



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

Contraceção e os alunos de Medicina da FCS

Karolina Mohosh

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

Covilhã, abril de 2018

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor José Moutinho, pela disponibilidade, interesse e acompanhamento ao longo da realização deste trabalho.

À Professora Arminda Paço, pela sua simpatia, disponibilidade e prontidão na análise estatística.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, pela formação de excelência e por me ter proporcionado as competências clínicas necessárias para esta nova etapa.

Aos colegas que abdicaram do seu tempo e participaram neste estudo, pela colaboração e disponibilidade!

Ao Sr. Vítor e Sr. Joaquim, pelo apoio e prestabilidade máxima ao longo destes seis anos.

À minha família, pelo carinho, compreensão, motivação e apoio que me deram, tanto na realização deste trabalho, como também ao longo de todo o meu percurso universitário.

À minha mãe, mãe e pai ao mesmo tempo, pela paciência, esforço e trabalho dedicado ao longo dos 24 anos da minha existência.

Ao Bruno, pela constante compreensão, carinho, motivação e apoio incondicional.

Ao Wilson, amigo e apoiante nos momentos mais difíceis deste percurso tão longo.

À Célia, pela amizade e melhor companheirismo de casa que alguma vez poderia ter tido.

À Alexandra, por todas as aventuras, vivências e apoio na recolha dos questionários.

A todos o meu muito obrigada!

Resumo

A contraceção é um tema que assume grande importância na gestão familiar. Procura-se assim, de forma individualizada, aconselhar o método mais adequado a cada indivíduo. Para isso é necessário garantir a existência de profissionais com formação na área da contraceção.

Este trabalho tem como objetivo principal compreender o nível de conhecimentos dos jovens estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, na área da contraceção, como futuros profissionais de saúde. Como objetivos secundários pretendia-se, também, perceber o nível de conhecimentos no momento do ingresso no Ensino Superior tendo por base a região em que o aluno terminou o Ensino Secundário, analisar as diferenças nos conhecimentos ao longo do percurso universitário e entre rapazes e raparigas, caso estas existam, com vista a melhorar a formação prestada. Foi utilizado um questionário, composto por 21 questões que avaliavam diferentes métodos contraceptivos e aspetos relacionados com os mesmos. Neste estudo participaram 252 alunos, desde o primeiro ao sexto ano.

De um modo geral, os alunos apresentaram bons conhecimentos relativamente à contraceção, existindo, no entanto, alguns aspetos a melhorar. Observaram-se algumas diferenças nas respostas dadas pelas raparigas e pelos rapazes. Na maioria das questões a evolução de conhecimentos foi notória, essencialmente a partir do 5º ano, como era de esperar.

Em conclusão, tendo em conta os resultados obtidos, é necessário melhorar alguns aspetos na formação de forma a focar aspetos importantes para o futuro profissional dos alunos.

Palavras-chave

Contraceção; alunos; Medicina; conhecimentos; opiniões; FCS.

Abstract

Contraception is a topic with great importance in family management. Thus, in an individualized way, we seek to advise the most appropriate method for each individual. For this it is necessary to guarantee the existence of professionals with training in the field of contraception.

This work aims to understand the level of knowledge of young medical students of the “Faculdade de Ciências da Saúde” as future health professionals in the field of contraception. Secondary objectives were also set to help understand the level of knowledge at the moment of entering Higher Education based on the region in which the student finished Secondary Education, analyse the differences in knowledge along the university course and between boys and girls if any, with a view to improving the training provided. A questionnaire consisting of 21 questions assessing different contraceptive methods and aspects related to them was used. In this study 252 students participated, from the first all the way through the sixth year.

All in all, the students showed good knowledge in regard to contraception. There were, however, aspects which needed improving. Differences in the responses given were noticeable between both genders. Overall, the evolution of knowledge was notorious, especially students of the fifth year, as expected. In conclusion, taking into account the results obtained, it is clear that necessary improvements have to be made in some aspects regarding training.

Keywords

Contraception; students; Medicine; knowledge; opinions; FCS.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Palavras-chave	v
Abstract.....	vii
Keywords	vii
Índice	ix
Lista de siglas/ acrónimos.....	xvii
Lista de tabelas	xi
Lista de quadros.....	xiii
Lista de gráficos.....	xv
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Breve história e finalidade do Planeamento Familiar	3
2.2. A contraceção como parte do Planeamento Familiar	4
2.3. Tipos de métodos anticoncetivos e a sua eficácia.....	4
2.4. Efeitos negativos dos métodos anticoncetivos	16
2.5. Efeitos benéficos dos métodos anticoncetivos	18
2.6. A contraceção na prática diária do médico	19
3. OBJETIVOS DO ESTUDO	21
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	23
4.1. Seleção da amostra.....	23
4.2. Instrumentos.....	23
4.3. Recolha e organização de dados	23
4.4. Análise estatística dos dados	23
5. RESULTADOS	25
5.1. Dados demográficos da amostra	25
5.2. Análise Descritiva e Comparativa.....	27

6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
7.	CONCLUSÕES.....	55
8.	PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES	57
9.	BIBLIOGRAFIA.....	59
10.	ANEXOS	63
10.1.	Anexo 1 - Questionário	65
10.2.	Anexo 2 - Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar da Cova da Beira	73

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra por idade	25
Tabela 2: Métodos considerados como não contraceptivos (questão 5)	28
Tabela 3: Métodos mais eficazes (questão 6)	29
Tabela 4: Métodos menos eficazes (questão 7)	30
Tabela 5: Métodos associados a maior risco para a saúde da mulher (questão 8)	31
Tabela 6: Métodos com maior proteção contra as IST (questão 9)	32
Tabela 7: Métodos com maior risco abortivo (questão 10)	33
Tabela 8: Método mais eficaz como contraceptivo de emergência (questão 11)	34
Tabela 9: Métodos que devem ser evitados em mulheres nulíparas (questão 12)	35
Tabela 10: Métodos mais adequados para uma lactante (questão 13)	36
Tabela 11: Métodos mais associados ao risco tromboembólico (questão 14)	37
Tabela 12: Métodos com maior risco de provocar cancro (questão 15)	38
Tabela 13: Métodos com efeito protetor do cancro (questão 16)	39
Tabela 14: Métodos mais apropriados para a redução da gravidez na adolescência (questão 17)	40
Tabela 15: Métodos mais apropriados na perimenopausa (questão 18)	41
Tabela 16: Métodos mais associados à diminuição da libido (questão 19)	42
Tabela 17: Métodos associados a maior desconforto durante as relações sexuais (questão 20)	43
Tabela 18: Até que dia pode ser tomada a pilula do dia seguinte (questão 21)	45

Lista de Quadros

Quadro 1: Tipos e eficácia dos métodos contraceptivos (1,2)

5

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição da amostra por sexo.	25
Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o ano de matrícula.	26
Gráfico 3: Distribuição da amostra por região.	26

Lista de Siglas/ Acrónimos

a.c. Antes de Cristo

APF Associação para o Planeamento da Família

°C Graus Celsius

COC Contraceptivo oral combinado

DGS Direção Geral de Saúde

DIP Doença Inflamatória Pélvica

DIU cobre Dispositivo intrauterino de cobre

DLIU Dispositivo de libertação intrauterino

FCS Faculdade de Ciências da Saúde

FSH Hormona folículo-estimulante (do inglês: *Follicle-stimulating hormone*)

h Horas

HPV Papilomavírus Humano

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

Kg Quilogramas

LH Hormona luteinizante (do inglês: *Luteinizing Hormone*)

mg Miligramas

mm Milímetros

SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIU levonorgestrel Sistema intrauterino com levonorgestrel

UBI Universidade da Beira Interior

VIH Vírus da Imunodeficiência Humana

µg Microgramas

1. INTRODUÇÃO

A contraceção é considerada, ainda hoje, um tema com algum pudor apesar de haver relatos da sua existência desde a Antiguidade. Existem registos em papiro de há dois mil anos a.c. da utilização de métodos barreira por mulheres egípcias. (2,28)

Apenas há alguns anos atrás, a contraceção passou a ser aceite e reconhecida socialmente como parte integrante da vida atual, sendo que este passo foi crucial em vários aspetos: permitiu separar o sexo da procriação, diminuir a natalidade, diminuir a taxa de abortos por gravidezes indesejadas, espaçar os nascimentos, entre outros. Esta evolução contribuiu, de forma mais significativa, para o bem-estar e saúde da mulher e da criança e, consequentemente, para o bem-estar da família. (2) Assim, ao permitir evitar gravidezes indesejadas, não interferindo com o ato sexual, os métodos contraceptivos permitem desfrutar da sexualidade, algo que não era possível até recentemente. (26) Apesar da importância do tema, a quantidade de estudos nesta área dirigida a profissionais de saúde e estudantes é muito escassa.

Posto isto, é desejável que os profissionais de saúde se sintam aptos para ajudar na escolha do método contraceptivo e sejam capazes de informar sobre as possibilidades de métodos que existem no mercado, efeitos adversos, vantagens e contra-indicações dos mesmos. Um bom domínio da área da contraceção permite proporcionar aos utentes boa qualidade de vida.

Na Faculdade de Ciências de Saúde, os alunos abordam a contraceção em várias etapas, ao longo dos seis anos do curso. No 2º ano os alunos têm o primeiro contacto com a contraceção no Módulo de Cuidados de Saúde Primários II, altura em que abordam o Planeamento Familiar. No 4º ano ocorre a passagem pelo Bloco de Ginecologia e Obstetrícia que permite obter uma abordagem mais completa e pormenorizada sobre os métodos contraceptivos. No 6º ano, por fim, voltam a abordar o tema, desta vez de forma mais sistematizada, na Residência da Saúde da Mulher. Assim, esperava-se existir alguma evolução a partir do quinto ano do curso, pois no quarto ano os alunos adquiriram conhecimentos mais pormenorizados no tema da contraceção.

Não existem estudos em Portugal que avaliem a evolução dos conhecimentos dos alunos de Medicina ao longo do Curso em termos de contraceção, o que pareceu de interesse no sentido da melhoria dos conteúdos formativos nessa área médica.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Breve história e finalidade do Planeamento Familiar

A ideia de contraceção existe desde a Antiguidade, mas apenas recentemente tem merecido o interesse que lhe é devido. No ano de 1967, Portugal apresentava maus indicadores de saúde materno-infantil, com elevados níveis de pobreza e um recurso alargado ao aborto clandestino como forma de limitar a dimensão das famílias. A contraceção era muito pouco conhecida e ainda menos usada. Os serviços de saúde existentes não tinham quaisquer serviços ou consultas de Planeamento Familiar. (30)

Nesse mesmo ano surgiu a Associação para o Planeamento da Família (APF) com o objetivo de promover o Planeamento Familiar em Portugal. A fundação e atuação da APF na década de 60 e nos primeiros anos da democracia foi essencial para estabelecer o direito ao Planeamento Familiar e, através do exercício deste direito, para a criação de serviços de saúde e afirmação do direito à informação e educação nestas matérias. Há que lembrar, no entanto que a prática do Planeamento Familiar era dificultada pela mentalidade, conservadora e completamente avessa à contraceção, que predominava no país. (30)

Após o 25 de abril de 1974 foi possível avançar e progredir com os objetivos desenvolvidos até então pela APF.

Assim em 1976 foi publicada a Constituição que consagrou o Planeamento Familiar como direito de todo o cidadão. Foi criada a consulta de Planeamento Familiar nos Centros de Saúde, integrada nos Serviços de Saúde Materno-Infantil. (29)

Na década de 80, a APF tornou-se protagonista essencial na promoção dos direitos para os jovens, nas áreas do planeamento familiar e da educação sexual. Durante a década de 90, a APF continuou a ter um forte envolvimento em diversos campos da defesa e promoção dos direitos humanos: direitos das pessoas seropositivas, direitos das crianças e jovens à educação sexual e a proteção de abusos sexuais, direitos das pessoas portadoras de deficiência, direito à saúde e à dignidade das mulheres portuguesas. (29)

Assim, atualmente os objetivos do Planeamento Familiar, que procuram promover o bem-estar da Família, consistem em: (30)

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;
- Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis;

- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências, designadamente, a infertilidade;
- Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

As atividades de Planeamento Familiar promovidas pela Direção Geral da Saúde são, neste contexto, um componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva. Nesta perspetiva, a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras atividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas. (2)

2.2. A contraceção como parte do Planeamento Familiar

Tendo em conta os objetivos do Planeamento Familiar rapidamente se percebe a íntima relação com a contraceção.

A contraceção, no contexto do Planeamento Familiar, foi aceite e reconhecida socialmente como parte integrante da vida atual graças ao trabalho desenvolvido pela APF.

Através do Planeamento Familiar, e com a ajuda do capítulo da contraceção, tornou-se possível separar o sexo da procriação e contribuir de forma significativa para o bem-estar familiar, controlando a natalidade, o número de filhos, espaçando os nascimentos e diminuindo a taxa de abortos por gravidezes indesejadas. (2)

Atualmente o Planeamento Familiar, integrado nos Centros de Saúde, procura através da prestação de cuidados de saúde, informação e educação e, diversas formas de contraceção, cumprir os objetivos mencionados anteriormente.

2.3. Tipos de métodos anticoncetivos e a sua eficácia

Atualmente, existe uma multiplicidade de métodos contraceptivos que permite uma escolha adequada ao perfil físico e psicológico de cada indivíduo. A eficácia de um método é avaliada através do Índice de Pearl que se exprime pelo número de gravidezes por cem mulheres por ano. (1,2,32,33,34) O Quadro 1 mostra a variedade de métodos e a sua eficácia.

Quadro 1: Tipos e eficácia dos métodos contraceptivos (1,2,32,33,34)

Método contraceptivo		Índice de Pearl (%)	
Naturais/ Abstinência periódica	Calendário (Ogino-Knauss)	7-38	
	Temperatura basal		
	Muco cervical (Billings)		
Barreira	Diafragma	6-16	
	Capa cervical	14-29	
	Esponja vaginal	12-24	
	Espermicida	2-30	
	Preservativo feminino	5-15	
	Preservativo masculino	5-10	
Hormonais	Combinados (estroprogestativo)	Oral	0,1-1
		Transdérmica (adesivo)	0,1-1
		Vaginal (anel)	0,1-1
	Preparações (progestativo)	Oral	0,5-1,5
		Injetável	0,0-1,3
		Subcutânea (implante)	0-0,07
		SIU (Mirena)	0,09-0,2
		DLIU (Jaydess)	<1
Intrauterina	DIU	0,5-1	
	SIU	0,09-0,2	
	DLIU	<1	
Masculina	Coito interrompido	22	
	Preservativo masculino	5-10	
Círgicos	Esterilização feminina (Laqueação tubar)	0,5-1,8	
	Esterilização masculina (Vasectomia)	0,15	
Emergência	Estroprogestativa (Método de Yuzpe)	Depende do tempo decorrido entre a relação desprotegida e a toma	
	Progestativa		
	Acetato de Ulipristal		
	DIU cobre		

Efetua-se, de seguida, uma breve apresentação de cada método contraceptivo incluído no respetivo grupo, abordando de forma sumária aspetos como mecanismo de ação, eficácia (de acordo com o Quadro 1), algumas vantagens e desvantagens e, finalmente, precauções e situações em que deve, ou não, ser utilizado.

