado até cinco dias da relação sexual desprotegida. É importante ressaltar que a administração da AE classicamente é descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas. Contudo, os recentes estudos da Organização Mundial de Saúde oferecem claras evidências de que a dose única de 1,5mg de levonorgestrel é tão eficaz como duas doses de 0,75mg separadas em intervalos de 12 horas. Também evidenciam efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, embora com taxas de falha maiores.

As indicações do método de Yuzpe e do levonorgestrel são as mesmas para a AE, assim como seu mecanismo de ação. Mas há evidentes vantagens do levonorgestrel sobre o método de Yuzpe. Como não contém estrogênios, o método do levonorgestrel está isento de efeitos colaterais e contraindicações. A frequência e a intensidade dos efeitos secundários da AE são também sensivelmente reduzidas. Outra vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação com medicamentos antirretrovirais. No método de Yuzpe, o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia da AE. Essa condição é importante para mulheres soropositivas que usam a AE, ou para mulheres em situação de violência sexual que utilizam, ao mesmo tempo, a AE para evitar a gravidez por estupro e os antirretrovirais para a profilaxia da infecção pelo HIV. Além disso, o método de Yuzpe apresenta certas limitações em algumas situações clínicas em que o estrogênio é desaconselhável, classificadas na categoria 2 pela Organização Mundial de Saúde. Estas limitações não ocorrem com o levonorgestrel, indicado em substituição ao método de Yuzpe nessas circunstâncias. Mas o argumento fundamental para a escolha do levonorgestrel é a sua maior efetividade na prevenção da gravidez, conforme será descrito adiante. De maneira geral, o levonorgestrel deve ser preferido ao método de Yuzpe, sempre que possível e disponível.

As pílulas anticoncepcionais de emergência são menos eficazes do que os ACOs regulares, e a ingestão dessas drogas costuma ser acompanhada por efeitos colaterais como menstruação atrasada ou precoce, dor de cabeça, náusea, tontura ou dor abdominal (BENTANCOR & CLARKE, 2017).

As pílulas do dia seguinte só devem ser usadas em caso de uma emergência real, por exemplo, quando um contraceptivo primário falha, e não como um método regular de controle de natalidade. Além disso, a automedicação pode ser difícil em geral, visto que muitas mulheres estão mal informadas sobre seu ciclo menstrual, quando e como usar a contracepção de emergência e como a contracepção regular pode ser garantida após a medicação (ESHRE, 2015).

3.3.2.4 Espermicida

Na forma de espuma, creme, geleia, pasta ou líquido é introduzido no interior da vagina pois é considerado espermicida. Deve ser utilizado em conjunto com diafragma ou camisinha, e o prazo de validade é de uma hora. Portanto, as mulheres devem ser instruídas a ter relações sexuais durante este período, caso contrário, ele deve ser reaplicado (FINOTTI, 2015).

3.3.3 Método Cirúrgico

Procedimento cirúrgico para a anticoncepção definitiva tanto no homem - vasectomia através da obstrução dos canais deferentes, impedindo que os espermatozoides produzidos nos testículos se juntem ao sêmen, como na mulher – ligadura ou laqueadura das trompas com sua obstrução o que impedirá o encontro do óvulo com os espermatozoides. Ambos são irreversíveis e não protegem contra IST (FINOTTI, 2015).

A vasectomia é um pequeno procedimento cirúrgico que geralmente leva de 5 a 20 minutos para ser realizado com anestesia local (KABAGENYI et al., 2014).

A vasectomia é altamente eficaz, não afeta a sexualidade, performance ou masculinidade, e não tem nenhum risco de saúde associado. É uma opção contraceptiva para indivíduos, casais, programas de planejamento familiar e programas de saúde comunitária. Para casais que definitivamente não querem mais filhos, oferece uma alternativa à esterilização feminina (KABAGENYI et al., 2014).

No caso feminino consiste na secção das tubas uterinas e posteriormente são amarradas, cauterizadas, ou fechadas com grampos ou anéis (SOUZA, 2013), a anestesia local deve ser evitada. Existem diversas técnicas e a via é abdominal por laparoscopia ou não, pode necessitar de horas ou um dia de internação (KABAGENYI et al., 2014).

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

Conhecer os indicadores sexuais e de reprodução humana entre os adolescentes da Unidade Básica de Saúde do Gapara, município de São Luís, Maranhão.

4.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as variáveis biológicas, sociais e comportamentais dos adolescentes;
- Identificar a presença da atividade sexual/gravidez (variável dependente) com as variáveis (independentes) sexo, idade da menarca, início da atividade sexual, número de parceiros, uso/conhecimento/fonte de métodos contraceptivos.

5. HIPÓTESES

A principal hipótese que nossa pesquisa levanta, seria a de que existem muitos métodos contraceptivos que podem impedir uma gravidez não-planejada e a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, seu uso é reduzido por conta de limitações na educação sexual no Brasil por ser tratada ainda como um tabu e como algo que poderia incentivar a realização do ato sexual.

O desejo sexual aflorado na adolescência como resultado da intensa mudança que ocorre nos níveis de hormônios sexuais, bem como do maior desenvolvimento dos órgãos sexuais (puberdade). Acredita-se que haja uma associação forte entre o início da atividade sexual e a menarca nas adolescentes. O número de parceiros poderia estar relacionado também ao início da atividade sexual.

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo. Recomenda-se que os dados coletados no estudo transversal sejam de indivíduos semelhantes nas distintas variáveis estudadas, como são os jovens da pesquisa aqui apresentada (PEREIRA et al., 2018). Essa variável é a que permanece constante durante todo o estudo transversal. Associado a isso, optou-se pela modalidade descritiva que é mobilizada aqui como uma forma de avaliação da frequência e distribuição de um tópico de estudo em um determinado grupo demográfico (PEREIRA et al., 2018).

6.2. LOCAL

A pesquisa tem como locus de enunciação a unidade básica de saúde (UBS) “Centro de Saúde do Gapara” (CSG), localizada no Bairro Gapara, na zona rural do distrito Itaquibacanga no Município de São Luís, Maranhão. São atendidos em média de 3 a 5 adolescentes por dia, 15 a 25 por semana ou em média 60 adolescentes/mês. O CSG possui duas equipes de Estratégia Saúde de Família (ESF), 10 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo 5 vinculados em cada equipe, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 1 Equipe de Saúde Bucal. São oferecidos atendimentos nas diversas áreas de Clínico Geral, Fonoaudiologia, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Psicologia e Odontologia.

6.3. AMOSTRA

De cunho não probabilístico, por demanda espontânea composta por adolescentes de ambos os sexos, que frequentam ou são atendidos na Unidade Básica de Saúde no período de 6 meses consecutivos, a partir da liberação para início da pesquisa:

- Critérios de Inclusão: Adolescentes entre 10 e 19 anos.
- Critérios de não-inclusão: Adolescentes com incapacidade mental declarada pelo familiar ou responsável legal ou outra condição físico-mental que limite o entendimento das perguntas/respostas.

6.4. CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Calculada em 157 adolescentes, considerado uma amostra “homogênea” (região delimitada) e com 10% de perda amostral, baseando-se nas seguintes estimativas:

- (a) Total de adolescentes registrados ou estimados para comparecerem na UBS, no período da pesquisa: 360 (N);
- (b) Erro amostral: 5%;
- (c) Intervalo de confiança: 95%;

6.5. VARIÁVEIS DE INTERESSE

- Sexo: feminino/masculino
- Idade (anos completos):
- Escolaridade (anos de estudo):
- Menarca (nas meninas):
- Já teve relação sexual: Não/sim
- Início da atividade sexual (quando? mês e ano?)
- Com qual dessas pessoas gostaria de se informar ou conversar sobre relação sexual ou sexo:
 - Um religioso
 - Um profissional de educação
 - Um profissional de saúde
 - Alguém experiente, que conhece sexo na prática
 - Alguém do mesmo sexo
 - Alguém de sexo diferente
 - Alguém mais velho
 - Alguém de idade mais próxima a sua
 - Outro tipo de pessoa não citada acima
- Já ficou grávida alguma vez? Quantas? Já engravidou alguém? Quantas vezes?
- O que faz para evitar filhos nas relações sexuais:
- Uso de camisinha nas relações sexuais: nunca/sempre/quase sempre/ quase nunca
- Homens: como aprendeu a usar camisinha
- Sabe como obter camisinha gratuito: Não/sim. Explicar

- Fonte das informações sobre os métodos contraceptivos:
 - Pai/Mãe
 - Outros familiares ou parentes
 - Professores/escola
 - Profissionais de saúde/agente comunitário (ACS)
 - Livros, revistas
 - Internet
 - Amigos/colegas
 - Ninguém
 - Outros
- Uso de contraceptivos não-hormonais e hormonais (orais/injetáveis):
 - Sexo sem penetração
 - Diafragma
 - Espermicida
 - Coito interrompido
 - DIU
 - Cirurgia
 - Tabela
 - Injeção
 - Pílula do dia seguinte
 - Anticoncepcional orais
 - Camisinha feminina
 - Camisinha masculina
- Sabe como evitar IST/AIDS
- Sabe como prevenir gravidez em relação sexual desprotegida
- Número de parceiros sexuais

6.6. COLETA DE DADOS

Para registro das variáveis sociodemográficas, comportamentais e outras consideradas de interesse para atingir o objetivo principal da pesquisa, foi aplicada uma ficha protocolo composto por perguntas fechadas, estruturadas com respostas dicotômicas ou policotômicas, e para algumas variáveis utilizou-se a Escala de Likert (ANTONIALLI & ANTONIALLI, 2016).