2.3.1. Métodos Naturais

Como se pode verificar no Quadro 1, os métodos Naturais ou Abstinência periódica são considerados dos mais falíveis. O grau de eficácia destes métodos depende da consistência e continuidade da sua aplicação. Para além disso, é fundamental o envolvimento e disciplina do casal, bem como o conhecimento rigoroso do funcionamento do corpo da mulher e do seu período fértil. Os métodos naturais estão relacionados com a fisiologia da mulher, resultando no autocontrolo dos níveis de fertilidade do ciclo menstrual da mulher. (2,4)

Existem 3 métodos naturais de controlo da fertilidade:

I. Método do calendário

Permite calcular o período fértil através da contagem dos dias de duração de um ciclo menstrual, evitando relações sexuais no período fértil. (2)

II. Método da temperatura basal

Neste método, o período fértil é calculado pela medição da temperatura, tendo como fundamento o aumento da temperatura basal (pelo menos 0,5°C) após a ovulação. A avaliação da temperatura poderá ser vaginal, oral ou retal (após 6 horas de sono), determinando o aumento de temperatura pós-ovulatório. Assim são permitidas relações sexuais desprotegidas 3 dias após essa elevação da temperatura. (2)

III. Método do muco cervical (Billings)

O método do muco cervical consiste na observação das características do muco cervical, que mudam consoante o grau de fertilidade. O período fértil inicia-se no primeiro dia em que o muco se torna filante e transparente, prolongando-se pelo menos 3 dias após a filância máxima. Assim não são permitidas relações sexuais no período em que existe muco, até ao terceiro dia após o seu desaparecimento. (2)

As vantagens que os métodos naturais apresentam consistem na ausência de efeitos secundários, capacidade de proporcionar uma partilha de responsabilidade na contraceção, irreversibilidade imediata e, por fim, são métodos que não necessitam de supervisão médica. Quanto às desvantagens destes métodos, necessitam de um compromisso mútuo, implicam um acompanhamento rigoroso dos ciclos menstruais da mulher, podem requerer períodos de abstinência longos, não protegem contra as IST e, tal como referido anteriormente, o seu grau de eficácia pode ser limitado (Quadro 1). (2,4)

2.3.2. Métodos barreira

Os métodos barreira atuam através da inibição do contacto do espermatozóide com o óvulo. Apresentam como vantagem em relação aos outros tipos de métodos a proteção contra as IST, no entanto no caso do vírus VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) apenas o preservativo foi aprovado na sua proteção. Estes métodos conferem também proteção contra a displasia e cancro do colo do útero. As principais desvantagens que apresentam são a baixa eficácia e a interferência com o ato sexual. (2)

I. Diafragma

O diafragma é um dispositivo de borracha, reutilizável, com um aro flexível que é introduzido na vagina. Deve ser utilizado em associação com o espermicida. Quando corretamente introduzido previne o contacto do esperma com o colo do útero, funcionando como meio eficaz de contraceção. O diafragma oferece um nível de eficácia relativamente alto, tal como é possível observar no Quadro 1. As vantagens deste método são o facto de não interferir com o ato sexual, não ter efeitos secundários significativos e diminuir a ocorrência da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). As desvantagens, por sua vez, são essencialmente a dificuldade na utilização. Está contraindicado quando existem fístulas, lacerações ou anomalias vaginais, em caso de elevado risco de infeção por VIH ou em caso de alergia à borracha e sensibilidade a espermicidas. (2,4)

II. Capa cervical

A capa cervical é de todo semelhante ao diafragma, embora o látex seja mais duro, de menores dimensões e a colocação seja diretamente no colo, dificultando a sua utilização. Tal como o diafragma também é um método reutilizável e o seu uso deve ser associado ao espermicida. (2)

III. Esponja vaginal

A esponja vaginal tem dupla ação, por um lado, oculta o orifício do colo uterino, por outro lado, tem ação espermicida uma vez que está impregnada em cloreto de benzalcónio ou em nonoxinol. Deve ser inserida no fundo da vagina. O efeito contraceptivo é imediato e pode permanecer na vagina durante 24 horas. Não deve ser retirada antes das duas horas após uma relação sexual. Apresenta como vantagens a ação local e o aumento da lubrificação vaginal. Quanto às desvantagens, pelo facto de ser inserida no colo uterino pode interferir com a relação sexual. Como efeitos secundários pode provocar reações alérgicas ou irritativas. (1,2)

IV. Espermicida

Os espermicidas são compostos por substâncias como o cloreto de benzalcónio ou o nonoxinol, que diminuem a capacidade de fecundação dos espermatozóides. São classificados em agentes surfactantes (diminuem a tensão superficial os espermatozóides) ou em agentes bactericidas (alteram o metabolismo dos espermatozóides). Podem apresentar-se sob a forma de creme, gel, espuma, comprimidos vaginais, esponja, cone ou membrana. Não têm efeitos sistémicos, são de fácil utilização e não exigem acompanhamento médico. Podem inclusive aumentar a lubrificação vaginal. A eficácia dos espermicidas depende da utilização correta e sistemática. A sua ação pode ser melhorada e potenciada, se conjugada com outro método contraceptivo. Relativamente às desvantagens, o espermicida pode provocar reações alérgicas ou irritativas na mulher ou no homem, pode interferir com o ato sexual e está associado a um maior risco de infeção urinária. Alguns espermicidas devem ser colocados na vagina pelo menos 10 minutos antes da ejaculação, exigindo algum cuidado adicional. Espermicidas à base de nonoxinol estão contraindicados durante a amamentação, uma vez que o nonoxinol é excretado no leite materno. (2,4)

V. Preservativo feminino

O preservativo feminino (interno) tem a forma de um cilindro fechado, é feito à base de nitrilo e apresenta um anel flexível que o mantém aberto apoiando-se na vulva. É colocado no interior da vagina, podendo ser inserido em qualquer altura antes da penetração. No final da relação sexual o anel externo deve ser torcido e puxado delicadamente para fora da cavidade. Deve ser retirado imediatamente após a ejaculação, não sendo reutilizável. Se corretamente usado é considerado um método seguro e bastante eficaz (Quadro 1). Como vantagens apresenta o facto de prevenir contra as IST, não apresentar efeitos secundários ou contraindicações graves, não necessitar de supervisão médica e ser um método cuja utilização depende da mulher. No entanto este método é de difícil aquisição em Portugal. (2,4)

VI. Preservativo masculino

Também conhecido por “camisa de Vénus” ou “camisinha”, é um método contraceptivo utilizado pelo homem. É fabricado em látex ou em poliuretano ultrafino, pré-lubrificado, enrolado numa embalagem. O preservativo é fundamental na prevenção das IST. Previne também as infeções por HPV (Papiloma Vírus Humano), Sífilis e Herpes Genital, embora nestas doenças o contágio possa ocorrer também através do contacto direto com a pele infetada (virilhas e genitais externos). Para que o preservativo atue de uma forma eficaz, deverá ser colocado corretamente desde o início da relação sexual, com o pénis em ereção e antes de qualquer contacto genital. Deverá ser retirado logo após a ejaculação, ainda com o pénis em ereção. Após a utilização do preservativo, deverá dar-se um nó na sua abertura, impedindo

que o esperma saia. Em seguida, deve ser descartado, não sendo reutilizável. A sua eficácia depende da utilização correta e sistemática. O preservativo pode ser utilizado em simultâneo com outro método contraceutivo (pilula, DIU, implante, adesivo contraceutivo, etc.), designando-se este método de “Dupla Proteção”. É desaconselhado o seu uso associado a lubrificantes não aquosos, pois alteram o material do preservativo, diminuindo a sua eficácia na proteção da gravidez e das IST. Quanto às vantagens do preservativo masculino, este não necessita de acompanhamento médico, previne as IST tal como referido anteriormente, pode contribuir para minorar situações de ejaculação precoce e não apresenta efeitos secundários graves ou contra-indicações. Como desvantagem podem surgir reações alérgicas ao látex natural (mas existem preservativos de látex sintético e de poliuretano). (4)

2.3.3. Métodos Hormonais

Tal como se pode observar no Quadro 1, existem vários métodos contraceutivos com ação hormonal, sendo que alguns são compostos por estrogénios e progestativos (combinados) e outros por progestativos apenas (preparações).

Nos métodos combinados, as hormonas libertadas atuam inibindo a secreção de gonadotrofinas. O progestativo inibe a secreção de LH (hormona luteinizante) e deste modo o pico de LH necessário para desencadear a ovulação. Os estrogénios, por sua vez, inibem a secreção de FSH (hormona folículo-estimulante) impedindo o crescimento folicular até ao estágio de folículo dominante. Para além de inibir a ovulação, o progestativo atua na produção do muco cervical, tornando-o hostil à ascensão dos espermatozóides e, ao mesmo tempo, provoca atrofia do endométrio tornando-o impróprio para a nidação. O progestativo também diminui a atividade tubar. Tendo em conta que o efeito dos progestativos é potenciado pelos estrogénios, torna-se possível reduzir a dose de estrogénios. (2)

A contraceção progestativa atua pelo seu efeito antigonadotrófico parcial, mas também pela sua ação a nível periférico antiestrogénico. A inibição estrogénica resulta no espessamento do muco, dificultando a capacitação e ascensão de espermatozóides, e na atrofia do endométrio, impeditiva de uma boa nidação. (2)

I. Contraceutivo oral combinado (COC)/ Pilula

Consiste na administração oral, diária, durante 3 semanas (21 dias de toma e 7 dias de intervalo), ou 24 dias associados a 4 dias de placebo, de comprimidos constituídos por hormonas sintéticas semelhantes às que são produzidas pelos ovários das mulheres (estrogénio e progesterona). As pilulas combinadas diferenciam-se umas das outras pela dosagem e pelo tipo de hormonas que as constituem, com a finalidade de se adaptarem melhor a cada mulher, tendo em conta a sua idade e a sua história clínica. Na pilula monofásica todos os comprimidos têm a mesma dosagem, na bifásica, os comprimidos têm

duas dosagens diferentes, e na pilula trifásica, os comprimidos apresentam três dosagens que visam imitar o ciclo menstrual. Deve optar-se por uma dosagem baixa de estrogénios (20-30 µg) e por progestativos de segunda ou terceira geração. Se usada corretamente, a pilula apresenta um elevado grau de eficácia (Quadro 1). Para além do elevado grau de segurança na prevenção da gravidez, a pilula apresenta como vantagens o facto de não interferir na relação sexual, regularizar os ciclos menstruais, melhorar a tensão pré-menstrual e a dismenorreia, não afetar a fertilidade, diminuir o risco de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), reduzir para metade o risco de cancro do ovário e do endométrio, diminuir a incidência de quistos funcionais do ovário e a doença poliquística. No entanto, a COC não protege contra as IST. Algumas mulheres têm dificuldade em fazer a toma diária e regular da pilula. (2,4)

II. Adesivo (transdérmico)

Trata-se de um adesivo fino, confortável e fácil de aplicar. O adesivo pode ser aplicado na parte lateral do braço, nas costas, no abdómen ou na nádega. Convém ser colocado num sítio em que não ocorra contacto com roupas justas. O adesivo transdérmico é um método contraceptivo hormonal de uso semanal, é colocado uma vez por semana, durante 3 semanas consecutivas, seguidas de uma semana de intervalo. As hormonas são libertadas e absorvidas diariamente (20 µg/dia de etinilestradiol e 150 µg/dia de norelgestromin). Pode ser colocado em locais diferentes a cada semana de forma a diminuir a possibilidade de irritação cutânea. Não deve ser aplicado na pele da mama ou em locais de pele irritada ou lesada. Deve ser verificado diariamente a adesão do método à superfície corporal. Estima-se que a taxa de eficácia é bastante alta (Quadro 1), no entanto esta pode diminuir com um peso da mulher superior aos 90 Kg. Relativamente às vantagens, é um método adequado para mulheres que preferem contraceção hormonal combinada e não toleram ou não pretendem os contraceptivos orais, é de uso semanal, de uso fácil e reversível. Normalmente torna os ciclos menstruais, mais curtos e menos dolorosos. Apresenta como desvantagem não proteger contra as IST. Os efeitos secundários são similares aos observados com a pilula combinada. (2,4)

III. Anel vaginal

Consiste num anel de textura suave, transparente e flexível com cerca de 5 cm de diâmetro, que é inserido na vagina uma vez por mês, sendo removido após 3 semanas permitindo uma semana de intervalo. Tem uma ação hormonal combinada, em que as hormonas são libertadas para a corrente sanguínea de forma regular (15 µg/dia de etinilestradiol e 120 mg/dia de etonorgestrel). Desde que corretamente usado é considerado um método eficaz (Quadro 1). É fácil de utilizar, reversível e não interfere com as relações sexuais, no entanto não protege contra as IST. Bastante adequado para mulheres que desejam uma contraceção hormonal combinada e não toleram ou não desejam os contraceptivos orais. (2)

IV. Progestativo oral/ Minipilula

Cada embalagem é constituída por 28 comprimidos compostos por derivados de noresteróides, em Portugal é usado o desorgestrel (75 µg/dia). Deve ser administrado a cada 24 horas, diariamente, sem interrupção. É um método contraceptivo com elevada eficácia (Quadro 1), se usado corretamente. Como vantagens apresenta o facto de não interferir na relação sexual. Por outro lado, a minipilula não protege contra as IST, implica toma diária, eleva o risco de gravidez extrauterina e provoca perdas hemáticas descontínuas (*spotting*). Algumas mulheres têm dificuldade em cumprir a toma diária. Geralmente é indicada no período do aleitamento e em situações transitórias com contra-indicação aos estroprogestativos. Pode ser o método mais indicado em mulheres hipertensas, diabéticas, dislipidémicas, fumadoras ou com alto risco vascular trombótico. (2,4)

V. Injetável

Consiste numa injeção intramuscular profunda, de uma solução aquosa, constituída por acetato de medroxiprogesterona (150 mg) ou noretisterona (200 mg). É administrado de 12 em 12 semanas, pelo que cada injeção tem efeito contraceptivo durante 3 meses. É considerado um método com elevada eficácia (Quadro 1) e segurança. O injetável é um método bastante discreto e prático na sua utilização, uma vez que não interfere na relação sexual e não obriga à toma diária, como sucede com os métodos de contraceção oral. Pode melhorar a qualidade do aleitamento, diminuir o risco de DIP, gravidez ectópica ou carcinoma do endométrio e reduzir as perdas hemáticas. Pode provocar irregularidades no ciclo menstrual. As alterações na morfologia endometrial com acentuada atrofia, que podem permanecer por algum período após a suspensão do método, podem contribuir para o atraso na retoma da fertilidade. Não protege contra as IST e pode ser causa de cefaleias, perda de cabelo e aumento de peso. (2,4)

VI. Implante (subcutâneo)

O implante é um método contraceptivo hormonal de longa duração (3 anos). É um pequeno bastonete flexível, com quatro centímetros de comprimento e dois milímetros de diâmetro. A inserção é feita nos primeiros dias da menstruação, no antebraço, tratando-se de um procedimento simples em que apenas é necessário o uso de anestesia local. A sua remoção deve ser feita por um profissional de saúde especializado. Após a inserção, o implante vai libertando de forma gradual e contínua, uma pequena quantidade de hormonas para a corrente sanguínea (68 mg de etonorgestrel). O implante não interfere com a relação sexual, não requer a toma diária e não interfere com a amamentação. Com desvantagens apresenta o facto de não proteger contra as IST. Pode provocar alteração do ciclo menstrual, cefaleias, tensão mamária, sensação de aumento de peso, agravamento ligeiro do acne e alterações do

humor. É um método adequado para mulheres que pretendam um efeito de longa duração e de elevada eficácia. (2,4)

VII. SIU (Sistema Intrauterino)/ Mirena

O SIU é um pequeno dispositivo, em forma de “T” que contém na haste vertical um reservatório de levonorgestrel (52 mg). Este é introduzido na cavidade uterina, por um profissional de saúde especializado. Consiste num procedimento simples e indolor, pelo que não é necessário o uso da anestesia. Tem uma duração de 5 anos, devendo ser removido por um profissional de saúde. O levonorgestrel é libertado diariamente no útero, sendo que a quantidade de hormona que entra em circulação é muito baixa (20 µg/dia). O SIU não interfere no relacionamento sexual. É um método muito seguro e reversível, podendo ser retirado em qualquer altura, não afetando a fertilidade. As alterações na menstruação são próprias do SIU e revertem quando este é removido. O SIU não protege das IST. Tem sido utilizado em casos de anemia, menorragia por hiperplasia do endométrio ou adenomiose, na Doença de Wilson, entre outros. (2,11)

VIII. Dispositivo de libertação intrauterino (DLIU)/ Jaydess

Dispositivo uterino de dimensões inferiores às do SIU (28x30x1,5mm) com um estreito tubo de inserção (3,8mm). Contém 13,5 mg de levonorgestrel, libertando diariamente 6 µg de levonorgestrel. Tem como indicação terapêutica a contraceção durante 3 anos. O mecanismo de atuação de Jaydess permite que a taxa de libertação diária de levonorgestrel seja baixa, apresentando um reservatório hormonal menos volumoso e, conseqüentemente, um tubo de inserção mais estreito, originando uma colocação mais fácil para o prestador de cuidados de saúde e menos dolorosa para a mulher. A sua eficácia é elevada (Quadro 1). Pode causar alguns efeitos adversos como as cefaleias, a acne, as alterações menstruais, os quistos do ovário, as vulvovaginites, entre outros. Menos frequentemente é causa de amenorreias, em comparação com o SIU. Como benefícios, permite a utilização de um método intrauterino em mulheres nulíparas. (33,34)

2.3.4. Métodos intrauterinos

Nos DIU inertes o mecanismo de ação resultava dos efeitos locais de reação a corpo estranho e inflamação, a nível do endométrio, o que impedia a nidação, motivo pelo qual foi considerado abortivo e deixado de utilizar. Com este tipo de DIU a taxa de infeções era elevada.

Com o aparecimento dos DIU ativos (com cobre ou cobre e prata) o mecanismo de ação deve-se à libertação de prostaglandinas e citocinas a nível do endométrio que exercem um efeito citotóxico sobre os espermatozóides e sobre o óvulo, impedindo a fecundação.

Nos dispositivos com progesterona o mecanismo de ação resulta das modificações no endométrio como resposta a corpo estranho, e da ação da progesterona a nível do endométrio, condicionando atrofia, impedindo a nidação, e a nível do muco cervical, tornando-o espesso constituindo uma barreira aos espermatozóides. (2)

I. DIU cobre (Dispositivo intrauterino de cobre)

É um pequeno dispositivo com quantidade muito reduzida de cobre, normalmente em forma de “T”, que é introduzido durante a fase folicular (de preferência durante a menstruação ou imediatamente após esta) na cavidade uterina, por um profissional de saúde. É um procedimento simples e indolor, não sendo necessária anestesia. É muito eficaz e reversível. Consiste numa forma de contraceção de longa duração (cerca de 5 anos). Tem como vantagem não ser um método hormonal e não interferir no relacionamento sexual. Pode provocar alterações na menstruação próprias do DIU que revertem quando removido. A toma prolongada de anti-inflamatórios interfere com o efeito contraceptivo. As mulheres com DIP ativa ou recorrente, suspeita de cancro uterino, alergia ao cobre, Doença de Wilson e anomalia da cavidade uterina não devem usar este método. Este método contraceptivo não protege das IST. O DIU aumenta a atividade fibrinolítica do endométrio tendo como consequência um aumento do fluxo menstrual, pelo que é contra-indicado nas menorragias. (2,11)

II. SIU (Sistema Intrauterino)/ Mirena

Já abordado anteriormente como contraceção hormonal.

III. DLIU (Dispositivo de libertação intrauterino)/ Jaydess

Já abordado anteriormente como contraceção hormonal.

2.3.4. Métodos de uso masculino

I. Coito interrompido

O coito interrompido é um método de contraceção que consiste na retirada do pénis da vagina imediatamente antes da ejaculação. O principal motivo da falha do método é a falta do autocontrolo. No entanto, mesmo quando corretamente utilizado, existe uma probabilidade de falha do método, tendo em conta que o pré-ejaculado (“fluido de Cowper”),

também contém espermatozóides. Assim sendo, é um método com baixa eficácia, tal como pode ser observado no Quadro 1. Como vantagem apresenta o facto de não exibir efeitos adversos à semelhança do que ocorre com todos os métodos naturais. Este método não protege contra as IST e gera aspetos negativos na vida sexual do casal. (2,32)

II. Preservativo masculino

Já abordado anteriormente como método barreira.

III. Vasectomia

Abordado a seguir, como método cirúrgico.

2.3.5. Métodos cirúrgicos

Os métodos cirúrgicos correspondem a técnicas cirúrgicas que têm como finalidade impedir a ocorrência da fecundação. A esterilização distingue-se dos restantes métodos no que se refere à reversibilidade. Foram durante anos considerados métodos irreversíveis, no entanto as técnicas inovadoras da microcirurgia e da procriação assistida permitiram a sua reversibilidade. (2)

I. Esterilização feminina/ Laqueação tubar

Consiste na interrupção das trompas realizada por laparoscopia (técnicas como a eletrocoagulação, colocação de anéis de Yoon ou colocação de cliques), laparotomia (técnica de Pomeroy) ou via transuterina (colocação de *essure*). Métodos muito seguros, com uma taxa de eficácia muito elevada, como se pode verificar no Quadro 1. A esterilização não interfere no desempenho sexual nem no normal funcionamento dos órgãos sexuais. Este método não protege das IST. A laqueação tubar está indicada quando existe contra-indicação à gravidez ou outros métodos contraceptivos e quando a mulher o deseja. Em Portugal pode ser realizada por vontade da mulher a partir dos 25 anos. (2)

II. Esterilização masculina/ Vasectomia

Consiste na laqueação dos canais deferentes via percutânea, sob efeito de anestesia local. Não é um método de eficácia imediata, uma vez que a azoospermia apenas é obtida 4 a 6 meses após o procedimento, devendo ser assegurada pelo espermograma. As complicações são raras. A sua reversibilidade é baixa. A vasectomia não provoca impotência e as ejaculações continuam presentes. (2,11)

2.3.6. Métodos contraceptivos de emergência

Método utilizado após uma relação sexual não protegida, presumivelmente fecundante. Pode ser utilizada contraceção hormonal (estroprogestativa, progestativa ou acetato de ulipristal) ou intrauterina (DIU cobre). A contraceção hormonal de emergência com progestativo isolado, levonorgestrel, é mais eficaz e com menos efeitos secundários quando comparada com o método estroprogestativo. No entanto, os valores de eficácia são tanto maiores quanto mais precoce a toma. A contraceção hormonal de emergência não deverá substituir o uso da contraceção regular. (2)

I. Estroprogestativo/ Método de Yuzpe

A pilula estroprogestativa é constituída por 30 µg de etinilestradiol e 150 µg de levonorgestrel. A toma desta deve ser o mais cedo possível em relação ao coito desprotegido, sendo que o tempo limite para a primeira dose são as 120 horas (5 dias). Os 8 comprimidos devem ser distribuídos em 2 tomas, com intervalo de 12 horas. Como desvantagem apresenta a elevada incidência de náuseas e vômitos, sendo mal tolerada. (1,2)

II. Progestativo isolado

A pilula do dia seguinte composta por progestativos contém 1500 µg de levonorgestrel em dose única. O mecanismo de ação que conduz ao efeito contraceptivo pretendido consiste na supressão do pico pré-ovulatório das gonadotrofinas e interferência com o processo ovulatório (este mecanismo está dependente da fase do ciclo já que só se verifica a inibição da ovulação quando administrada na fase folicular). A sua toma deve ocorrer o mais próximo possível da hora do coito e até às 72 horas (3 dias). É um método bem tolerado e com alta eficácia. (2)

III. Acetato de ulipristal

O acetato de ulipristal (30 mg, dose única) é um modulador seletivo dos recetores de progesterona. O seu mecanismo de ação é semelhante ao do levonogestrel, mas parece ter uma eficácia mais elevada, por apresentar uma atividade mais intensa a nível da inibição da ovulação e poder ser utilizado até 120 horas (5 dias) após a relação desprotegida. A tolerância é semelhante ao levonogestrel. (2,4)

IV. DIU cobre

Já abordado anteriormente como método intrauterino. É o método mais eficaz na prevenção da gravidez quando introduzido até 5 dias após a relação sexual desprotegida. (2)

2.4. Efeitos negativos dos métodos anticoncetivos

Tendo em conta a variedade de métodos contraceptivos, as diferentes formas de atuação e os poucos anos de existência de alguns deles, torna-se viável a existência de efeitos adversos e riscos associados.

Seguidamente serão apresentados alguns dos efeitos adversos/ riscos possíveis e o método relacionado.

2.4.1. Reações alérgicas

Descritas como possibilidade no uso do adesivo, preservativos masculino e feminino, esponja vaginal, diafragma e capa cervical. (1,2)

2.4.2. Doença cardiovascular e fenómenos tromboembólicos

Vários estudos demonstraram existir um aumento do risco de tromboembolismo venoso e arterial em mulheres sob contraceção estroprogestativa. Constatou-se que o risco está relacionado com a dose de estrogénios. Os estroprogestativos condicionam alterações da coagulação com aumento do fibrinogénio e dos fatores II, VII e X. Por outro lado, levam à diminuição da antitrombina e da proteína S. Apesar de um risco aumentado, a trombose venosa e arterial é rara, e quando surge geralmente está associada a outros fatores de risco, tais como a obesidade, tabagismo e história familiar de tromboembolismo. (2)

2.4.3. Risco oncológico

Vários estudos comprovaram um aumento discreto do risco de displasia do colo do útero e de carcinoma cervical *in situ* provocado pelos contraceptivos estroprogestativos, sendo que o risco aumenta com o tempo de uso.

Também existe um ligeiro aumento do risco do cancro da mama provocado pelos estroprogestativos. Há que ter em conta, no entanto, que os estudos comprovativos foram realizados numa faixa etária mais alta, sendo que muitas das mulheres já tinham sido mães, fator que influencia o risco.

Raramente, os esteróides sexuais estrogénicos e androgénicos podem desencadear o aparecimento de adenomas hepáticos, o risco está relacionado com a duração da toma e com a dose. (2)

2.4.4. Aumento de peso

O aumento de peso associado ao aumento do apetite está descrito como efeito secundário da contraceção estroprogestativa e apenas progestativa, no entanto este é raro para contraceptivos de baixa dosagem. (1,2)

2.4.5. Spotting

Está descrito como efeito secundário do uso de métodos contendo progestativos, como o caso do SIU, do DLIU, do injetável, do implante e da minipílula. Pode também ocorrer numa fase inicial com a utilização de métodos estroprogestativos. (1,2)

2.4.6. Diminuição da libido

Esta documentada a relação entre o uso de métodos hormonais e a diminuição da libido. Este efeito resulta da ausência do pico ovulatório. (1,2)

2.4.7. Depressão

Efeito muito raro e pouco documentado dos contraceptivos hormonais, no entanto pode ocorrer pela interferência dos estrogénios com o triptofano. (1,2)

2.4.8. Perfuração do útero

Acontece muito raramente aquando da colocação do DIU ou imediatamente a seguir e em situações favorecedoras (desvios uterinos, fixidez uterina ou dificuldades na passagem do colo uterino). (1,2)

2.4.9. Risco infeccioso

O risco de infeção está descrito para os métodos cirúrgicos, para o implante e para o DIU, sendo que os dois primeiros resultam essencialmente de soluções de continuidade. (1,2)

2.4.10. Gravidez extrauterina

O risco de gravidez extrauterina extra descrito para o DIU cobre e métodos progestativos que provocam o abrandamento do trânsito tubar. (1,2)

2.4.11. Gastrointestinais

Efeitos gastrointestinais como náuseas, vómitos e diarreia foram associados a métodos hormonais, muito comuns no Método de Yuzpe. (1,2)

2.4.12. Menorragias

Associadas principalmente ao DIU cobre, revertendo com a remoção do método. (1,2)

2.4.13. Cefaleias

Descritas como possível efeito secundário da contraceção hormonal. (1)

2.5. Efeitos benéficos dos métodos anticoncetivos

Para além dos efeitos adversos que os métodos contraceptivos podem desencadear, existem efeitos benéficos.