Amplamente utilizada em pesquisas de opinião, nessa escala considerou-se respostas psicométricas presentes comumente em questionários, nela os entrevistados especificam seu nível de concordância com uma afirmação, como poderá ser visto na exposição da ficha protocolo, que consta no **apêndice A**. No momento da aplicação do questionário, os entrevistados foram esclarecidos à respeito dos termos técnicos mobilizados que pudessem gerar dúvidas.

6.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no Banco de Dados do Programa Excel Versão 365. Isto posto, realizou-se uma estatística descritiva dos dados discretos expressos por meio de tabelas e gráficos em média e proporções relativas e absolutas.

6.8. ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO

Todos os adolescentes e responsáveis foram convidados para participar da pesquisa e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento.

Os participantes foram abordados de forma ética, sigilosa e sem a presença de qualquer tipo de pressão. Como procedimento padrão, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento, constantes nos **Apêndices B e C**, respectivamente, ao final da dissertação. Após leitura, o participante em potencial decidiu se desejava participar ou não da pesquisa e assinava ou não o TCLE.

A coleta de dados teve início após aprovação e expedição do Parecer Consubstanciado N° 3.764.164 (Anexo) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão, respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Acerca dos riscos, não foram apresentados riscos físicos e, possíveis constrangimento em algum momento da entrevista, não foram notados pelo entrevistador e nem relatados pelos entrevistados. Em diversos momentos relatamos que quaisquer desagradados com o conteúdo das perguntas poderiam ser sinalizados e, em caso de desistência do participante, não haveria nenhum prejuízo na sua assistência vinculada a UBS.

No que competia aos benefícios, realizamos esclarecimentos e dúvidas dos

participantes, oferecemos orientações acerca da sexualidade, métodos contraceptivos e infecções preferencialmente transmitidas pela relação sexual. Aspectos esses que, sem dúvidas, contribuíram com a qualidade da saúde, além de terem oportunizado a fala sobre a sexualidade e, acreditamos, colaborou com a melhora das opções acerca da saúde reprodutiva.

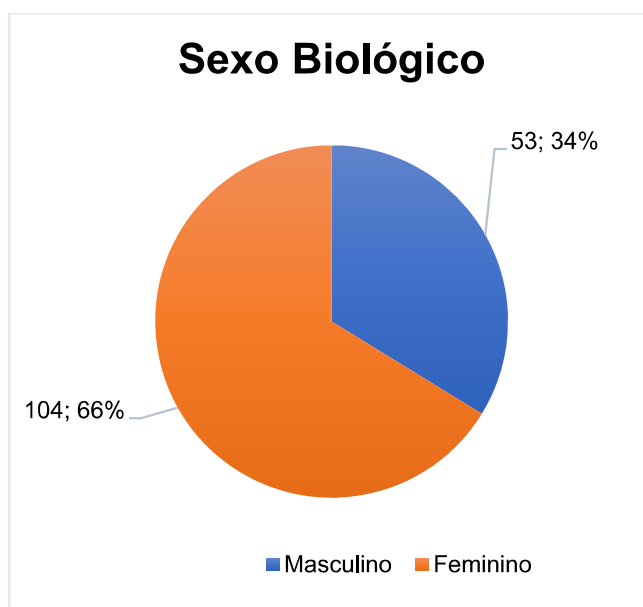
No intuito de realizar a divulgação e a popularização científica, tratamos ainda de reforçar para os participantes que os resultados serão divulgados no repositório digital da Fundação Oswaldo Cruz e estarão disponíveis para consulta de modo gratuito por toda a comunidade acadêmica e sociedade de modo geral¹.

¹ Os custos financeiros para execução dessa pesquisa foram pagos integralmente pelo pesquisador. Os custos envolvidos nesse trabalho envolvem apenas o deslocamento até a Unidade Básica de Saúde, a impressão dos questionários e termos de consentimento livre e esclarecido e distribuição de canetas para responder ao questionário.

7. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 157 adolescentes, entre 10 (dez) e 19 anos de idade, com 66,24% (104) meninas ante 34% (53) de meninos (Gráfico 1). Tal como citado anteriormente, adotou-se os limites cronológicos da adolescência definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (adolescentes) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) (SENNA & DESSEN, 2015).

Gráfico 1. Distribuição da amostra por sexo biológico.



Fonte: Autoria própria (2020).

No tocante à idade, a maioria relatou idade de 19 anos com 23,56% (37) da amostra. (Tabela 2) onde 60% (n=94) dos participantes tinha mais de 8 anos de estudo (Gráfico 2).

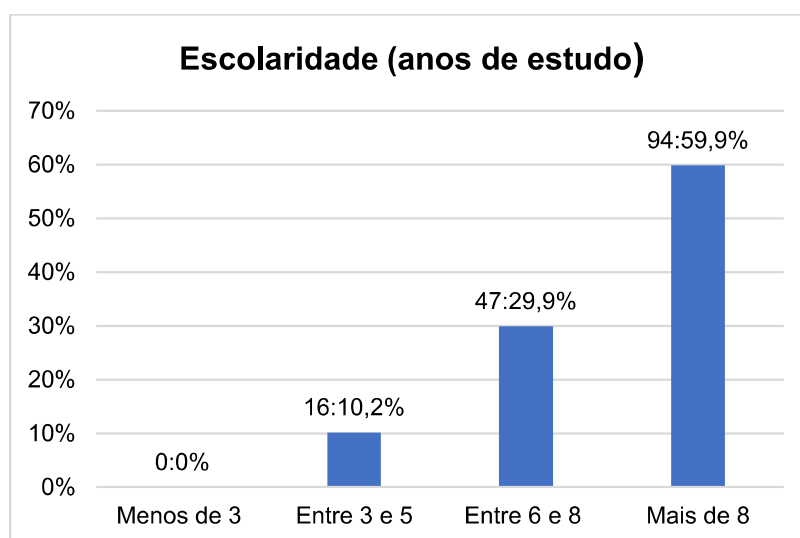
Tabela 2. Idade dos entrevistados. São Luís - MA. 2020

Idade (anos)	n (%)
10	11 (7,0)
11	6 (3,9)
12	10 (6,4)
13	12 (9,5)
14	8 (5,1)
15	20 (12,7)

16	21 (13,3)
17	14 (8,9)
18	15 (9,5)
19	37 (23,7)
Total	157 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

Gráfico 2. Escolaridade entre os participantes. São Luís – MA. 2020



Fonte: Autoria própria (2020).

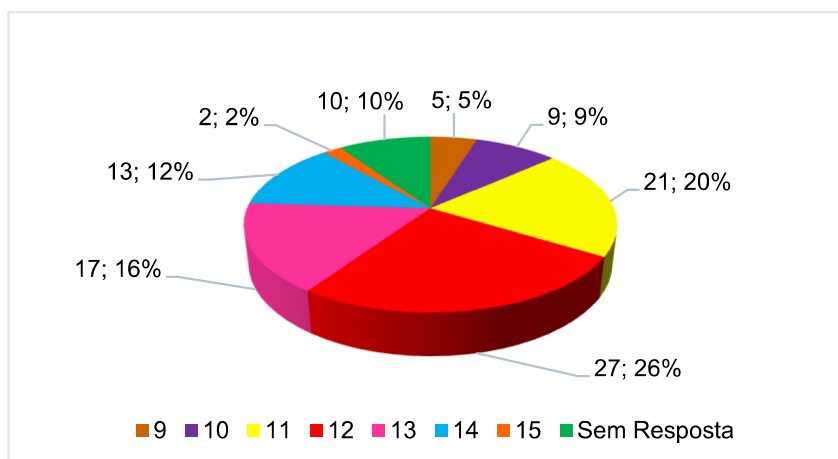
Nenhum deles atinge o segundo grau e poucos concluem o primeiro grau. Vários "nunca foram à escola" e são analfabetos; há quem saiba "ler e escrever", mas também há quem possa assinar apenas o nome. O baixo nível de escolaridade tem impacto direto no tipo de profissão e/ou inserção que têm no mercado de trabalho. A maioria realiza atividades características da economia informal.