Seguidamente serão apresentados alguns dos efeitos benéficos que os métodos contraceptivos podem proporcionar.

2.5.1. Proteção contra as IST

Os métodos barreira apresentam a capacidade de proteção contra as IST, tais como a infeção por *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae*, trichomonas, herpes simplex, citomegalovírus e VIH. Quanto ao VIH, apenas o preservativo foi aprovado na proteção contra esta infeção. (2)

2.5.2. Cancro do endométrio

Os estroprogestativos protegem em 50% do risco de cancro do endométrio, com uma maior proteção nas utilizadoras por três ou mais anos. (2)

2.5.3. Cancro do ovário

Os contraceptivos orais diminuem em 40% o risco de cancro do ovário e a proteção aumenta com o tempo de utilização. A proteção é maior nos compostos que contêm doses mais elevadas de progestativos. (2)

2.5.4. Doença benigna da mama

O risco de doença benigna da mama diminui com o uso da contraceção hormonal, após dois anos de toma dos mesmos. (2)

2.5.5. Displasia e cancro do colo uterino

Ao proteger contra as IST, principalmente contra a infeção pelo HPV, os métodos contraceptivos barreira, nomeadamente o preservativo masculino, evitam o surgimento de lesões displásicas e a progressão para o cancro do colo uterino. (2)

2.5.6. Acne e hirsutismo

A contraceção hormonal estroprogestativa pode ser utilizada no tratamento da acne e do hirsutismo. (2)

2.5.7. Quistos do ovário

A contraceção oral combinada contribui para a prevenção de quistos funcionais do ovário. (1)

2.6. A contraceção na prática diária do médico

A multiplicidade de métodos veio permitir uma escolha adequada ao perfil psicológico e físico do utilizador, que se traduz no aumento da sua eficácia e na diminuição dos efeitos adversos.

Embora a escolha do método deva ser da responsabilidade do usuário, o médico tem como obrigação informar sobre as vantagens e inconvenientes, riscos e benefícios e, quando necessário, contraindicar. Para uma contraceção consciente, todos os esclarecimentos focando a eficácia, a inocuidade, a tolerância e a reversibilidade devem ser abordados pelo profissional, antes de se iniciar a contraceção. (2)

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

Este trabalho tem como objetivos:

- Compreender o conhecimento dos alunos do Curso de Medicina da Universidade da Beira Interior no que respeita à contraceção e métodos contraceptivos;
- Avaliar a evolução dos conhecimentos dos alunos de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde sobre contraceção, ao longo do Curso;
- Verificar se existe diferença no nível de conhecimentos entre os dois sexos (masculino e feminino);
- Investigar o nível de conhecimentos que os alunos adquirem no ensino previamente ao ingresso na Faculdade, procurando aspetos com possibilidade de melhoramento;
- Propôr medidas no sentido de melhorar a qualidade da aprendizagem dos alunos de Medicina na área da contraceção.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Seleção da amostra

Os alunos que integraram este estudo eram estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior que estavam matriculados no curso de Medicina, desde o primeiro até ao sexto ano. Estes questionários foram entregues durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2016.

4.2. Instrumentos

Foi utilizado um questionário elaborado de novo de acordo com os pontos que pretendiam ser avaliados. Antes de ser aplicado, o questionário foi avaliado e corrigido após um estudo piloto. O mesmo era constituído por 21 questões, das quais as primeiras 4 procuravam avaliar as variáveis demográficas. As restantes 17 questões abordavam os métodos contraceptivos, cuja resposta devia ser baseada em números, de acordo com a tabela de métodos apresentados. Todas as questões eram do tipo fechadas, exceto a primeira questão (idade do aluno). (Anexo 1).

4.3. Recolha e organização de dados

Para se efetuar a recolha dos dados necessários para este trabalho obtiveram-se as autorizações necessárias e foi pedida autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar da Cova da Beira (Anexo 2).

Os questionários foram distribuídos pessoalmente ao longo dos três meses em atividades letivas e na biblioteca da faculdade, essencialmente, após uma breve explicação dos objetivos do estudo, assegurando a confidencialidade e anonimidade dos dados.

4.4. Análise estatística dos dados

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários foram informatizados, procedendo-se ao tratamento e análise dos mesmos. Para tal foi utilizado o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 23. Foi realizada uma análise através das

Tabelas de Frequências e Tabelas de Contingência. As respostas foram consideradas estatisticamente significativas para um nível de significância inferior a 0,05. A análise foi realizada padronizadamente para o total dos alunos, para os dois sexos e para os diferentes anos, nesta última formaram-se dois grupos, do 1º-4º ano e 5º e 6º ano.

5. RESULTADOS

5.1. Dados demográficos da amostra

5.1.1. Sexo

A amostra, tal como se pode verificar no Gráfico 1, é constituída por 62 rapazes (24,6%) e 190 raparigas (75,4%).

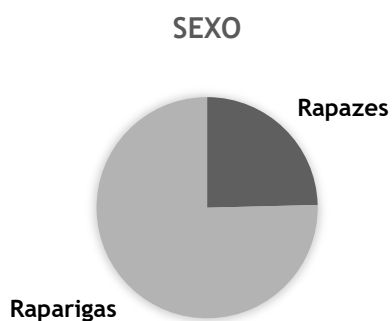


Gráfico 1: Distribuição da amostra por sexo

5.1.2. Idade

A média das idades da amostra corresponde a 21,65 anos, sendo que a idade mínima foi 17 anos e a máxima 35 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra por idade

Respondidos	246
Sem resposta à questão	6
Média	21,65
Mediana	21,00
Moda	23
Desvio padrão	2,691
Mínimo	17
Máximo	35

5.1.3. Distribuição por Ano de Matrícula

O número de alunos por ano da amostra assume a seguinte distribuição: 1º ano com 39 alunos, 2º ano com 24 alunos, 3º ano com 60 alunos, 4º ano com 47 alunos, 5º ano com 53 alunos e, por fim, 6º ano com 29 alunos.

Com base no Gráfico 2 observa-se que, quanto ao ano da matrícula, a amostra tem uma distribuição bastante equitativa.

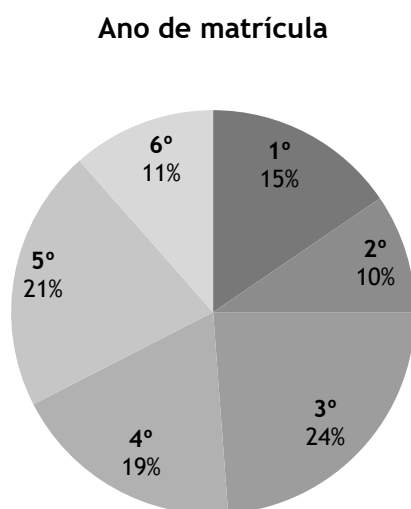


Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo o ano de matrícula

5.1.4. Região do país

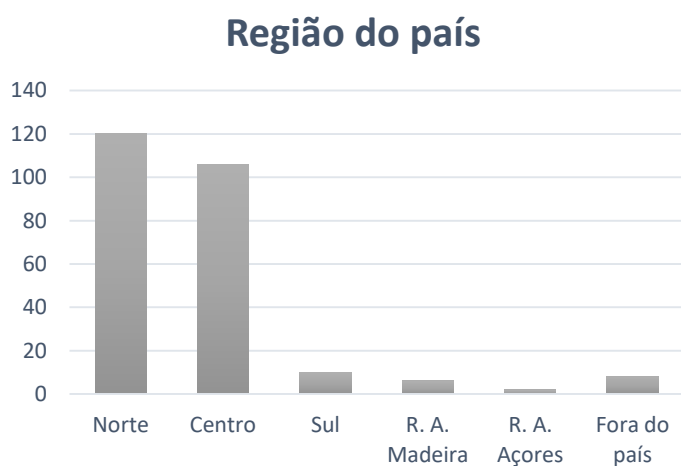


Gráfico 3: Distribuição da amostra por região

Tal como é possível observar no Gráfico 4, a maioria dos alunos é proveniente da região Norte de Portugal (120 alunos). Do total da amostra, 106 alunos são provenientes da região Centro e apenas 10 alunos da região Sul. O questionário foi respondido por alunos provenientes das regiões autónomas, 6 alunos da Região Autónoma da Madeira e 2 alunos do Arquipélago dos Açores.

5.2. Análise Descritiva e Comparativa

A seguinte análise estatística aborda as questões colocadas relativamente a:

- Totalidade dos alunos (Análise em Tabela de Frequências);
- Sexo (Análise em Tabela de Contingência), em que as percentagens serão relativas ao número de alunos de cada sexo (62 rapazes e 190 raparigas);
- Ano de matrícula (Análise em Tabela de Contingência com respetivos valores de significância), em que foram criados dois grupos, do 1º-4º ano (170 alunos) e 5º-6º ano (82 alunos). Nesta análise considerou-se existir uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis (cada variável corresponde a um ano letivo) para valores de $p < 0,05$.

A soma das percentagens apresentadas nas tabelas não perfaz os 100%, pois apenas foram selecionadas percentagens mais relevantes e com maior importância para a análise.

Questão 5: “Dos métodos acima enumerados, indique os que não considera como método(s) contraceptivo(s)” (Tabela 2)

Tabela 2: Métodos considerados como não contraceptivos (questão 5)

Dados	Resposta	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	7 (2,8%)
	Coito interrompido	123 (48,8%)
	Abstenção periódica	90 (35,7%)
	Histerectomia	86 (34,1%)
	Pilula do dia seguinte	82 (32,5%)
	Calendário	71 (28,2%)
	Nenhum	57 (22,6%)
	Esterilização masculina	20 (7,9%)
	Esterilização feminina	19 (7,5%)
Rapazes	Não responderam	0 (0,0%)
	Coito interrompido	31 (50,0%)
	Abstenção periódica	25 (40,3%)
	Calendário	23 (37,1%)
	Nenhum	17 (27,4%)
	Pilula do dia seguinte	17 (27,4%)
	Histerectomia	16 (25,8%)
Raparigas	Não responderam	7 (3,7%)
	Coito Interrompido	92 (48,4%)
	Histerectomia	70 (36,8%)
	Abstenção periódica	65 (34,2%)
	Pilula do dia seguinte	65 (34,2%)
	Calendário	48 (25,3%)
	Nenhum	40 (21,1%)
1º-4º ano	Não responderam	5 (2,9%)
	Coito interrompido	89 (52,4%)
	Abstenção periódica	66 (38,8%)
	Pilula do dia seguinte	56 (32,9%)
	Calendário	52 (30,6%)
	Histerectomia	50 (29,4%)
	Nenhum	38 (22,4%)
5º-6º ano	Não responderam	2 (2,4%)
	Histerectomia	36 (43,9%)
	Coito interrompido	34 (41,5%)
	Pilula do dia seguinte	26 (31,7%)
	Abstenção periódica	24 (29,3%)
	Nenhum	19 (23,2%)
	Calendário	19 (23,2%)

O coito interrompido, a abstenção periódica e a histerectomia foram os três métodos mais considerados como métodos não contraceptivos. É de salientar que cerca de metade dos rapazes e das raparigas que responderam a esta questão consideraram o coito interrompido como um método não contraceptivo. Verificou-se que a histerectomia foi o método mais escolhido pelo 5º e 6º ano para método não contraceptivo, o mesmo não se observou no primeiro grupo.

Na análise por ano de matrícula, não se verificou existir associação estatística significativa ($p=0,023$).

Questão 6: “Indique os 2 métodos que lhe parecem ser os mais eficazes, ou seja, no uso do dia-a-dia falham menos” (Tabela 3)

Tabela 3: Métodos mais eficazes (questão 6)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	2 (0,8%)	Não responderam	2 (0,8%)
	Preservativo masculino	71 (28,2%)	COC	67 (26,6%)
	COC	48 (19,0%)	Esterilização masculina	45 (17,9%)
	Esterilização feminina	39 (15,5%)	Preservativo masculino	42 (16,7%)
Rapazes	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	0 (0,0%)
	Preservativo masculino	22 (35,5%)	COC	19 (30,6%)
Raparigas	Não responderam	2 (1,1%)	Não responderam	2 (1,1%)
	Preservativo masculino	49 (25,8%)	COC	48 (25,3%)
	COC	40 (21,1%)	Preservativo masculino	38 (20,0%)
1-4º ano	Não responderam	1 (0,6%)	Não responderam	1 (0,6%)
	Preservativo masculino	60 (35,3%)	COC	51 (30,0%)
5º e 6º ano	5º ano:		5º ano:	
	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	0 (0,0%)
	COC	12 (22,6%)	Esterilização masculina	11 (20,8%)
	6º ano:		6º ano:	
	Não responderam	1 (3,4%)	Não responderam	1 (3,4%)
	Preservativo masculino	6 (20,7%)	COC	8 (27,6%)
Esterilização masculina	6 (20,7%)			
Esterilização feminina	6 (20,7%)			

Os rapazes consideraram o preservativo masculino como método mais eficaz, já as raparigas consideraram igualmente eficazes o preservativo masculino e a COC. Salienta-se que os alunos matriculados do 1º ao 4º ano consideraram o uso do preservativo masculino, como

método contraceptivo mais eficaz, enquanto que os alunos do 5º e 6º anos valorizaram os contraceptivos hormonais.

Na análise por ano de matrícula, verificou-se existir associação estatística significativa para a primeira opção, mas não para a segunda (para a 1ª opção $p=0,032$, para a 2ª opção $= 0,129$).

Questão 7: “Indique os 2 métodos que lhe parecem ser os menos eficazes” (Tabela 4)

Tabela 4: Métodos menos eficazes (questão 7)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	2 (0,8%)	Não responderam	7 (2,8%)
	Coito interrompido	93 (36,9%)	Calendário	69 (27,4%)
	Calendário	56 (22,2%)	Abstenção periódica	44 (17,5%)
	Espermicida	45 (17,9%)	Espermicida	39 (15,5%)
Rapazes	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	0 (0,0%)
	Coito interrompido	23 (37,1%)	Calendário	14 (22,6%)
Raparigas	Não responderam	2 (1,1%)	Não responderam	7 (3,7%)
	Coito interrompido	70 (36,8%)	Calendário	55 (28,9%)
1-4º ano	Não responderam	2 (1,2%)	Não responderam	6 (3,5%)
	Coito interrompido	54 (31,8%)	Calendário	45 (26,5%)
	Calendário	41 (21,1%)	Abstenção periódica	23 (13,5%)
5º e 6º ano	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	1 (1,2%)
	Coito interrompido	39 (47,6%)	Calendário	24 (29,3%)
			Abstenção periódica	21 (25,6%)

Salienta-se que o coito interrompido, o método do calendário e o espermicida foram considerados os métodos contraceptivos menos eficazes pela maioria dos alunos, de forma independente do sexo e do ano do Curso de Medicina.

Verificou-se existir relação estatística significativa em ambas as opções (1ª opção $p= 0,002$, 2ª opção $= 0,037$).

Questão 8: “Indique os 2 métodos que lhe parecem estar associados a um maior risco para a saúde da mulher” (Tabela 5)

Tabela 5: Métodos associados a maior risco para a saúde da mulher (questão 8)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	7 (2,8%)	Não responderam	24 (9,5%)
	Pilula do dia seguinte	69 (27,4%)	DIU cobre	29 (11,5%)
	COC	44 (17,5%)	COC	28 (11,1%)
	DIU cobre	34 (13,5%)	Pilula do dia seguinte	28 (11,1%)
Rapazes	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	2 (3,2%)
	Pilula do dia seguinte	16 (25,8%)	Histerectomia	10 (16,1%)
Raparigas	Não responderam	7 (3,7%)	Não responderam	22 (11,6%)
	Pilula do dia seguinte	53 (27,9%)	DIU cobre	24 (12,6%)
	COC	35 (18,4%)	24 COC	24 (12,6%)
1-4º ano	Não responderam	5 (2,9%)	Não responderam	16 (9,4%)
	Pilula do dia seguinte	53 (31,2%)	Outras respostas	
5º e 6º ano	Não responderam	2 (2,4%)	5º ano: Não responderam	8 (15,1%)
	COC	19 (23,2%)	Pilula do dia seguinte	10 (18,9%)
	Pilula do dia seguinte	16 (19,5%)	6º ano: Não responderam	0 (0,0%)
			Outras respostas	

De salientar que a pilula do dia seguinte foi considerada o contraceptivo com maior risco para a saúde da mulher, pela generalidade dos alunos. Do 1º ao 4º ano do curso, os alunos consideraram o método com maior risco para a saúde da mulher a pilula do dia seguinte, já o 5º e 6º ano consideraram a COC.

Na análise por ano de matrícula desta questão verificou-se existir uma relação estatística significativa entre as variáveis (1ª opção p= 0,001, 2ª opção p= 0,000).

Questão 9: “Indique os 2 que lhe parecem dar maior proteção contra as infeções sexualmente transmissíveis (IST)” (Tabela 6)

Tabela 6: Métodos com maior proteção contra as IST (questão 9)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	4 (1,6%)
	Preservativo masculino	227 (90,1%)	Preservativo feminino	221 (87,7%)
	Preservativo feminino	17 (6,7%)	Preservativo masculino	18 (7,1%)
Rapazes	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	0 (0,0%)
	Preservativo masculino	57 (91,9%)	Preservativo feminino	55 (88,7%)
Raparigas	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	4 (2,1%)
	Preservativo masculino	170 (89,5%)	Preservativo feminino	166 (78,4%)
1-4º ano	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	4 (1,6%)
5º e 6º ano	Preservativo masculino	227 (90,1%)	Preservativo feminino	221 (87,7%)

A generalidade dos alunos considerou que os métodos barreira são os que oferecem maior proteção contra as infeções sexualmente transmissíveis, dando prioridade ao preservativo masculino e a seguir ao preservativo feminino.

Não se verificou associação estatística significativa entre as variáveis (1ª opção $p=0,504$ e 2ª opção $=0,403$).

Questão 10: “Indique os 2 métodos que lhe parecem ter maior risco abortivo” (Tabela 7)

Tabela 7: Métodos com maior risco abortivo (questão 10)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	23 (9,1%)	Não responderam	33 (13,1%)
	DIU cobre	120 (47,6%)	SIU levonorgestrel	96 (38,1%)
	Pilula do dia seguinte	63 (25,0%)	DIU cobre	35 (13,9%)
Rapazes	Não responderam	6 (9,7%)	Não responderam	7 (11,2%)
	DIU cobre	16 (25,8%)	SIU levonorgestrel	12 (19,4%)
	Pilula do dia seguinte	16 (25,8%)		
Raparigas	Não responderam	17 (8,9%)	Não responderam	26 (13,7%)
	DIU cobre	104 (54,7%)	SIU levonorgestrel	84 (44,2%)
	Pilula do dia seguinte	47 (24,7%)		
1-4º ano	1º ano: Não responderam	10 (25,6%)	1º e 2º ano: Não responderam	18 (28,6%)
	Outras respostas			
	2º ano: Não responderam	7 (29,2%)	3º e 4º ano: Não responderam	7 (6,5%)
	Pilula do dia seguinte	10 (41,7%)		
	3º e 4º ano: Não responderam	5 (4,7%)	SIU levonorgestrel	48 (44,9%)
	DIU cobre	61 (57,0%)		
5º e 6º ano	Não responderam	1 (1,2%)	Não responderam	8 (9,8%)
	DIU cobre	49 (59,8%)	SIU levonorgestrel	40 (48,8%)

O DIU cobre foi o método contraceptivo mais associado ao risco abortivo pela maioria dos alunos entrevistados. No 5º e 6º ano do curso de Medicina, quase 60% dos alunos associaram o DIU cobre a maior risco abortivo.

Verificou-se existir associação estatística significativa para ambas as opções (1ª opção $p=0,000$, 2ª opção $p=0,018$).

Questão 11: “Indique o método que lhe parece ser o mais eficaz como método contraceptivo de emergência” (Tabela 8)

Tabela 8: Método mais eficaz como contraceptivo de emergência (questão 11)

Dados	Respostas	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	15 (6,0%)
	Pilula do dia seguinte	204 (81,0%)
	DIU cobre	9 (3,6%)
	SIU levonorgestrel	9 (3,6%)
Rapazes	Não responderam	4 (6,5%)
	Pilula do dia seguinte	51 (82,3%)
Raparigas	Não responderam	11 (5,8%)
	Pilula do dia seguinte	153 (80,5%)
1-4º ano	Não responderam	10 (5,9%)
	Pilula do dia seguinte	138 (81,2%)
5º e 6º ano	Não responderam	5 (6,1%)
	Pilula do dia seguinte	66 (80,5%)

É de salientar que apenas uma pequena percentagem de alunos entrevistados se referiu à aplicação do DIU cobre e SIU levonorgestrel. A maioria dos alunos considerou a pilula do dia seguinte como método contraceptivo de emergência mais eficaz.

Na análise por ano não se observou relação estatística significativa entre as variáveis (valor $p=0,699$)

Questão 12: “Indique os 2 métodos que considera que devem ser evitados em mulheres nulíparas (que nunca tiveram filhos)” (Tabela 9)

Tabela 9: Métodos que devem ser evitados em mulheres nulíparas (questão 12)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)	
Total dos alunos	Não responderam	17 (6,7%)	Não responderam	19 (7,5%)	
	Esterilização feminina	83 (32,9%)	SIU levonorgestrel	59 (23,4%)	
	DIU cobre	74 (29,4%)	Esterilização feminina	57 (22,6%)	
	Histerectomia	45 (17,9%)	Histerectomia	55 (21,8%)	
Rapazes	Não responderam	3 (4,8%)	Não responderam	3 (4,8%)	
	Esterilização feminina	23 (37,1%)	Histerectomia	22 (35,5%)	
	Histerectomia	15 (24,2%)	Esterilização feminina	16 (25,8%)	
Raparigas	Não responderam	14 (7,3%)	Não responderam	16 (8,3%)	
	DIU cobre	65 (34,2%)	SIU levonorgestrel	52 (27,4%)	
	Esterilização feminina	60 (31,6%)	Esterilização feminina	41 (21,6%)	
	Histerectomia	30 (15,8%)	Histerectomia	33 (17,4%)	
1-4º ano	1º ano: Não responderam	6 (15,4%)	1º ano: Não responderam	6 (15,4%)	
	Esterilização feminina	17 (43,6%)	Histerectomia	13 (33,3%)	
	2º ano: Não responderam	4 (16,7%)	2º ano: Não responderam	4 (16,7%)	
	Histerectomia	10 (41,7%)	Esterilização feminina	10 (41,7%)	
	3º ano: Não responderam	2 (3,3%)	3º ano: Não responderam	4 (6,7%)	
	DIU cobre	26 (43,3%)	SIU levonorgestrel	13 (21,7%)	
	4º ano: Não responderam	4 (8,5%)	4º ano: Não responderam	4 (8,5%)	
	Esterilização feminina	17 (36,2%)	Esterilização feminina	11 (23,4%)	
			Histerectomia	11 (23,4%)	
	5º e 6º ano	5º ano: Não responderam	1 (1,9%)	5º ano: Não responderam	9 (17,0%)
		Esterilização feminina	19 (35,8%)	SIU levonorgestrel	17 (32,1%)
		6º ano: Não responderam	0 (0,0%)	6º ano: Não responderam	6 (20,7%)
Esterilização feminina		9 (31,0%)	Esterilização feminina	10 (34,5%)	
Histerectomia		9 (31,0%)			

Para as nulíparas, a esterilização feminina e a aplicação de DIU de cobre foram os métodos contraceptivos mais considerados a evitar, pela generalidade dos alunos.

Observou-se existir uma associação estatística significativa entre as variáveis para a 1ª opção ($p=0,000$), mas não para a 2ª opção ($p=0,074$).

Questão 13: “Indique os 2 métodos que lhe parecem ser mais adequados para a mulher que amamenta” (Tabela 10)

Tabela 10: Métodos mais adequados para uma lactante (questão 13)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	8 (3,2%)	Não responderam	17 (6,7%)
	Preservativo masculino	94 (37,3%)	Preservativo feminino	69 (27,4%)
	Pilula progestativa	92 (36,5%)	Progestativo injetável	39 (15,5%)
	Preservativo feminino	21 (8,3%)	Preservativo masculino	35 (13,9%)
Rapazes	Não responderam	2 (3,2%)	Não responderam	4 (6,5%)
	Preservativo masculino	27 (43,5%)	Preservativo feminino	27 (43,5%)
	Pilula progestativa	12 (19,4%)		
Raparigas	Não responderam	6 (3,2%)	Não responderam	13 (6,8%)
	Pilula progestativa	80 (42,1%)	Preservativo feminino	42 (22,1%)
	Preservativo masculino	67 (35,3%)	Preservativo masculino	32 (16,8%)
1-4º ano	Não responderam	8 (4,7%)	1º-3º ano:	
	Preservativo masculino	77 (45,3%)	Não responderam	12 (9,8%)
5º e 6º ano	Não responderam	0 (0,0%)	Preservativo feminino	46 (37,4%)
	Pilula progestativa	56 (68,3%)	4º ano:	
			Não responderam	3 (6,4%)
			Preservativo masculino	10 (21,3%)
			5º ano:	
			Não responderam	2 (3,8%)
		Progestativo injetável	22 (41,5%)	
		6º ano:		
		Não responderam	0 (0,0%)	
		Preservativo feminino	5 (17,2%)	
		Progestativo injetável	5 (17,2%)	

A pilula progestativa foi considerada pelas raparigas como método contraceutivo mais adequado durante a amamentação, enquanto que os rapazes preferiram o preservativo. Comparativamente aos alunos do 1º ao 4º ano, que optaram mais pelo preservativo masculino, os alunos do 5º e 6º ano optaram mais frequentemente pela pilula progestativa.

Nesta questão observou-se uma associação estatística significativa entre as variáveis para ambas as opções (1ª opção p=0,000; 2ª opção p=0,000).

Questão 14: “Indique os 2 métodos que lhe parecem estar mais associados ao risco tromboembólico” (Tabela 11)

Tabela 11: Métodos mais associados ao risco tromboembólico (questão 14)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	28 (11,1)	Não responderam	38 (15,1%)
	COC	147 (58,3%)	Pilula progestativa	44 (17,5%)
	Pilula do dia seguinte	22 (8,7%)	COC	34 (13,5%)
Rapazes	Não responderam	9 (14,5%)	Não responderam	13 (21,0%)
	COC	25 (40,3%)	SIU levonorgestrel	11 (17,7%)
Raparigas	Não responderam	19 (10,0%)	Não responderam	25 (13,2%)
	COC	122 (64,2%)	Pilula progestativa	36 (18,9%)
1-4º ano			1º e 2º ano:	
	1º ano:		Não responderam	20 (31,7%)
	Não responderam	11 (28,2%)	3º ano:	
	Pilula do dia seguinte	8 (20,5%)	Não responderam	10 (16,7%)
			Pilula progestativa	19 (31,7%)
2º-4º ano:			4º ano:	
Não responderam	17 (13,0%)		Não responderam	5 (10,6%)
COC	70 (53,4%)		COC	12 (25,5%)
5º e 6º ano			5º ano:	
	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	3 (5,7%)
	COC	72 (87,8%)	Adesivo transdérmico	11 (20,8%)
			6º ano:	
			Não responderam	0 (0,0%)
		Adesivo transdérmico	7 (24,1%)	
		Pilula do dia seguinte	7 (24,1%)	

Os contraceptivos orais combinados foram considerados, pela maioria dos alunos entrevistados, o método contraceptivo mais associado ao risco tromboembólico. Observou-se, ainda, que uma percentagem significativa de alunos não soube ou não quis responder à questão, principalmente nos anos mais iniciais da formação.

Nesta questão observou-se uma associação estatística significativa entre as variáveis para ambas as opções (1ª opção $p=0,000$; 2ª opção $p=0,000$).

Questão 15: “Indique os 2 métodos que considere ter maior risco de provocar cancro”
(Tabela 12)

Tabela 12: Métodos com maior risco de provocar cancro (questão 15)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	55 (21,8%)	Não responderam	70 (27,8%)
	COC	87 (34,5%)	SIU levonorgestrel	28 (11,1%)
	DIU cobre	23 (9,1%)	Pilula progestativa	21 (8,3%)
Rapazes	Não responderam	10 (16,1%)	Não responderam	14 (22,6%)
	COC	15 (24,2%)		
Raparigas	Não responderam	45 (23,7%)	Não responderam	56 (29,5%)
	COC	72 (37,9%)		
1-4º ano	1-3º ano: Não responderam	38 (30,9%)	Não responderam	53 (31,2%)
	4º ano: Não responderam	7 (14,9%)		
	COC	20 (42,6%)		
5º e 6º ano	Não responderam COC	10 (12,2%) 46 (56,1%)	5º ano: Não responderam	13 (24,5%)
			6º ano: Não responderam	4 (13,8%)
			SIU levonorgestrel	5 (17,2%)

Os contraceptivos orais combinados foram considerados pela maioria dos alunos como o método contraceptivo mais associado ao risco de cancro. É de salientar, ainda, que grande percentagem de alunos não soube ou não pretendeu indicar um segundo método com risco cancerígeno.