Verifico que essa juventude precisa ser analisada em si e, suas respostas ao questionário demonstram que ela precisa, além de ser ouvida, ser bem informada, por profissionais habilitados, sobre questões do seu tempo, como é a questão da descoberta do sexo e da sexualidade.

Quanto a presença de gestação ou anterior, identificou-se que das 104 adolescentes meninas, 30 (3,8%) já estiveram ou estavam grávidas. A maioria (27 em 30), eram primíparas ou primigestas e, 3/30, já estavam na segunda gravidez. As restantes 14 entrevistadas, as mesmas não quiseram responder. Entre 53 adolescentes masculinos, 4 (7,5%) já relataram ter engravidado alguém e 6 (11,3%) não responderam à pergunta. Os dados apontam para uma baixa incidência da paternidade no grupo estudado.

Na presente pesquisa a menarca aos 12 anos de idade, representou 26% (27), sendo que 10% (10) não sabiam informar, o que expressa o desconhecimento da importância desse evento na saúde da mulher (Gráfico 3).

Gráfico 3. Idade em que as mulheres tiveram início a menarca.



Fonte: autoria própria (2020).

Nessa amostra a relação sexual já tinha sido realizada em 45% (72) dos adolescentes. Destaca-se que nesse quantitativo, todos já haviam tido a menarca. Nesse quesito sobre a ocorrência de relação sexual não houve nenhuma abstenção, o que pode sugerir que as abstenções anteriores podem estar relacionadas ao constrangimento de informar paridade ou gravidez presente.

Nos dados aqui coletados, todas os adolescentes masculinos não utilizaram camisinha na primeira relação sexual. A partir da primeira experiência que os mesmos indagaram as parceiras sexuais sobre o uso de algum método. O início da primeira relação sexual ocorreu em 58,3% (42) igual ou acima dos 15 anos (Tabela 3), idade da menarca na maioria das meninas.

Tabela 3. Idade da primeira relação sexual. São Luís - MA. 2020.

Idade da primeira relação sexual (anos completos)	f (%)
10	3 (4,2)
11	1 (1,4)
12	4 (5,6)
13	7 (9,7)
14	15 (21)
15	16 (22,1)

16	11 (15,2)
17	9 (12,5)
18	4 (5,5)
19	2 (2,8)
Total	72 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

Na presente pesquisa foi avaliado a idade em que a progenitora do entrevistado teve sua primeira gravidez (Tabela 4).

Tabela 4. Idade da primeira relação sexual da progenitora. São Luís – MA. 2020

Idade (anos) na primeira gravidez da progenitora	Total (%)
12	2 (1,2)
14	7 (4,4)
15	22 (14,0)
16	12 (7,7)
17	29 (18,4)
18	18 (11,4)
19	14 (9,0)
20	10 (6,4)
22	8 (5,1)
24	4 (2,5)
>25	14 (9,0)
Não souberam responder	17 (10,9)
Total	157 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

Outra relação verificada é que quanto maior o grau de escolaridade dos adolescentes que praticam o ato sexual, maiores são as chances de utilização de camisinhas tanto na primeira relação quanto na sua vida (Tabela 5).

Tabela 5. Método contraceptivo utilizado. São Luís-MA. 2020

Método contraceptivo utilizado	n (%)
Camisinha Masculina	60 (45,1)
Pílula do dia seguinte	30 (22,6)
Injeção	19 (14,3)
Anticoncepcional oral	8 (6,1)
Coito Interrompido	7 (5,3)
Sexo sem penetração	2 (1,5)
Tabelinha	3 (2,2)
Camisinha Feminina	3 (2,2)
Cirurgia	1 (0,7)
Total	133 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

Na próxima tabela registra-se a escolha da origem da informação sobre assuntos sexuais (Tabela 6).

Tabela 6. Fonte de conhecimento sobre assuntos sexuais. São Luís - MA. 2020.

Origem da informação	n (%)
Profissional de saúde	103 (33,8)
Alguém com experiência prática	50 (16,5)
Alguém do mesmo sexo	45 (14,8)
Profissional de educação	30 (9,8)
Alguém mais velho	30 (9,8)
Alguém de idade mais próxima a sua	16 (5,2)
Outros	15 (4,9)
Alguém de sexo diferente	8 (2,6)
Religioso	8 (2,6)
Total	305 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

Nota-se que os adolescentes informaram ao longo da pesquisa que o papel dos pais, amigos, familiares, professores e profissionais de saúde é percentualmente superior a internet quando se trata de educação sexual e métodos contraceptivos. Os adolescentes consideram os

profissionais de saúde uma fonte altamente confiável de informações sobre saúde sexual, com os homens jovens relatando os profissionais como uma de suas principais fontes.

O maior uso de camisinhas pelos homens está relacionado à participação múltipla sexual e o uso diminui quando o relacionamento é estável, quando a camisinha é abandonada em favor de outros métodos contraceptivos. O fato de ter 19,7% e 12,1% em questões de quase sempre e quase nunca é um fator preocupante, visto inúmeras IST e a probabilidade de gerar um filho, em muitas das vezes não-planejado, visto a idade dos entrevistados. Desta forma, a seguir demonstra-se o uso de camisinha (masculino/feminino) na amostra. Quanto ao uso de camisinhas a maioria que respondeu, relatou o uso “quase sempre”, 19,7% (31) (Tabela 7).

Tabela 7. Uso de camisinha. São Luís – MA. 2020

Usa camisinha	n (%)
Não responderam	86 (54,8)
Quase sempre	31 (19,7)
Quase nunca	19 (12,1)
Sempre	13 (8,3)
Nunca	8 (5,1)
Total	157 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

Nesta pesquisa, os pais e professores foram os mais relatados quanto à orientação do uso de camisinhas, com 21,3% e 27,9% respectivamente, demonstrando a importância da educação sexual nas escolas. Contudo, boa parte da amostra afirmou não ter tido informação a respeito do uso da camisinha (Tabela 8).

Tabela 8. Fonte de informação de homens a respeito do uso da camisinha. São Luís – MA. 2020

Como aprendeu a usar camisinha?	n (%)
Professora/escola	17 (27,9)
Nenhuma.	15 (24,6%)
Pai/Mãe	13 (21,3)
Internet	7 (11,5)
Profissionais de saúde	4 (6,5)
Amigos/colegas	3 (4,9)

Livros ou revistas	2 (3,3)
Total	61 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

O uso de contraceptivos se faz essencial para prevenir a gravidez, não substitui a camisinha, pois não tem influência sobre IST, porém, nesta primeira instância, seu uso é de extrema importância. A maioria das mulheres não faz uso de contraceptivos hormonais (83,4%) (Tabela 9).

Tabela 9. Mulheres sexualmente ativas usuárias ou não de contraceptivos hormonais. São Luís – MA. 2020

Uso de contraceptivos hormonais	n (%)
Sim	26 (16,6)
Não	131 (83,4)
Total	157 (100)
Tipo de Contraceptivo	n (%)
Pílula do dia seguinte	1 (3,8)
Anticoncepcionais Injetáveis	17 (65,5)
Contraceptivo Oral	2(7,7)
Sem resposta	6 (23)
Total	26 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

A escolha da camisinha entre os estudantes é quase unanime. Considerando a facilidade de acesso e a atenção que ganhou, principalmente na mídia, pode não haver surpresa nos dados coletados. Já em caso de sexo desprotegido, 47,1% sabem se prevenir de uma gravidez, e 52,9% afirmam não saber. E concluindo o questionário realizado, a última pergunta relaciona o número de parceiros com que já se relacionou. Observa-se que 54,1% (85) nunca tiveram relação sexual e 32,5% (51) tiveram com mais de 1 pessoa (Tabela 10).

Tabela 10. Parceiros sexuais. São Luís – MA. 2020.

Número de parceiros sexuais	n (%)
Nenhum	85 (54,1)
1	21 (13,4)
2	15 (9,6)
3	12 (7,6)
4	5 (3,2)
5	6 (3,8)
6	3 (1,9)
7	2 (1,3)
8	0
9	1 (0,6)
10	7 (4,5)
Total	157 (100)

Fonte: Autoria própria (2020).

8. DISCUSSÃO

De fato, uma certa posição de classe social e a falta de educação recorrente estão entre os fatores explicativos da gravidez na adolescência (FIEDLER et al, 2015). A literatura aponta repetidas vezes a interrupção prematura da escolaridade, a diminuição da capacidade de competir no mercado de trabalho e a maior instabilidade nas relações conjugais como constelação de fatores que ajudam a compor um quadro de "desvantagem social" resultante da maternidade na adolescência (FIEDLER et al, 2015). A gravidez na adolescência pode ser analisada como status de risco para problemas binomiais materno-infantis, como baixo peso, baixa escolaridade materna, exclusão social generalizada, pobreza, violência e expectativas insuficientes para os filhos (CARIELLO, 2016).

Ainda há um longo caminho a percorrer para universalizar a educação básica. Na situação atual, além de discutir o acesso e a permanência, o desafio é oferecer escolas de qualidade ou promover uma educação de qualidade, contudo cabe ressaltar que escolarização não é sinônimo de aprendizagem significativa, pois para que o processo de ensino aprendizagem se concretize é necessário que o conhecimento seja construído (MULINE, 2018). Ainda que esse debate seja mais amplamente difundido nas áreas ligadas à educação, na presente pesquisa, a carência de uma aprendizagem significativa, aponta para certa

desinformação e/ou um desconhecimento acerca de temas ligados a saúde e a educação sexual, aspecto transversal de nossa pesquisa. Por isso, é necessário pensar nos dados sobre educação não somente em termos de quantidade, mas também de qualidade dessa formação (BRASIL, 2014).

Mudanças sociais, econômicas, emocionais e familiares causadas pela gravidez interfere na qualidade de vida, principalmente dos adolescentes pois pode gerar uma limitação do acesso ao mercado de trabalho ou fazer com que as jovens grávidas interrompam os estudos, mormente quando se carece de apoio financeiro e emocional da família (DIAS et al., 2010). A gravidez na adolescência é considerada um dos principais fatores de fragilidade que afeta gravemente o desenvolvimento do adolescente tendo como causalidade direta a pobreza e a baixa escolaridade que são consideradas vulnerabilidades importantes que limitam as oportunidades que os jovens têm e terão ao longo da vida (COSTA, 2016). Porém, a baixa renda familiar não é a única variável que favorece a gravidez precoce, sendo um problema causado por múltiplas variáveis. Portanto, a gravidez na adolescência muitas vezes ocorre em situações marcadas por vulnerabilidade social e oportunidades insuficientes (CREMONESE et al., 2017).

Há que se considerar que, a partir de dados do IBGE de 2013 que, nas duas últimas décadas no Brasil há uma expressiva queda na natalidade entre adolescentes, com variações regionais, nas quais no norte do país enfrenta médias de 23%, e no Sudeste é da ordem de 15% (BOUER, 2015; IBGE, 2013).

Queiroga et al. (2014) relatam que há uma tendência a diminuição da idade da menarca que associada à iniciação sexual precoce pode propiciar a gravidez na adolescência. Ulloque-Caamaño et al. (2015) realizaram um estudo com 406 gestantes adolescentes onde encontraram uma correlação entre as idades da gestante com a do parceiro sexual e da primeira relação sexual, bem como do intervalo entre menarca, 1ª gravidez, anos de estudo, número de consultas pré-natais e o número de ecografias acompanhadas pelo companheiro.

As alterações físicas que caracterizam a adolescência incluem alterações hormonais, que podem fazer com que as pessoas entendam o estado de excitação como incontrolável implicando em um aumento da atração sexual, o que pode levar ao culminar da relação sexual entre o parceiro e gravidez precoce não planejada (LIMA et al., 2016). Nesse sentido, observa-se que é de extrema necessidade contornar essa imprevisibilidade com uma educação sexual sistemática, a ser incluída em currículos escolares de ciências e, a ser construída entre comunidade escolar e profissionais de saúde, de modo a fortalecer o conhecimento e munir

esses jovens de recursos para que, chegada à sexualidade e a experiência da relação sexual sejam pavimentadas pela informação.

Zanini et al. (2017) analisando o perfil das adolescentes que engravidaram precocemente, verificaram que em sua maior parte não faziam uso dos métodos contraceptivos por desconhecimento ou acreditavam que não poderiam engravidar, outras justificaram a gravidez pelo fato da não utilização de camisinha pois os parceiros sexuais não gostavam ou não tinham como comprar.

Existem semelhanças entre as biografias dos jovens e seus pais. O nível de escolaridade é baixo para a maioria dos pais (NERY, et al, 2015). As dificuldades encontradas pelos jovens variam de acordo com a classe social. Em famílias de baixa renda, algumas famílias darão início a uma vida melhor com suporte básico, e os jovens podem continuar a estudar e / ou trabalhar. Por outro lado, os pais podem recusar e / ou abandoná-los. Nas classes sociais de renda mais alta, os adolescentes geralmente podem optar por se casar ou fazer um aborto.

Independentemente da classe, os sentimentos íntimos das mulheres grávidas podem levar a conflitos inconscientes, que são causados pelo não cumprimento das “normas” sociais e se refletem na aceitação ou não dos filhos. Após o parto, a adolescente questiona a vida da criança e se depara com a falta de condições financeiras para sustentá-la (GONÇALVES et al., 2015).

Em um estudo realizado pela Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (ARANTES et al., 2014), sobre o comportamento sexual e reprodutivo de jovens brasileiros, todos os entrevistados "conheciam" algum tipo de método contraceptivo e a maioria já havia usado algum método pelo menos uma vez. No entanto, essa mesma pesquisa mostra a "limitação" de seus dados, porque o "nível de conhecimento" inferido está relacionado a simplesmente "ter ouvido" os métodos, sem detalhar perguntas sobre o uso adequado. Segundo este estudo, os principais métodos utilizados pelos jovens são a pílula anticoncepcional e a camisinha masculino (GROSSMAN, 2020).

De acordo com Taborda et al. (2014) a gravidez não-planejada ocorre devido a desinformação sobre os métodos contraceptivos, bem como, quanto mais cedo é a iniciação sexual, maiores são as chances de que ocorra uma concepção na adolescência.

A camisinha masculina é o método contraceptivo mais utilizado entre os adolescentes como ratificado nesta pesquisa, sendo o método sobre o qual os rapazes têm mais conhecimento. Três quartos dos homens jovens relatam o uso de camisinha na

penetração, e uma frequência semelhante relatou o uso na última relação sexual (OTT et al., 2014).

No presente estudo o segundo método contraceptivo mais utilizado é a pílula do dia seguinte, mesmo sendo considerado um método de emergência. McDonald (2018) relata que aproximadamente 5% das mulheres já fizeram o seu uso pelo menos uma vez/ano, contudo, 2% o fazem cerca de 2 a 4 vezes por ano.

A *American Academy of Pediatrics* relata vantagens das camisinhas, incluindo: envolvimento masculino na responsabilidade contraceptiva, facilidade de acesso e baixo custo. Homens jovens nos Estados Unidos e na França com atitudes positivas em relação às camisinhas, em novos relacionamentos e que discutiram mais tópicos de saúde com seus pais são mais propensos a usar camisinhas (LE GUEN et al., 2015). O uso de camisinha é menos provável entre os indivíduos que estão preocupados que seu uso reduza o prazer sexual, aqueles que são mais velhos no primeiro ou mais recente encontro sexual, aqueles com um parceiro sexual mais velho e aqueles com uma parceira que usou contracepção feminina. (LE GUEN et al., 2015; HIGGINS et al., 2015).

Martinez et al. (2015) relata que os adolescentes também costumam usar o coito interrompido como meio de contracepção, 60% das mulheres relatam o seu uso. Na Pesquisa Nacional de Crescimento Familiar, os homens que sentem que as camisinhas reduzem seu prazer são mais propensos a usar o coito interrompido isoladamente ou em combinação com métodos dependentes de mulheres; (LE GUEN et al., 2015). Grupos focais de homens jovens reconhecem que a abstinência requer disciplina do casal e que sua eficácia na prevenção da gravidez é menor do que outros métodos (SKOSANA et al., 2020).

O uso de métodos anticoncepcionais dependentes de mulheres é relatado por 27% dos estudantes do ensino médio nos Estados Unidos sexualmente ativos na última relação sexual; 18% usam contraceptivos orais, 3% usam contraceptivos reversíveis de longa duração e 5% usam uma injeção, patch ou anel (KANN et al., 2016). Mais da metade dos homens que precisam de planejamento familiar relatam que sua parceira não usa um método hormonal em nenhum momento, com um quarto relatando que usa o tempo todo. Em termos dos métodos femininos mais eficazes, o uso do DIU está associado a um maior conhecimento deste método, idade avançada e início mais precoce da atividade sexual entre homens e mulheres jovens. (CASEY et al., 2016).