Nesta questão observou-se uma associação estatística significativa entre as variáveis para ambas as questões (1ª opção $p=0,000$; 2ª opção $p=0,002$).

Questão 16: “Indique os 2 métodos que considere que possam ter algum efeito protetor do cancro” (Tabela 13)

Tabela 13: Métodos com efeito protetor do cancro (questão 16)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	51 (20,2%)	Não responderam	70 (27,8%)
	COC	71 (28,2%)	Preservativo feminino	38 (15,1%)
	Preservativo masculino	45 (17,9%)	Pilula progestativa	35 (13,9%)
Rapazes	Não responderam	14 (22,6%)	Não responderam	16 (25,8%)
	Preservativo masculino	18 (29,0%)	Preservativo feminino	14 (22,6%)
Raparigas	Não responderam	37 (19,5%)	Não responderam	54 (28,4%)
	COC	57 (30,0%)	Pilula progestativa	28 (14,7%)
1-4º ano	1º e 2º ano: Não responderam	25 (39,7%)	1º-3º ano: Não responderam	46 (37,4%)
	3º e 4º ano: Não responderam	17 (15,9%)	4º ano: Não responderam	12 (25,5%)
	COC	40 (37,4%)	Pilula progestativa	16 (34,0%)
5º e 6º ano	Não responderam	9 (11,0%)	5º ano: Não responderam	7 (13,2%)
	COC	23 (28,0%)	Preservativo feminino	10 (18,9%)
	Preservativo masculino	15 (18,3%)	6º ano: Não responderam	5 (17,2%)

Dos alunos que responderam, a maioria considerou a COC e o preservativo masculino como métodos mais associados à proteção oncológica, sendo que as respostas foram mais expressivas no 5 e 6º ano. Observa-se que um número significativo de alunos não respondeu à questão.

Nesta questão observou-se uma associação estatística significativa entre as variáveis para ambas as opções (1ª opção $p=0,000$; 2ª opção $p=0,000$).

Questão 17: “Indique os 2 métodos que considere serem mais apropriados para a redução da gravidez na adolescência” (Tabela 14)

Tabela 14: Métodos mais apropriados para a redução da gravidez na adolescência (questão 17)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	4 (1,6%)	Não responderam	7 (2,8%)
	Preservativo masculino	144 (57,1%)	COC	101 (40,1%)
	COC	61 (24,2%)	Preservativo masculino	47 (18,7%)
	Implante subcutâneo	13 (5,2%)	Preservativo feminino	38 (15,1%)
Rapazes	Não responderam	1 (1,6%)	Não responderam	2 (3,2%)
	Preservativo masculino	47 (75,8%)	COC	30 (48,4%)
Raparigas	Não responderam	3 (1,6%)	Não responderam	5 (2,6%)
	Preservativo masculino	97 (51,1%)	COC	71 (37,4%)
	COC	56 (29,5%)	Preservativo masculino	40 (21,1%)
1-4º ano	Não responderam	2 (1,2%)	Não responderam	5 (2,9%)
	Preservativo masculino	109 (64,1%)	COC	70 (41,2%)
5º e 6º ano	Não responderam	3 (3,7%)	Não responderam	2 (2,4%)
	Preservativo masculino	35 (42,7%)	COC	31 (37,8%)

É de salientar que mais de metade do total dos alunos considerou o preservativo masculino como o método mais adequado para a redução da gravidez na adolescência. Não se observou grande disparidade nas respostas comparando os dois grandes grupos: 1-4º ano e 5-6º ano.

Verificou-se não existir associação estatística significativa entre as variáveis para a 1ª opção ($p= 0,134$), no entanto esta existe para a 2ª opção ($p= 0,023$).

Questão 18: “Indique quais os 2 métodos que entende serem os mais apropriados para utilização na perimenopausa” (Tabela 15)

Tabela 15: Métodos mais apropriados na perimenopausa (questão 18)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	51 (20,2%)	Não responderam	63 (25,0%)
	DIU cobre	52 (20,6%)	SIU levonorgestrel	50 (19,8%)
	Preservativo masculino	36 (14,3%)	Pilula progestativa	27 (10,7%)
	COC	26 (14,3%)		
Rapazes	Não responderam	16 (25,8%)	Não responderam	19 (30,6%)
	Preservativo masculino	11 (17,7%)	SIU levonorgestrel	9 (14,5%)
	DIU cobre	11 (17,7%)		
Raparigas	Não responderam	35 (18,4%)	Não responderam	44 (23,2%)
	DIU cobre	41 (21,6%)	SIU levonorgestrel	41 (21,6%)
1-4º ano	1º, 2º, 4º ano: Não responderam	36 (32,7%)	Não responderam	55 (32,4%)
	3º ano: Não responderam	11 (18,3%)		
	DIU cobre	18 (30,0%)		
5º e 6º ano	5º ano: Não responderam	4 (7,5%)	Não responderam	8 (9,8%)
	COC	14 (26,4%)		
	6º ano: Não responderam	0 (0,0%)		
	SIU levonorgestrel	9 (31,0%)		

Destaca-se o facto de que grande percentagem de alunos, cerca de 20%, não sabia ou não quis responder à questão. É de notar, também, que os alunos dos 5º e 6º anos consideraram o SIU levonorgestrel como método contraceptivo adequado à perimenopausa em maior percentagem, comparando com os alunos do 1-4º ano.

Verificou-se existir relação estatística significativa para ambas as opções (1ª opção $p=0,000$, 2ª opção $p=0,006$).

Questão 19: “Indique os 2 métodos que considera estarem mais associados à diminuição da libido” (Tabela 16)

Tabela 16: Métodos mais associados à diminuição da libido (questão 19)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	60 (23,8%)	Não responderam	76 (30,2%)
	COC	52 (20,6%)	Pilula progestativa	25 (9,9%)
	Esterilização feminina	24 (9,5%)	Esterilização masculina	20 (7,9%)
Rapazes	Não responderam	16 (25,8%)	Não responderam	21 (33,9%)
	Esterilização feminina	8 (12,9%)	Esterilização masculina	7 (11,3%)
Raparigas	Não responderam	44 (23,2%)	Não responderam	55 (28,9%)
	COC	47 (24,7%)	Pilula progestativa	20 (10,5%)
1-4º ano	1º e 2º ano: Não responderam	28 (44,4%)	Não responderam	56 (32,9%)
	3º e 4º ano: Não responderam	18 (16,8%)		
	COC	28 (26,2%)		
5º e 6º ano	Não responderam	14 (17,1%)	Não responderam	20 (24,4%)
	COC	16 (19,5%)		

A COC foi considerada pela maioria dos alunos como método contraceptivo associado à diminuição da libido. É de salientar que grande parte dos alunos não sabia ou não desejou responder à questão.

Verificou-se existir associação estatística significativa para a 1ª opção ($p=0,000$); não havendo para a 2ª opção ($p=0,219$).

Questão 20: “Indique os 2 métodos que lhe parece estarem mais associados ao desconforto durante as relações sexuais” (Tabela 17)

Tabela 17: Métodos associados a maior desconforto durante as relações sexuais (questão 20)

Dados	1ª opção	Nº de alunos (%)	2ª opção	Nº de alunos (%)
Total dos alunos	Não responderam	11 (4,4%)	Não responderam	20 (7,9%)
	Preservativo feminino	58 (23,0%)	Preservativo feminino	58 (23,0%)
	Preservativo masculino	53 (21,0%)	Anel vaginal	54 (21,4%)
	Diafragma	48 (19,0%)	Diafragma	39 (15,5%)
Rapazes	Não responderam	1 (1,6%)	Não responderam	4 (6,5%)
	Diafragma	11 (17,7%)	Preservativo feminino	11 (17,7%)
	DIU cobre	11 (17,7%)	Anel vaginal	11 (17,7%)
Raparigas	Não responderam	10 (5,3%)	Não responderam	16 (8,4%)
	Preservativo feminino	48 (25,3%)	Preservativo feminino	47 (24,7%)
	Diafragma	37 (19,5%)	Anel vaginal	43 (22,6%)
1-4º ano	1º ano:			
	Não responderam	6 (15,4%)		
	Preservativo feminino	10 (25,6%)		
	2º ano:		1º ano:	
	Não responderam	1 (4,2%)	Não responderam	9 (23,1%)
	Preservativo masculino	6 (25,0%)	Preservativo feminino	9 (23,1%)
	Preservativo feminino	6 (25,0%)		
	3º ano:		2º e 3ºano:	
	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	2 (2,4%)
	Preservativo masculino	14 (23,3%)	Preservativo feminino	23 (27,4%)
	Diafragma	14 (23,3%)		
	4º ano:		4º ano:	
Não responderam	1 (2,1%)	Não responderam	3 (6,4%)	
Preservativo feminino	10 (21,3%)	Anel vaginal	13 (27,7%)	
Diafragma	10 (21,3%)			
5º e 6º ano	5º ano:		5º ano:	
	Não responderam	3 (5,7%)	Não responderam	4 (7,5%)
	Preservativo feminino	15 (28,3%)	Anel vaginal	14 (26,4%)
			Preservativo feminino	12 (22,6%)
	6º ano:		6º ano:	
	Não responderam	0 (0,0%)	Não responderam	2 (6,9%)
Preservativo masculino	7 (24,1%)	Preservativo feminino	9 (31,0%)	

A maioria dos alunos entrevistados considerou os métodos barreira como os mais desconfortáveis durante a relação sexual.

Não se verificou existir associação estatística significativa entre as variáveis para a 2ª opção ($p= 0,081$), no entanto esta observou-se para a 1ª opção ($p= 0,040$).

Questão 21: “Até quantas horas, após uma relação sexual desprotegida pode ser utilizada a chamada “pilula de dia seguinte” (Tabela 18)

Tabela 18: Até que dia pode ser tomada a pilula do dia seguinte (questão 21)

Dados	Respostas	Nº de alunos (%)	
Total dos alunos	Não responderam	2 (0,8%)	
	“Até 72h ou 3º dia”	124 (49,2%)	
	“Até 48h ou 2º dia”	56 (22,2%)	
	“Até 24h ou 1º dia”	49 (19,4%)	
	“Até 120h ou 5º dia”	21 (8,3%)	
Rapazes	Não responderam 0	0 (0,0%)	
	“Até 24h ou 1º dia”	21 (33,9%)	
	“Até 72h ou 3º dia”	20 (32,3%)	
	“Até 48h ou 2º dia”	18 (29,0%)	
	“Até 120h ou 5º dia”	3 (4,8%)	
Raparigas	Não responderam	2 (1,1%)	
	“Até 72h ou 3º dia”	104 (54,7%)	
	“Até 48h ou 2º dia”	38 (20,0%)	
	“Até 24h ou 1º dia”	28 (14,7%)	
	“Até 120h ou 5º dia”	18 (9,5%)	
1-4º ano	1º ano: Não responderam	0 (0,0%)	
	“Até 24h ou 1º dia”	22 (56,4%)	
	2º ano: Não responderam	1 (4,2%)	
	“Até 48h ou 2º dia”	13 (54,2%)	
	3º ano: Não responderam	1 (1,7%)	
	“Até 72h ou 3º dia”	30 (50,0%)	
	4º ano: Não responderam	0 (0,0%)	
	“Até 72h ou 3º dia”	26 (55,3%)	
	5º e 6º ano	5º ano: Não responderam	0 (0,0%)
		“Até 72h ou 3º dia”	36 (68,0%)
6º ano: Não responderam		0 (0,0%)	
“Até 72h ou 3º dia”		20 (69,0%)	

A maioria dos alunos, especialmente os dos 5º e 6º anos, referiram que a pilula do dia seguinte pode ser usada até ao 3º dia após uma relação sexual desprotegida. Os rapazes demonstraram a ideia de que a toma da pilula do dia seguinte pode ocorrer até ao 1º dia após a relação sexual, ao contrário das raparigas que optaram mais pela toma até ao 3º dia.

Verificou-se existir relação estatística significativa entre as variáveis ($p = 0,000$).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o presente estudo procurou-se compreender o nível de conhecimento dos jovens estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde face à contraceção. Após uma pesquisa na literatura verificou-se ser o primeiro estudo deste género (em estudantes de Medicina) a ser realizado em Portugal.

É importante referir que, ao longo dos seis anos da Licenciatura e Mestrado Integrado, os alunos abordam a contraceção em várias etapas. No 2º ano, os alunos têm contacto com a contraceção no Módulo de Cuidados de Saúde Primários II, pois é abordado o Planeamento Familiar. No 4º ano ocorre a passagem pelo Bloco de Ginecologia e Obstetrícia que permite obter uma abordagem mais completa e pormenorizada sobre os métodos contraceptivos. No 6º ano, por fim, voltam a abordar o tema, desta vez de forma mais sistematizada, na Residência da Saúde da Mulher.

A análise por região, considerada inicialmente como um dos objetivos do estudo, não foi descrita pelo facto de a amostragem dos alunos do 1º ano (ao todo 39 alunos) ser bastante reduzida e não representativa de todas as regiões propostas no questionário, tornando-a estatisticamente não significativa.

O estudo abrangeu 252 alunos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências de Saúde. A amostra foi constituída por 190 raparigas e 62 rapazes, havendo um claro predomínio de raparigas inscritas no curso. A média das idades dos alunos entrevistados foi de 21,65 anos, sendo o desvio padrão de 2,69 (aproximadamente). A idade mínima foi de 17 anos e a máxima de 35 anos. A nível da distribuição por ano de matrícula esta foi bastante equitativa, sendo o número de alunos por cada ano foi, relativamente semelhante. Observou-se, ainda, que a maioria dos alunos concluiu o Ensino Secundário na região Norte e Centro do país.

Numa perspetiva generalizada, verificou-se que no momento do ingresso na faculdade os alunos apresentam conhecimentos vagos de contraceção. Ao longo da formação prestada na faculdade, os conhecimentos tornam-se mais enriquecidos. Há que realçar, no entanto, que, apesar de uma melhoria significativa, verificou-se que existem, ainda, aspetos com necessidade de melhoramento.