Almeja-se que os jovens sejam informados sobre a saúde sexual e reprodutiva de maneira segura e completa, reduzindo assim os comportamentos de risco. Todavia, sabe-se que se a escola não encampa esse projeto, muito dificilmente os responsáveis executarão tal

tarefa, uma vez que o sexo e a sexualidade ainda são tabus entre boa parte de nossa sociedade. Em meio a isso, nota-se que há um vácuo de um ensino sistemático, o que abre espaço para dúvidas, desinformação e para explicações não especializadas oferecidas, por exemplo, por amigos da mesma faixa etária, parceiros, televisão, redes sociais e internet (TANTON et al., 2015).

Quando os métodos contraceptivos são abordados para o público masculino com frequência o foco está voltado para as camisinhas enquanto os métodos dependentes de mulheres (por exemplo: contraceptivos orais, DIU, injeções) são discutidos ainda menos com homens jovens do que com mulheres: estudos relatam uma série de discussões sobre métodos dependentes de mulheres e / ou contracepção de emergência de 20 a 60% (SAME et al., 2014). A grande maioria dos homens jovens e seus pares adultos mais velhos quer mais informações sobre os diferentes métodos, incluindo mais detalhes sobre o uso adequado da camisinha. No entanto, menos da metade desses homens estão recebendo esses cuidados (SAME et al., 2014).

Essas baixas taxas de discussão sobre saúde sexual entre homens jovens e os profissionais de saúde são provavelmente exacerbadas pela ausência de diretrizes clínicas claras no Ministério da Saúde. Marcell et al. (2012) tiveram como objetivo estabelecer uma base para diretrizes pesquisando prestadores de cuidados primários com foco na saúde masculina. O consenso foi alcançado em relação a um conjunto básico de seis tópicos durante uma visita anual de 15 minutos, que incluem: aconselhamento sobre redução do risco de IST / HIV, avaliação do crescimento / desenvolvimento puberal, avaliação do abuso de substâncias e saúde mental, avaliação de anomalias genitais não relacionadas ao HIV, avaliação do abuso físico / sexual e avaliação dos métodos de prevenção da gravidez masculina. Embora quase três quartos dos profissionais de saúde sintam que a prevenção da gravidez com foco no homem deve ser discutida em uma visita anual de 15 minutos, apenas um quarto dos profissionais de saúde acham que os métodos de prevenção da gravidez com foco no sexo feminino devem ser discutidos. Além disso, nenhum consenso foi alcançado para abordar a saúde sexual durante as visitas agudas.

Em contraste, Bell et al. (2013) recomendam que a saúde sexual e reprodutiva de homens jovens inclua: triagem para atividade sexual, discussão e triagem apropriada para ISTs, promoção do uso de camisinha, educação sobre contracepção de emergência e educação e promoção da contracepção dupla com homens.

Frente a esta pesquisa, reforça-se que é necessário ressaltar a importância do papel dos responsáveis por esses adolescentes no contexto da educação sexual (JARDIM &

SANTOS, 2012). Todavia, essa orientação não é realizada na sua totalidade por questões ligadas ao preconceito, religiosidade e carência de informação. Entretanto, esse exercício deve ser encarado como prioritário no âmbito escolar, pois, é nesse espaço onde deve ser oferecido o e aprofundado o estímulo, a discussão e a reflexão, colaborando para a formação de conceitos que atuem em favor do indivíduo em seu comportamento sexual. Ressalta-se a importância da participação dos profissionais da saúde neste processo de educação em saúde, ampliando sua atuação nas escolas e na saúde dos adolescentes (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

O Ministério da Saúde distribui uma série de métodos contraceptivos gratuitos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles camisinha masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, dispositivo intrauterino com cobre (DIU), diafragma, anticoncepção de emergência e minipílula (BRASIL, 2019). De acordo com Santos et al. (2017) a iniciação sexual adiantada, o não uso ou a falta de conhecimento em relação à camisinha e a escolha por ter mais de um parceiro são as principais causas da disseminação das ISTs. Contudo, apesar da educação sexual recebida os adolescentes escolhem não usar a camisinha por influência e/ou vergonha dos amigos.

A política de distribuição de camisinhas do Ministério da Saúde priorizou os jovens. Talvez o uso de camisinha seja mais fácil para as gerações mais jovens. Um estudo epidemiológico envolvendo estudantes de Pelotas (RS), de 14 a 19 anos, mostrou que 64% dos meninos e 42% das meninas sabem, mas não usam o serviço de distribuição de camisinhas gratuito, 25% dos entrevistados dizem saber como obter camisinhas gratuitos, e 9,2% não sabem, o restante não respondeu (TEIXEIRA et al. 2006). Por conseguinte, na pesquisa ora apresentada observou-se que a maioria – 65,6% (103) sabia como obter camisinhas gratuitos.

Segundo De Araujo (2015) os programas de educação sexual começam tardiamente somente no final do ensino médio, e devem ser feitas por meio de conversas informais, porém com informações seguras para que os jovens desenvolvam senso crítico e reflexivo a respeito de saúde e sexualidade. É importante ressaltar que a educação sexual e a reprodutiva não estimulam o sexo precoce e nem confundem os jovens, pelo contrário, informam e esclarecem a respeito de métodos anticoncepcionais, IST e gravidez não-planejada. (DE OLIVEIRA & LANZA, 2018).

É indiscutível a atenção às demandas desses jovens nesses aspectos e, em uma parceria entre escola e centros de saúde, é necessário ensinar campanhas de conscientização,

aperfeiçoamento de currículos e debates sinceros e explícitos, com mediação científica sobre o tema.

A prevenção da gravidez e de IST ocorre pelo uso de métodos contraceptivos que permitem o desfrute da sexualidade sem maiores consequências (FIEDLER et al, 2015). O conhecimento sobre métodos contraceptivos e os riscos decorrentes do sexo desprotegido é essencial para que os adolescentes vivenciem o sexo de maneira saudável, garantindo a prevenção de gestações não-planejadas e IST/AIDS, além de ser um direito que possibilita o exercício da sexualidade.

Os adolescentes dizem que todas as questões relacionadas à sexualidade devem ser abordadas na escola e indicam as IST/AIDS como um assunto para atenção especial (FURLANETTO, GHEDIN, GONÇALVES, MARIN, 2019). Cerca de 40% dos adolescentes no Brasil nunca conversaram com seus pais a respeito de sexualidade, 33% nunca tiveram aula de educação sexual na escola e somente 20% vão ao ginecologista depois da menarca. (BRASIL, 2017).

Discutir a sexualidade na adolescência deve ser entendido sob uma perspectiva sócio-histórica. É importante considerar, não apenas o caráter natural da sexualidade, mas entendê-la como uma construção cultural. Dentre essas possibilidades, destaca-se os incentivos à iniciação sexual veiculados pela mídia e pela pressão do grupo, considerando, sobretudo, as questões referentes ao gênero masculino, nas quais essa iniciação precoce é altamente estimulada (ALVES, 2016).

Woolley & Macinko (2019) verificaram uma prevalência de múltiplos parceiros sexuais entre meninas sexualmente ativas cerca de 40% menor do que entre meninos, tal resultado foi atribuído as diferenças na prevalência à subnotificação feminina de parceiros sexuais pelas normas sociais.

As camisinhas são os métodos de contracepção mais utilizados entre os jovens. O não uso de camisinhas é um marcador de relações sexuais de risco. Outros comportamentos considerados de risco são: iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros e uso de álcool e drogas antes do sexo. Na adolescência, a sexualidade assume um papel central e seu exercício, associado à imaturidade psicológica típica da adolescência, expõe o indivíduo a riscos como gravidez não-planejada e exposição a infecções sexualmente transmissíveis (FURLANETTO, GHEDIN, GONÇALVES, MARIN, 2019).

Nesse sentido, a escola, como espaço social, mostra-se como um cenário propício à orientação sexual, de forma contínua e gradual, para que, ao atingir a adolescência, o indivíduo tenha conhecimento suficiente, o que se reflete em ações preventivas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebemos que o trabalho de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é extremamente importante, pois precisa integrar a ideia de cidadania e direitos humanos, com os temas sexualidade, gênero, diversidade e IST/AIDS, além de não excluir aspectos e cultura biológicos, pois não são independentes: são, ao contrário, inter-relacionados e interdependentes.

Cabe destacar que a informação por si só não é suficiente para favorecer a adoção de comportamentos preventivos, mas também é necessário promover a reflexão e a conscientização dos adolescentes sobre essas questões, gerando mudanças comportamentais e respeitando a capacidade individual de receber e processar informações para usá-los corretamente.

É muito importante saber que a sexualidade não pode ser apresentada apenas como uma característica biológica e que o uso indevido pode causar danos, mas sim respeitar o ambiente cultural desses adolescentes, fazendo-os entender o significado real e o ensino de uma maneira mais segura e sempre observando e dando feedback mútuo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADONA, P. R.; MONZANI, P. S.; GUEMRA, S.; DOS SANTOS MIRANDA, M.; OHASHI, O. M. Ovogênese e Foliculogênese em Mamíferos. **Journal of Health Science**. v. 15, n. 3, 2015.
2. ALEXANDER, Stewart C., et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. **JAMA pediatrics**, 2014, 168.2: 163-169.
3. ALMEIDA, A. P. F. de; ASSIS, M. M. de. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. **Rev Eletron Atualiza Saúde**, v. 5, n. 5, p. 85-93, 2017.
4. ALMEIDA, F. L. et al. A vacina contra o vírus hpv para meninas: um incentivo à vida sexual precoce?. **LINKSCIENCEPLACE-Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 1, n. 1, 2014.
5. ALVES, Alyne Brandão. Adolescência e a construção da identidade: análise e discussão da sexualidade e influência da mídia na adolescência. **Encontro Regional Norte de História da Mídia**, v. 4, 2016.
6. ANTONIALLI, F., ANTONIALLI, R. Usos e abusos da escala likert: estudo bibliométrico nos anais do EnANPAD de 2010 a 2015. **Reuna**, v. 22, n. 4, p. 1-19, 2016.
7. ARANTES, R.B.; ALVARES. A.S.; PAULA, A.C.; et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**. V.13, n.2, p.245-254, abr./jun. 2014.
8. BARBOSA, J.A.B.A. et al. Androgen replacement therapy in men: current evidence and controversy. **Rev Med (São Paulo)**, v. 97, n. 3, p. 295-300, 2018.
9. BARBOSA, M.M. et al. **Eficácia e segurança da testosterona no tratamento de disfunção sexual masculina**. Centro Colaborador do SUS. v. 45, p. 283-291 2014.
10. BARRETO, A.C.M.; ALMEIDA, I.S.; RIBEIRO, I.B.; TAVARES, K.F.A. Paternidade na Adolescência: tendências da produção científica. **Adolesc Saude**. 2010;7(2):54-59.
11. BELL, David L.; BRELAND, David J.; OTT, Mary A. Adolescent and young adult male health: a review. **Pediatrics**, 2013, 132.3: 535-546.
12. BENTANCOR, A.. CLARKE, D. Assessing Plan B: The Effect of the Morning After Pill on Children and Women. **The Economic Journal**, 127(607):2525–2552. 2017.
13. BOUER, J. **Como reduzir a gravidez na adolescência?** Estado de São Paulo. 20 jul. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/como-reduzir-gravidez-na-adolescencia> Acesso em 15 abr. 2020.
14. BRADLEY, S.E., POLIS, C.B., BANKOLE, A. AND CROFT, T. Global Contraceptive Failure Rates: Who Is Most at Risk?. **Studies in Family Planning**, 50: 3-24, 2019.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.
16. BRASIL. **Planejando a próxima década: conhecendo as 20 metas do Plano Nacional de Educação**, 2014. Disponível em:
http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf.
17. BRASIL. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Brasil 2017** / Secretaria de Governo da Presidência da República, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. – Brasília : Presidência da República, 2017. Acesso em: 10 de jan. 2020
18. BRASIL **Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil 2019**.Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>
19. BRÊTAS, J. R da S, et al. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3221-3228, 2011.
20. BVS. 01 a 08/02 – **Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência**. 31 de Janeiro de 2019 Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3123-01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>
21. CAPPELLETTI, M., & WALLEN, K. Increasing women’s sexual desire: The comparative effectiveness of estrogens and androgens **Maurand. Horm Behav**, 78, 178–193, 2016.
22. CARIELLO, N. B. **Educação sexual e reprodutiva na adolescência: o que ainda precisamos alcançar na cobertura da ESF**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Universidade Aberta do SUS. Especialização em Saúde da Família. P.19, 2016.
23. CASEY, Frances E., et al. Family planning and preconception health among men in their mid-30s: developing indicators and describing need. **American journal of men's health**, 2016, 10.1: 59-67.
24. COSTA, F. S. A importância da interface educação/saúde no ambiente escolar como prática da promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. v. 4, n. 2, p. 30-33, 2016.
25. CREMONESE, L. et al. Apoio social na perspectiva da puérpera adolescente. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20170088. 2017
26. DATASUS. **Gravidez na adolescência**. 2013. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>> Acesso em 10 out. 2019.
27. DE ARAÚJO, Alessandra Vanessa Simões et al. O papel dos pais na educação sexual de adolescentes: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 117-127, 2015.

28. DE OLIVEIRA, M. J. P.; LANZA, L. Boghossian. Educação em saúde: doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 138-141, 2018.
29. DIAS, M. A. P., FREITAS, B.A.A. Vaccination against human Papillomavirus (HPV) in Brazil: history and challenges. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 74787-74802, 2020.
30. EISENEGGER, C., HAUSHOFER, J., & FEHR, E. The role of testosterone in social interaction. **Trends in Cognitive Sciences**, 15(6), 263 – 271, 2011.
31. ESHRE ,C. Workshop Group. Emergency Contraception. Widely Available and Effective but Disappointing as a Public Health Intervention: a Review. **Human Reproduction**, 30(4):751–760, 2015.
32. FERNANDES, C.E.; SÁ, M.F.S. **Tratado de Obstetrícia Febrasgo**. 1ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
33. FIEDLER, M. W.; ARAÚJO, A.; DE SOUZA, M. C. C. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 30-37, 2015.
34. FINOTTI, M. Manual de anticoncepção. São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, 2015.
35. FURLANETTO, M. F.; GHEDIN, D. M.; GONÇALVES, T. R.; MARIN, A. H. Individual and contextual factors associated with sexual initiation among adolescents. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 32, 2019.
36. FRITZ, M.A., SPEROFF, L. THE UTERUS. IN: FRITZ MA, SPEROFF L. **Clinical gynecologic endocrinology and infertility**. Philadelphia PA. 8a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. chap. 4, p. 121-56.
37. GONÇALVES, H., et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 25-41, 2015.
38. GROSSMAN, J. M. et al. A Larger Ecology of Family Sexuality Communication: Extended Family Perspectives on Relationships, Sexual Orientation, and Positive Aspects of Sex. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 3, p. 1057, 2020.
39. HERBENICK, D., FU, T.C., ARTER, J., SANDERS, S.A., DODGE, B. Women's experiences with genital touching, sexual pleasure, and orgasm: Results from a US probability sample of women ages 18 to 94. **Journal of sex & marital therapy**. 2018 Feb 17;44(2):201-12.
40. HIGGINS, J. A.; WANG, Y. Which young adults are most likely to use withdrawal? The importance of pregnancy attitudes and sexual pleasure. **Contraception**, 2015, 91.4: 320-327.

41. HOLANDA, A. A. R. D.; BARRETO, C. F. B.; MOTA, K. B.; MEDEIROS, R. D. D.; MARANHÃO, T. M. D. O.; HOLANDA, J. D. C. P. Controvérsias acerca do dispositivo intrauterino: uma revisão. **Femina**, 41(3), 2013.
42. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2013**. Brasília: IBGE, 2013.
43. JARDIM, D.P.; BRÊTAS, J.R. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira. **Rev Bras Enferm**. 59(2):157-62, 2006.
44. JARDIM, D.P; SANTOS, E.F. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. **Adolesc Saude**. 2012;9(2):37-44.
45. JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 13º.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
46. KABAGENYI A, JENNINGS L, REID A, NALWADDA G, NTOZI J, ATUYAMBE L. Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and womens perceptions in two rural districts in Uganda. **Reprod Health**. 2014;11(1):21.
47. KANN, L., et al. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9–12—United States and selected sites, 2015. **Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries**, 2016, 65.9: 1-202.
48. LE GUEN, M., et al. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. **Contraception**, 2015, 92.1: 46-54.
49. LIMA, T.N.F. DE A, COVIELLO, D.M., LIMA, M.N.F. DE A., ALVES, E.S.R.C., Davim RMB, Bousquat AEM Social support networks for adolescent mothers. **J Nurs UFPE** on line [Internet]. 2016 10(Supl.6):4741-50.
50. MACEDO, S.R.H. et al. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 1, p.103-9, 2013.
51. MACHADO, R.B. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. In: São Paulo: **Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, 13 p, 2018.
52. MARCELL, A.V.; ELLEN, J. M. Core sexual/reproductive health care to deliver to male adolescents: Perceptions of clinicians focused on male health. **Journal of adolescent health**, 2012, 51.1: 38-44.
53. MARTINEZ, G. M.; ABMA, J. C. Sexual activity, contraceptive use, and childbearing of teenagers aged 15–19 in the United States. **NCHS Data Brief**. v: 209:1-8. 2015.
54. MCDONALD, P. The Power of choice: reproductive rights and the demographic transition. State of world population 2018. Rutgers. - New York: **UNFPA**, 156 p, 2018.