Após a exposição de uma tabela com métodos, foi questionado aos alunos qual ou quais dos métodos da tabela não consideravam como métodos contraceptivos. Nesta questão, todos os métodos apresentados na tabela eram métodos contraceptivos, exceto a histerectomia. A histerectomia não é utilizada com o propósito contraceptivo. Esta pode ser realizada como

indicação cirúrgica para algumas patologias (como, por exemplo, neoplasia do cólo do útero, uterina, entre outros), tendo como efeito secundário a contraceção. (1,25)

Após a análise dos resultados obtidos, observou-se que cerca de metade do total dos alunos não considerou o coito interrompido como método contraceptivo, seguindo-se dos restantes métodos naturais e da histerectomia. Verificou-se, ainda, que o coito interrompido foi mais escolhido pelos alunos do primeiro grupo, ao passo que o segundo grupo optou mais pela histerectomia.

Grande parte dos alunos considerou que os métodos naturais não faziam parte dos métodos contraceptivos, talvez pelo facto de serem menos usados no dia-a-dia e apresentarem uma eficácia significativamente mais baixa em relação aos restantes métodos.

Quando questionados pelos métodos mais eficazes, concluiu-se que os alunos, em geral, consideram como métodos mais eficazes o preservativo masculino e a COC. Elegeram ainda a esterilização feminina e masculina, no entanto, em menor percentagem.

A bibliografia defende que a eficácia dos métodos é avaliada com base no índice de Pearl, quanto mais se aproximar do zero, mais eficaz é o método. Verifica-se, assim, que os métodos mais eficazes são a esterilização e os implantes, seguidos de COC, injetável e SIU levonorgestrel. (2)

Numa análise global, os alunos demonstraram uma falha na aprendizagem relativa à eficácia dos métodos contraceptivos, talvez atribuída a menos contacto com os métodos mais eficazes e aos programas de promoção do preservativo, principalmente pelos meios de comunicação social. Existe uma evolução notória nos conhecimentos dos alunos a partir do 5º ano, algo esperado, tendo em conta que no 4º ano é lecionado no Bloco de Ginecologia e Obstetrícia o tema da contraceção, abordando todos os tipos de contraceptivos e a sua eficácia. No 6º ano observou-se, no entanto, alguma descontinuidade no conhecimento ao atribuir a mesma eficácia à esterilização e ao preservativo masculino, o que pode ser justificado por desatenção no momento do preenchimento dos questionários.

Segundo a bibliografia consultada, os métodos menos eficazes correspondem aos métodos naturais. (2)

Quando questionados pelos métodos menos eficazes, os alunos optaram essencialmente pelo coito interrompido e pelo calendário. Verificou-se o mesmo padrão de resposta (seleção de métodos naturais) para ambos os sexos e ao longo de todo o percurso universitário. Estes resultados sugerem que o conhecimento relativo aos métodos menos eficazes foi adquirido previamente ao ingresso na faculdade, provavelmente, em ambiente escolar.

Segundo a norma da DGS, concluiu-se que os métodos com maior risco para a saúde da mulher são os métodos com atividade hormonal, o DIU, o SIU e os métodos cirúrgicos. (1)

Quando questionados pelos métodos associados a um maior risco para a saúde da mulher, os alunos responderam, essencialmente, pilula do dia seguinte, COC e DIU cobre. A percentagem atribuída aos métodos cirúrgicos foi desprezível. A não seleção de métodos cirúrgicos poderá ser justificada com o facto de os alunos terem menos contacto, ao longo da sua formação, com a contraceção cirúrgica. Foram observadas algumas diferenças nas respostas dadas pelos rapazes e pelas raparigas. As raparigas apresentaram conhecimentos mais assertivos, facto provavelmente justificado pela experiência pessoal no uso da contraceção.

Concluiu-se que existe uma manutenção de ideias ao longo do percurso universitário, realçando-se o desprezo pelos riscos associados aos métodos cirúrgicos e as dificuldades que surgiram em responder à questão.

Na questão associada aos métodos que conferem maior proteção contra as IST, a bibliografia utilizada defende o uso de métodos contraceptivos barreira como meio de prevenção das IST (1,2).

Concluiu-se que a maioria dos alunos optou pelo preservativo masculino e pelo preservativo feminino. Tal demonstra a existência de ideia fixa do uso do preservativo, principalmente masculino, na prevenção das IST, talvez fruto das campanhas de promoção de saúde e dos meios de comunicação social. Nesta questão é possível verificar o poder que os meios de comunicação de massa desempenham na aprendizagem social.

A gravidez extra e intrauterina são complicações raras da contraceção progestativa e utilização do DIU/ SIU. (1,2) Está descrito, no entanto, eventual risco de abortamento e parto prematuro em caso de falha do DIU/ SIU. (3)

Assim, quando questionados sobre métodos com maior risco abortivo, quase metade dos alunos optou pelo DIU cobre. A pilula do dia seguinte e o SIU levonorgestrel também foram considerados métodos com risco abortivo. Este padrão de resposta sugere alguma falha na aprendizagem. Os alunos que consideraram a pilula do dia seguinte faziam parte do primeiro grupo sugerindo a aquisição de conhecimentos no segundo grupo. Verificou-se também que nos anos iniciais para além de optarem pela pilula do dia seguinte, grande percentagem de alunos não respondeu à questão, provavelmente por falta de conhecimentos.

Segundo a bibliografia consultada, o método mais eficaz, em caso de contraceção de emergência, é o DIU cobre, seguido da pilula do dia seguinte. O SIU levonorgestrel não deve ser utilizado para esse propósito. (3)

Constatou-se que a maioria dos alunos, independentemente da fase do seu percurso universitário, optou pela pilula do dia seguinte, atribuindo pouca importância ao DIU cobre e SIU levonorgestrel. Assim, verifica-se, na generalidade dos alunos, uma ideia errónea, justificada, talvez, pela prática mais comum do uso da pilula do dia seguinte, associada à maior facilidade na sua aquisição.

Existem três métodos que podiam ser associados à necessidade de evicção em nulíparas: DIU cobre, SIU levonorgestrel e esterilização feminina. No entanto, segundo a bibliografia consultada nenhum dos métodos referidos anteriormente apresenta como contraindicação à nuliparidade. É referido, porém, que no caso do DIU/SIU a sua aplicação pode ser mais difícil em mulheres que nunca tiveram filhos e, no caso da esterilização, as nulíparas são mais suscetíveis de arrependimento. (1,3) Segundo Varela, no entanto, a nuliparidade pode ser considerada uma contraindicação relativa à colocação de DIU, apesar de não ser consensual. (2) Recentemente foi aprovado um dispositivo de libertação intrauterino denominado de Jaydess, de menores dimensões comparativamente ao SIU, estando indicado para mulheres mais jovens, incluindo as nulíparas. (33,34)

Quando questionados sobre métodos que devem ser evitados nas nulíparas, os alunos optaram, essencialmente, pela esterilização feminina, DIU cobre e histerectomia. Observou-se existir conhecimento em relação a esta questão, apesar de surgir a histerectomia como uma das opções.

Aparentemente a grande diferença encontra-se no DIU cobre que é o método mais escolhido pelas raparigas e pouco valorizado para esta questão pelos rapazes. As raparigas jovens, provavelmente, têm este conceito pelo facto de, no dia-a-dia, o método ser desaconselhado pelos profissionais de saúde, devido a possíveis dificuldades na sua colocação.

As respostas variaram entre a esterilização feminina, a histerectomia, o DIU cobre e o SIU levonorgestrel, verificando-se ainda uma percentagem significativa de não resposta. Em conclusão, verificou-se que, nesta questão, não houve uma evolução nos conhecimentos, pelo facto de ser demonstrada uma escolha por métodos adequados desde os primeiros anos do curso.

A bibliografia consultada refere que amamentar, com intervalos regulares, incluindo durante a noite, tem uma proteção contraceptiva conferida pela lactação de cerca de 98%. Metade das mulheres com aleitamento misto ovulam antes da sexta semana pós-parto. (3,9) Assim sendo, torna-se imperioso a programação, revisão e aconselhamento dos métodos contraceptivos. Os mais adequados nesta fase, pós-parto e amamentação, são os métodos barreira, para uso imediato, ou métodos progestativos na 3ª semana pós-parto (exceto o injetável que deve ser administrado na 6ª semana pós-parto). Podem, ainda, ser utilizados métodos intrauterinos, SIU levonorgestrel ou DIU cobre, sendo que estes devem ser inseridos em dez minutos após o parto ou quatro semanas após.

Quando questionado aos alunos quais os métodos mais adequados para uma lactante, o preservativo masculino e feminino e a pilula progestativa foram os métodos mais escolhidos. As raparigas escolheram em primeiro lugar a pilula progestativa, seguida do preservativo masculino, no caso dos rapazes verificou-se o oposto. Tal discrepância poderá resultar, eventualmente, de um melhor conhecimento da contraceção por parte das raparigas ou fazer parte da experiência pessoal mais enriquecida nas raparigas. Verificou-se existir uma tendência na seleção do preservativo, nos anos iniciais. Pelo contrário, nos últimos dois anos, observou-se a escolha de métodos hormonais, como a minipilula e o injetável. Constatou-se uma evolução nos conhecimentos dos alunos, após a comparação das respostas dadas pelos dois grandes grupos.

Com base na literatura, os métodos associados a risco tromboembólico são os contraceptivos estroprogestativos, sendo o risco relacionado com a dose de estrogénios. Os progestativos de segunda geração comportam, também, algum risco tromboembólico. Contudo é referido que o tromboembolismo é uma situação clínica rara e, quando surge, está normalmente associada a outros fatores de risco, como o tabaco, obesidade, entre outros. (2)

Os alunos, quando questionados sobre os métodos mais associados ao risco tromboembólico, mais de metade responderam com o contraceptivo oral combinado. A pilula progestativa também foi uma das opções do primeiro ao quinto ano. Verificou-se que os alunos tiveram alguma dificuldade em responder a esta questão, principalmente nos anos iniciais. Constatou-se uma progressão nos conhecimentos dos primeiros quatro para os dois últimos anos.

Apesar de algumas incongruências da literatura relativamente ao risco cancerígeno de certos métodos contraceptivos, parece existir alguma relação entre contraceção hormonal oral (COC e minipilula) e cancro da mama e do colo uterino. (3,10,11,12)

Quando interrogados sobre métodos com risco de provocar cancro, cerca de um quarto dos alunos não soube indicar um método. Pelo facto do tema em questão ser bastante controverso e os resultados de vários estudos apresentarem algumas dúvidas pela quantidade

de variáveis que podem estar envolvidas, os alunos apresentaram dificuldades em indicar métodos com risco oncológico associado. A COC acabou por ser o método mais escolhido pelos alunos.

Na questão dos métodos com efeito protetor do cancro, a bibliografia consultada refere o efeito benéfico da contraceção hormonal combinada (COC, adesivo e anel) na prevenção do cancro do endométrio, cancro do ovário e cancro coloretal. (2,3,26) Existe, adicionalmente, o efeito protetor dos métodos barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma) pela proteção contra a infeção pelo vírus HPV que evitará posterior progressão para lesões displásicas e malignidade. (2)

Quando questionados sobre métodos com efeito protetor do cancro, cerca de um quarto dos alunos não respondeu à questão. Constatou-se, ainda, que grande parte dos alunos que não responderam à pergunta encontravam-se no primeiro grupo, isto é, do primeiro ao quarto ano. Nos dois últimos anos, as raparigas assinalaram a COC e a minipilula, ao passo que os rapazes apostaram no preservativo masculino e feminino, como métodos com efeito protetor do cancro. Verificou-se existir uma evolução nos conhecimentos dos alunos, notória a partir do 3º ano.

A adolescência é um período da vida em que é essencial iniciar uma contraceção adequada de forma a prevenir gravidezes indesejáveis e Infeções Sexualmente Transmissíveis. Assim sendo, é aconselhado o uso de “Dupla Proteção”, isto é, uso de um método contraceptivo eficaz associado ao uso de preservativo masculino. Os métodos mais aconselhados, para além do preservativo masculino, são a COC de baixa dosagem ou minipilula, ou em caso de dificuldades de cumprimento da toma diária, anel vaginal, adesivo ou implante. (2,3,13)

Os alunos consideraram, como métodos mais apropriados para a redução da gravidez na adolescência, o preservativo masculino, a COC e o implante. O último foi escolhido apenas por uma minoria. A observação do mesmo padrão de resposta, ao longo da formação, sugere que a aquisição dos conhecimentos relativa à contraceção na adolescência ocorre previamente à formação universitária e que se encontra fortemente assente. Apesar dos alunos optarem por métodos adequados para a situação exposta, outros métodos, igualmente aceitáveis, poderiam ter sido considerados, como é o exemplo do anel vaginal.

A contraceção recomendada na perimenopausa consiste num conjunto de métodos que devem ser ponderados de acordo com a preferência da mulher, os efeitos adversos, os efeitos benéficos e as contra-indicações. Os métodos naturais, barreira, hormonais, intrauterinos e os métodos cirúrgicos são todos eles passíveis de utilização numa mulher em perimenopausa. É de referir que contraceção hormonal combinada, para além da eficácia contraceptiva, oferece benefícios não contraceptivos importantes nesta fase, nomeadamente a melhoria das

irregularidades menstruais, diminuição dos sintomas vasomotores, bem como efeito benéfico na densidade mineral óssea. (2,3,13,14,15)

Constata-se que, apesar de uma percentagem significativa de não resposta por parte dos alunos dos anos iniciais, as respostas dadas vão de acordo com os métodos propostos pela bibliografia, demonstrando a existência de conhecimentos nesta área, provavelmente adquiridos previamente e aperfeiçoados ao longo do percurso universitário.

Os métodos mais associados à diminuição da libido, com base na literatura, são os métodos hormonais, ou seja, COC, minipílula, anel, adesivo, implante, injetável e SIU levonorgestrel. Acredita-se que este efeito possa resultar da ausência do pico ovulatório. (16,17)

Apesar dos alunos terem optado pela esterilização, tanto feminina como masculina, não parece haver relação entre este método e a diminuição da libido. (18,19)

Verificou-se que, cerca de um quinto dos alunos, não respondeu à questão. Grande parte dos alunos que não responderam à questão frequentava os primeiros anos do curso. Apurou-se ainda, uma desigualdade nas respostas dadas pelos rapazes e pelas raparigas. As raparigas optaram por métodos hormonais (essencialmente COC e minipílula) e os rapazes pela esterilização (tanto a feminina como a masculina). Possivelmente, as raparigas demonstraram mais conhecimento neste tema pelo facto, de as mesmas recorrerem ao uso de métodos hormonais, ao invés dos rapazes que acabam por não ter uma experiência pessoal.