55. MENDONÇA, R. de C. M.; ARAÚJO, T. M. E. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da Universidade Federal do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 863-871, 2009.
56. MORA, S. V.; RODRÍGUEZ, C. E.. Anticoncepción con dispositivo intrauterino. **Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica**, v. 70, n. 606, p. 227-231, 2013.
57. MOREÍ, C.L.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, p. 126-131, 2015.
58. NASCIMENTO, A. Nunca pare de caminhar e sonhar. O pensador, 2020. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTQwMDk2Mg/>. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.
59. NASRABAD, H.B.R., ALIMONDEGARI, M., NEJHAD, Z.M. The Prevalence and Determinants of Using Withdrawal to Avoid Pregnancy in Tabriz, Iran. **International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences** v. 7, (2), 223–227, 2019.
60. NERY, I. S.; FEITOSA, J. J. D. M.; SOUSA, Á. F. L. D.; FERNANDES, A. C. N. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, 28(3), 287-292, 2015.
61. NKHATA, M.J., MWALE, M. An Investigation of the Contributing Factors to Adolescent Deviant Behaviours in Rural Community Day Secondary Schools with Respect to the Social and Environmental Aspects. **Journal of Child and Adolescence Behavior**, 4, 319, 2016.
62. OLIVEIRA, J. et al. Padrão hormonal feminino: menopausa e terapia de reposição. **Brazilian Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v. 48, n. 3, 2016.
63. OLIVEIRA, L. de F. R., et al. Adesão de adolescentes à camisinha masculina. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1765-1773, 2015.
64. OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P.; SILVA, M.A. O enfermeiro na atenção a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enferm.** 61(3):306-11, 2008.
65. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trends in Contraceptive Use Worldwide**, United Nations. New York: UN, 2015
66. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Em conferência internacional, chefe do UNAIDS pede fim da ‘hipocrisia’ na luta contra o HIV/AIDS**. Brasília, DF, 21 jul. 2015. Disponível em: <http://www.onu.org.br/em-conferencia-internacional-chefe-da-unAids-pede-fim-da-hipocrisia-na-luta-contra-o-hivAids/>.
67. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)**. State of World Population 2016. Disponível em: <http://www.unfpa.org/swop-2016>.
68. ORLANDI, R. Paternidades nas adolescências: investigando os sentidos atribuídos por adolescentes pais à paternidade e às práticas de cuidados dos filhos. Dissertação (Mestrado em Psicologia). **Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC**:

Florianópolis, 2007.

69. OTT, Mary A., et al. Contraception for adolescents. **Pediatrics**, 2014, 134.4: e1257-e1281.
70. PAÚL, M. C. L. de F., et al. Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 589-595, 2011.
71. PELUSO, J. J. Progesterone receptor membrane component 1 and its role in ovarian follicle growth. **Frontiers in Neuroscience**, 10:3389–952, 2013
72. PEREIRA, A. S. et al. **Metodologia da pesquisa científica**. – 1. ed. – Santa Maria, RS : UFSM, NTE, 1 e-book, 2018.
73. PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO – BRASIL. **Entendendo a PrEP**. LapClin – Fiocruz, 2019. Disponível em: <http://prepbrasil.com.br/entendendo-a-prep/> Acesso em: 18 abr. 2020.
74. PRODANOV, C. C. et al. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
75. QUEIROGA, K. R. B., FARIAS, M. C. A. D., CASIMIRO, G. S., NASCIMENTO, A. R. S., MAIA, P. C. G. G. S., ABRANTES, K. S. M., et al. O que é e como se explica a gravidez na adolescência. **Journal of Human Growth and Development**, 24(2): 142-149, 2014.
76. RIBEIRO, P. R. M. A educação sexual na formação de professores: sexualidade, gênero e diversidade enquanto elementos de uma cidadania ativa. In: Rabelo, A. O.; Pereira, G. P; Reis, A. M. de S. (Org.). **Formação Docente em Gênero e Sexualidade: entrelaçando teorias, políticas e práticas**. Petrópolis: De Petrus et Alii, p. 7-17. 2013
77. ROSSIER, C., CORKER, J. Contemporary Use of Traditional Contraception in sub-Saharan Africa. **Population Development Review**, 43(Suppl 1):192-215, 2017.
78. SAME, R, et al. Sexual and reproductive health care: adolescent and adult men's willingness to talk and preferred approach. **American journal of preventive medicine**, 2014, 47.2: 175-181.
79. SANTOS, C.A. et al. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolescência e Saúde**, v. 6, n. 1, 2009.
80. SANTOS, I. M.; MAIORAL, M. F.; HAAS, P. Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. **Estudos de Biologia**, v. 32, n. 76/81, 2011.
81. SANTOS, J. C. dos; FREITAS, P. M. de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 1813-1820, 2011.
82. SANTOS, T. A. Fisiologia do ovário e da fecundação. Oliveira CF. **Manual de**

Anatomia, 2011.

83. SANTOS, C. P. et al. Adesão ao uso do camisinha masculino por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 2, p. 60-70, 2017. Disponível:<
<http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15085/10687>>.
84. SCOTT, R. H.; WELLINGS, K.; LINDBERG, L Adolescent Sexual Activity, Contraceptive Use, and Pregnancy in Britain and the US: A Multidecade Comparison. **Journal of Adolescent Health**, 2020.
85. SEDGH, G., SINGH, S., HUSSAIN, R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. **Studies in Family Planning**, 45(3):301–314, 2014.
86. SENNA, S.R.C.M., DESSEN, M.A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicol Saude Doenças**. 16(2):217-209, 2015.
87. SHUKLA, A., JAMWAL, R., BALA, K. Adverse effect of combined oral contraceptive pills. **Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research**, 10 (1), 17-21, 2017.
88. SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana - Uma Abordagem Integrada**. 7ª Edição, Porto Alegre, Artmed 2017
89. SKOSANA, M. T.; PEU, M. D.; MOGALE, R. S. Disconnections and exclusions of parents in the prevention of teenage pregnancy: A phenomenological approach. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, 2020, 13: 100251.
90. SOUZA, I. B. J. Ligadura tubária em mulheres de um município do interior do - Maranhão. **Revista Interdisciplinar**, São Luis, v.6.n. 4, p. 17 – 24, 2013.
91. STAHL, Y. A signaling module controlling the stem cell niche in Arabidopsis root meristems. **Current Biology**, 19, 909–914, 2010.
92. STERN, C. & MEDINA, G. Adolescencia y salud en México. In: Cultura, Adolescência e Saúde: Argentina, Brasil, México (M. C. Oliveira, org.), pp. 98-160, Campinas: **Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina**. 2000.
93. TABORDA, J.A., SILVA, F.C., ULBRICHT, L., NEVES, E.B., Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.
94. TANTON, C. et al. Patterns and trends in sources of information about sex among young people in Britain: evidence from three National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. **BMJ Open**, p. 1-10, 2015.
95. TEIXEIRA, A.M.F.B., KNAUTH, D.R., FACHEL, J.M.G., LEAL, A.F. Adolescentes e uso de camisinhas: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad Saúde Pública**. 2006.

96. TSUTSUMI, R. et al. GnRH pulsatility, the pituitary response and reproductive dysfunction. **Endocr J.**, v. 56, n. 6, p. 729-37, 2009.
97. ULLOQUE-CAAMAÑO, L., MONTERROSA-CASTRO, A., & ARTETA-ACOSTA, C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología** 80(6), 462-474, 2015.
98. VERMEERSCH, H., T'SJOEN, G., KAUFMAN, J. M., VINCKE, J., & VAN HOUTTE, M. Gender ideology, same-sex peer group affiliation and the relationship between testosterone and dominance in adolescent boys and girls. **Journal of Biosocial Science**, 42(04), 463- 475, 2010.
99. YAO, W., DAI, W., SHAHNAZARI, M., PHAM, A., CHEN, Z., CHEN, H., et al. Inhibition of the progesterone nuclear receptor during the bone linear growth phase increases peak bone mass in female mice. **PLoS ONE**. 2010;5:e11410.
100. WIEBE, E. R., TROUTON, K. J., & DICUS, J. Motivation and experience of nulliparous women using intrauterine contraceptive devices. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, 32(4), 335-338, 2010.
101. WINGFIELD, J. C., BALL, G. F., DUFTY, A. J., HEGNER, R. E., & RAMENOFISKY, M. (2013). Testosterone and aggression in birds. In P. W. Sherman, J. Alcock, P. W. Sherman, & J. Alcock (Eds.), **Exploring animal behavior: Readings from the American Scientist** (6th ed., pp. 2682-74). Sunderland, MA: Sinauer Associates, 2013.
102. WOOLLEY, N.O, MACINKO, J. Association between sociodemographic characteristics and sexual behaviors among a nationally representative sample of adolescent students in Brazil. **Cad Saude Publica**. 2019;35.
103. ZANINI, M., SELVANTE, J .D. S., QUAGLIATO, F .F. Uso de contraceptivos e fatores associados entre adolescentes de 15 a 18 anos de idade em Unidade de Saúde da Família. **Rev Med** (São Paulo). jan.-mar.;96(1):32-4, 2017.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

1. Qual seu sexo biológico?

(☐) Feminino (☐) Masculino

2. Qual sua idade? _____ anos

3. Qual seu grau de Escolaridade (anos de estudo):

(☐) Menos de 3 anos de estudo

(☐) Entre 3 e 5 anos de estudo

(☐) Entre 6 e 8 anos de estudo

(☐) Mais de 8 anos de estudo

4. Pergunta somente para meninas: Quando teve início a menarca? ____ anos.

5. Já teve relação sexual? (☐) Sim (☐) Não

Observação: As questões abaixo devem ser respondidas apenas se a pergunta anterior apresentar resposta positiva (Sim).

6. Quando teve início da atividade sexual? ____ anos

7. (Para mulheres) Já ficou grávida alguma vez? Quantas?

(Para homens) Já engravidou alguém? Quantas vezes?

8. Sua mãe ficou grávida a primeira vez com quantos anos?

9. O que faz para evitar filhos nas relações sexuais? Escolha uma ou mais das opções abaixo:

- sexo sem penetração (☐)

- diafragma (☐)

- espermicida (☐)

- coito interrompido (☐)

- DIU (☐)

- cirurgia (☐)

- tabelinha (☐)

- injeção ()
- pílula do dia seguinte ()
- pílula ()
- camisinha feminina ()
- camisinha masculina ()

10. Com qual dessas pessoas gostaria de se informar ou conversar sobre relação sexual ou sexo:

- Um religioso ()
- Um profissional de educação ()
- Um profissional de saúde ()
- Alguém experiente, que conhece sexo na prática ()
- Alguém do mesmo sexo ()
- Alguém de sexo diferente ()
- Alguém mais velho ()
- Alguém de idade mais próxima a sua ()
- Outro tipo de pessoa não citada acima ()

11. Usa preservativo nas relações sexuais?

() Nunca () Sempre () Quase sempre () Quase nunca

12. Sabe como obter preservativo gratuito?

() Sim () Não

(Para homens): Como aprendeu a usar preservativo? Pode escolher mais de uma opção abaixo:

- Pai/Mãe ()
 - Outros familiares ou parentes ()
 - Professores/escola ()
 - Profissionais de saúde/agente comunitário (ACS) ()
 - Livros, revistas ()
 - Internet ()
 - Amigos/colegas ()
 - Ninguém ()
 - Outros (). Explicar:
-

13. Você faz uso de contraceptivos hormonais (orais/injetáveis)?

() Sim () Não Qual? _____

14. Sabe como evitar IST/AIDS () Sim () Não

15. Sabe como prevenir gravidez em relação sexual desprotegida?

() Sim () Não

16. Até o presente dia com quantos pessoas você já teve relação sexual?

() não se aplica (virgem) ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos em adolescentes e está sendo desenvolvida por Plínio Marinho de Carvalho, mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão/FIOCRUZ, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein.

Os objetivos do estudo são verificar a importância dos métodos contraceptivos na prevenção da gravidez e a relação entre o início da menarca e puberdade com o início da vida sexual. A finalidade deste trabalho é contribuir para a comunidade científica e o conhecimento social a respeito do comportamento sexual de adolescentes da Unidade Básica de Saúde.

Solicitamos a sua colaboração para realizar este levantamento a respeito do comportamento sexual como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa o pode conferir algum desconforto durante o preenchimento do questionário por se tratar de respostas sobre sua intimidade.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador Plínio Marinho de Carvalho no Telefone: (98)98847-6982 ou para o Comitê de Ética em Pesquisado Hospital Universitário Presidente Dutra, situado na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro - São Luís-MA. CEP: 65020-070 (Fone: 98 2109-1000).

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO

Prezado (a)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre ***Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos em adolescentes em uma unidade básica de saúde***. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber *a importância dos métodos contraceptivos na prevenção da gravidez e a relação entre o início da primeira menstruação (menarca) e a transformação do corpo de criança para adolescente (puberdade) com o início da vida sexual*. A finalidade desse trabalho de pesquisa é contribuir para os pais e ou seus responsáveis e *a comunidade de profissionais de saúde (científica) a respeito do comportamento sexual desses adolescentes e a partir daí criar uma Cartilha de Esclarecimentos sobre essa fase*.

As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 10 a 19 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na Unidade Básica de Saúde do Gapara, onde as crianças e adolescentes são atendidos regularmente. Para isso, será realizado uma entrevista em local reservado e, mesmo assim, é importante saber que as perguntas serão sobre aspectos da prática ou não da relação sexual, serão sigilosas, mas poderá ou não causar algum ***desconforto durante o preenchimento do questionário por se tratar de respostas sobre “intimidade”***.

Caso aconteça algo errado, você pode procurar o (a) pesquisador Plínio Marinho de Carvalho no Telefone: (98)98847-6982 ou o Comitê de Ética em Pesquisado Hospital Universitário Presidente Dutra, situado na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro - São Luis-MA. CEP: 65020-070 (Fone: 98 2109-1000).

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Quando terminarmos a pes

quisa os resultados deste estudo serão divulgados em eventos da área de saúde e publicados em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome não será informado (sigilo absoluto).

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima deste texto.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa ***Comportamento sexual e uso de métodos contraceptivos em adolescentes em uma unidade básica de saúde***.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de ____ de ____

Assinatura do menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTO SEXUAL E USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: Maria Bethânia da Costa Chein

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25934919.5.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.764.164

Apresentação do Projeto:

A adolescência é uma fase de intensas transformações, marcada pelo aparecimento do desejo sexual, sendo necessária, uma intensa ação de educação sexual a fim de incentivar o uso de métodos contraceptivos em atos sexuais e prevenir transmissão de doenças e de gravidez não planejada. Objetivos: Conhecer os indicadores sexuais e de reprodução humana entre os adolescentes da Unidade Básica de Saúde e no final da análise dos dados elaborar uma cartilha como estratégia para a promoção da saúde sexual. Metodologia: Estudo transversal, descritivo, onde as variáveis de interesse serão registradas por meio de um questionário estruturado com perguntas fechadas para adolescentes (independente de sexo) entre 10 e 19 anos completos, atendidos na Unidade Básica de Saúde no período de 6 meses consecutivos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os indicadores sexuais e de reprodução humana entre os adolescentes da Unidade Básica de Saúde de Gapara.

Objetivo Secundário:

- Descrever as variáveis biológicas, sociais e comportamentais dos adolescentes;
- Identificar a presença da atividade sexual/gravidez (variável dependente) com as variáveis (independentes) sexo, idade da menarca, início da atividade sexual, número de parceiros, menarca

Continuação do Parecer: 3.764.164

entre as meninas, uso/conhecimento/fonte de métodos contraceptivos;

•Após análise dos dados elaborar uma cartilha como estratégia para a promoção da saúde sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não apresenta riscos físicos, mas poderá trazer algum constrangimento em algum momento da entrevista. Caso as questões trouxerem sentimentos que provoquem sejam desagradáveis e o(a) entrevistada e quiser desistir, poderá deixar de participar da pesquisa, se assim desejar, sem nenhum prejuízo na sua assistência vinculada a UBS.

Benefícios:

Esclarecimentos e dúvidas serão sanados, outras orientações acerca da sexualidade, métodos contraceptivos e doenças preferencialmente transmitidas pela relação sexual, contribuirá com a qualidade da saúde, além de ter oportunidade de falar sobre sua sexualidade e melhorar suas opções acerca da saúde reprodutiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1475788.pdf	20/11/2019 17:42:33		Aceito
Folha de Rosto	folha_De_Rosto.pdf	20/11/2019 17:41:56	Maria Bethânia da Costa Chein	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO.docx	20/11/2019	Maria Bethânia da	Aceito

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.764.164

/ Brochura Investigador	PROJETO.docx	15:24:43	Costa Chein	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOS.docx	20/11/2019 15:24:13	Maria Bethânia da Costa Chein	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:

**Flávia Castello Branco Vidal Cabral
(Coordenador(a))**