Segundo a bibliografia consultada, os métodos associados a algum desconforto são os métodos barreira e o anel vaginal. (2,3)

Quando questionados sobre métodos associados a desconforto durante as relações sexuais, os alunos elegeram, essencialmente, os métodos barreira. É de referir, no entanto, que os rapazes consideraram o DIU cobre com possibilidade de causar desconforto durante as relações sexuais, o que sugere algum grau de ignorância relativamente a este método. Verificou-se, ainda, que o padrão de resposta manteve-se ao longo da formação universitária.

A pilula do dia seguinte consiste em formulações hormonais contendo estrogénios e progestativos (Método de Yuzpe, 120 horas/ 5 dias), apenas progestativos (72 horas/ 3 dias) ou acetato de ulipristal (120 horas/ 5 dias). Os valores de eficácia são tanto maiores quanto mais precoce a toma. No entanto, segundo as “Recomendações sobre contraceção de emergência, 2015” verifica-se que apenas estão disponíveis em Portugal, o acetato de ulipristal e o levonorgestrel. (2,24)

Confrontados com o tempo de toma da pilula do dia seguinte, cerca de metade dos alunos optou pelas “72 horas ou 3º dia”. Ao contrário das raparigas, que optaram maioritariamente pelas “72 horas ou 3º dia”, os rapazes elegeram a opção até “24 horas ou 1º dia”, o que sugere algum grau de iliteracia por parte dos mesmos. O facto de os rapazes desconhecerem o tempo limite para a toma da pilula do dia seguinte poderá ser justificado pela falta de experiência pessoal com os métodos em questão, pois, o mesmo não se verificou com as raparigas. Constatou-se que a aprendizagem ocorre no 2º ano da faculdade, pois a partir do 3º ano os alunos elegem as “72 horas ou 3º dia”.

7. CONCLUSÕES

A contraceção é um componente essencial no núcleo familiar. Existe uma grande tendência para planear o futuro, adiando a gravidez e controlando o número de filhos através do uso dos métodos contraceptivos, o que permite usufruir de uma maior qualidade de vida. Grande parte desta atividade é desenvolvida e apoiada pela Direção Geral da Saúde, mais especificamente, pelo Planeamento Familiar.

Realizou-se, assim, um estudo, através de um questionário, no sentido de perceber melhor os conhecimentos dos alunos de Medicina da FCS relativamente ao tema da contraceção.

Verificou-se que os conhecimentos sobre contraceção nos primeiros anos do curso são mais escassos comparativamente com os anos mais avançados. Tal facto sugere a possibilidade de algumas falhas na aprendizagem anteriores à formação universitária, possivelmente provenientes do Ensino Secundário. Na maior parte das questões, verificou-se uma clara evolução nos conhecimentos, principalmente após a passagem pelo Bloco de Ginecologia e Obstetrícia, que ocorre no 4º ano.

Existem, no entanto, alguns aspetos que necessitam de ser melhorados ao longo da formação dos alunos.

As principais deficiências em conhecimentos sobre contraceção foram as seguintes:

- Uma percentagem significativa de alunos considerou a histerectomia como método contraceptivo ao invés da esterilização;
- Os alunos não souberam indicar os métodos mais eficazes;
- A pilula do dia seguinte foi considerada como método com risco abortivo;
- Os alunos consideraram, na sua maioria, a pilula do dia seguinte como método de emergência mais eficaz;
- Relativamente ao método com risco tromboembólico surgiram algumas dúvidas, principalmente na indicação de uma alternativa, para além do facto de os alunos terem considerado a minipilula com esse efeito;
- No que toca ao método com risco oncológico, os alunos indicaram apenas a COC e um número significativo de alunos não respondeu à questão;
- Verificou-se que os alunos não sabiam indicar métodos com efeito protetor do cancro;
- Quanto ao efeito negativo dos contraceptivos sobre a libido, os alunos consideraram a esterilização e demonstraram desconhecimento deste tema, pela percentagem considerável de não resposta.

Assim, seria importante incidir a formação dos alunos na área da contraceção incidindo primariamente em aspetos como delineação dos métodos que são contraceptivos, definição de

métodos mais eficazes, definição de métodos com risco abortivo e métodos mais eficazes como métodos de emergência, definição de métodos com risco tromboembólico, definição de métodos com efeitos cancerígenos e efeitos protetores do cancro, delineação de métodos mais adequados na perimenopausa e, finalmente, uma abordagem a questões mais práticas, que surgem no dia-a-dia, como o caso de métodos com efeito negativo sobre a libido. Este ajuste na formação sobre a contraceção poderá ser realizado através de ensino específico tal como Cursos Opcionais de Contraceção, passagem obrigatória pela Consulta do Planeamento Familiar, inserida nos estágios de Cuidados de Saúde Primários e, a realização de palestras conduzidas por parte dos alunos da Faculdade de Ciências da Saúde, em ambiente do Ensino Básico e Secundário.

Um aspeto aliciante, no sentido de procurar melhorar o ensino, seria realizar o mesmo estudo nas restantes Faculdades de Medicina do país, comparando os resultados obtidos, na tentativa de perceber se existem diferenças na aprendizagem.

Finalmente seria também interessante realizar um estudo semelhante nos alunos cuja área de ensino não fosse a área da saúde, comparando posteriormente os resultados obtidos.

8. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Os pontos fortes deste estudo foram o tamanho da amostra, no total de 252 alunos, e o facto de ser um estudo do tipo prospetivo e único em Portugal (na área da Medicina).

Quanto às limitações deste estudo, destacaram-se o facto de a amostragem por ano de matrícula ser bastante pequena, traduzindo-se na baixa significância estatística de algumas questões e da análise por região (relativa ao primeiro ano da Faculdade). Outra limitação correspondeu ao tamanho do questionário, que, pelo facto de ser bastante extenso, de preenchimento individual e autónomo, pode ter levado a eventuais más interpretações. Por fim, na questão 21 do questionário não foi explícito o tipo de pilula do dia seguinte, o que pode ter levado, eventualmente, a dúvidas aquando do seu preenchimento.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Orientações Direcção Geral da Saúde: “Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar” 2008
2. VARELA M. G., Contraceção, in Manual de Ginecologia. Lisboa: Permanyer Portugal, Volume 1, 2011, p. 257-276
3. Consenso sobre contraceção, 2011. Disponível em: <http://www.apf.pt> (Consultado a 28/12/2017)
4. Site da APF- Associação para o planeamento da família. Disponível em: <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos> (Consultado a 28/12/2017)
5. Site da Sociedade portuguesa da contraceção. Disponível em: <http://www.spdc.pt/index.php/tudo-sobre-os-metodos-contraceptivos-disponiveis> (Consultado a 28/12/2017)
6. Site do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/gravidez-e-sexualidade/> (Consultado a 28/12/2017)
7. Kaunitz AM, Zieman M, Barss VA. UpToDate. “Postpartum and postabortion contraception”. 2010 setembro, p. 1-19
8. American Cancer Society, 2016. Disponível em: <https://www.cancer.org/latest-news/birth-control-cancer-which-methods-raise-lower-risk.html> (Consultado a 30/12/2017)
9. National Cancer Institute (U.S.), 2016. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones/oral-contraceptives-fact-sheet#q2> (Consultado a 30/12/2017)
10. Pubmed, “Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer”, publicado em The New England Journal of Medicine 2017 Dec 7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29211679> (Consultado a 30/12/2017)
11. WHO, “Contraception- Issues in Adolescent Health and Development”, 2004. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42901/1/9241591447_eng.pdf (Consultado a 1/12/2018)

12.GP-Update, 2016, “Perimenopausal contraception”. Disponível em: https://www.gp-update.co.uk/files/docs/Perimenopausal_contraception.pdf (Consultado a 1/12/2018)

13.NCBI, “Contraception in women over 40 years of age”, CMAJ 16 de abril de 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626808/> (Consultado a 1/12/2018)

14.NAMS, “Contraception of Perimenopausal Women”, 2016 dez 5. Disponível em: <https://www.menopause.org/for-women/menopause-take-time-to-think-about-it/consumers/2016/12/05/contraception-for-perimenopausal-women> (Consultado a 1/12/2018)

15.Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Busacchi P, Paganotto MC, Morotti E, Venturoli S. “Sexual behavior and oral contraception: a pilot study”. The Journal of Sexual Medicine”, 2011 dez 21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22188640> (Consultado a 2/1/2018)

16.WebMD, “The Truth About The Pill and Your Sex Drive”, Reviewed by Traci C. Johnson, MD on 2015 Jan 28. Disponível em: <https://www.webmd.com/sex/birth-control/features/the-pill-and-desire> (Consultado a 2/1/2018)

17.NHS, Disponível em: <https://www.nhs.uk/Conditions/contraception-guide/Pages/vasectomy-male-sterilisation.aspx> (Consultado a 2/1/2018)

18.NEWS Medical Life Sciences, Yolanda Smith, Last Updated: 2015 julho 20. Disponível em: [https://www.news-medical.net/health/Vasectomy-Side-Effects-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Vasectomy-Side-Effects-(Portuguese).aspx) (Consultado a 2/1/2018)

19.Pubmed, “Hormonal contraception and female pain, orgasmo and pleasure”, Smith NK, Jozkowski KN, Sanders SA., The journal of sexual medicine, 2013 nov 2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24286545> (Consultado a 3/1/2018)

20.Ellaone (acetato de ulipristal), disponível em: <https://www.ellaone.pt/pack-leaflet/> (Consultado a 3/1/2018)

21.Norlevo (levonorgestrel), disponível em: <http://postinor.pt/pt/que-e-a-pilula-do-dia-seguinte-/about-morning-after-pill> (Consultado a 3/1/2018)

22. Tetragynon (etinilestradiol e levonorgestrel), disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=10795&tipo_doc=fi (Consultado a 3/1/2018)
23. Circular informativa: Contraceptivos de emergência- início de revisão de segurança, 24/01/2014. Disponível em: <http://www2.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/A4824C8F-2C62-4AC6-9B41-786433128F99/0/9604325.pdf> (Consultado a 3/1/2018)
24. Recomendações sobre contracepção de emergência, Sociedade portuguesa da contracepção, 2015. Disponível em: http://www.spdc.pt/files/14_Recomendacoes_CE.pdf (Consultado a 4/1/2018)
25. Medline plus, Bethesda, 2017 maio 24. Disponível em: <https://medlineplus.gov/hysterectomy.html> (Consultado a 7/1/2018)
26. Contracepção hormonal. 3ª ed, Alemanha: Schering, julho 2001
27. Neves J., Contracepção. Lidel. Lisboa, 2013
28. McLaren A., História da Contracepção (Da Antiguidade à Actualidade), 1ª ed, Lisboa, fevereiro de 1997
29. “O passado, o presente e o futuro do planeamento familiar em Portugal”, in Revista de Demografia Histórica, XIX, I, 2001, segunda época, pp 139-155. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23021/1/O%20Passado,%20o%20presente%20e%20o%20futuro%20do%20planeamento%20familiar.pdf> (Consultado a 22/01/2018)
30. Site da Associação para o Planeamento da Família, APF. Disponível em: <http://www.apf.pt/quem-somos/historia> (Consultado a 23/01/2018)
31. Depes D., Pereira A., Lippi U., Martins J., Lopes R., “Experiência inicial com a oclusão tubária por via histeroscópica (Essure®)”, São Paulo, Brasil, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-0130.pdf (Consultado a 2/2/2018)
32. Site da “Planned Parenthood Federation of America”, 2018. Disponível em: <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/withdrawal-pull-out-method/how-effective-is-withdrawal-method-pulling-out> (Consultado a 2/2/2018)

33. “Bayer lança nova opção contraceptiva para mulheres em Portugal”, Netfarma, 2015 fevereiro 3. Disponível em: <http://www.netfarma.pt/noticia/bayer-lancamentocontracetivointrauterinohormonal> (Consultado a 2/2/2018)

34. Melvin L., Scott J., Craik J. “Jaydess[®] levonorgestrel intrauterine”, BMJ Sexual & Reproductive Health, 2014 may 20 system. Disponível em: <http://srh.bmj.com/content/40/3/165> (Consultado a 2/2/2018)

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1 - Questionário

Licenciatura e Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Ciências de Saúde

Ano Lectivo 2016/2017

Olá! Sou a Karolina Mohosh (nº30773), do 5º ano de Medicina.

Agradecia imenso a sua participação neste inquérito, que se destina à minha dissertação sobre a “Contraceção e os alunos de Medicina da FCS”, cujo orientador é o Professor Dr. José Moutinho.

Interesso-me pelo Planeamento Familiar e especialmente pela Contraceção. O objectivo do presente estudo visa compreender melhor a percepção dos alunos do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI face à contraceção, seus métodos, riscos e vantagens.

Com base nos resultados obtidos pelo inquérito pretendemos vir apontar medidas de actuação que conduzam a uma melhor utilização dos métodos contraceptivos.



(https://www.google.pt/search?q=contracep%C3%A7%C3%A3o&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiZj4udwIDaAhUEvBQKHd4DBMYQ_AUICigB&biw=1280&bih=694#imgrc=OjtxZAU3EE5RpM:)

O questionário é de carácter **anónimo, confidencial e individual**.

Tem uma duração aproximada de 15 minutos.

Caso não saiba a resposta deixe em branco; se se enganar, risque e escreva à frente.

Qual a sua idade? ____

Marque com uma **cruz** as seguintes respostas:

1. Sexo:

___ Masculino

___ Feminino

2. Em que ano se encontra matriculado/a ?

___ 1º

___ 2º

___ 3º

___ 4º

___ 5º

___ 6º

3. Em que região do país concluiu o ensino secundário (último ano) ?

___ Norte

___ Centro

___ Sul

___ R. A. Madeira

___ R. A. Açores

___ Fora do país

Responda às seguintes questões, indicando apenas o **NÚMERO** correspondente aos métodos abaixo indicados (exemplo: 7; 11; 16)

1. Preservativo masculino
2. Preservativo feminino
3. Diafragma
4. Espermicida
5. Coito interrompido
6. Abstenção periódica
7. Calendário
8. Implante subcutâneo
9. DIU cobre (DIU- dispositivo intra-uterino)
10. SIU levonorgestrel (SIU- sistema intra-uterino)
11. Oral (Pilula oral combinada (COC))
12. Transdérmico (Adesivo)
13. Vaginal (Anel vaginal)
14. Pilula progestativa (Minipilula)
15. Progestativo injectável
16. "Pilula do dia seguinte"
17. Esterilização feminina
18. Esterilização masculina
19. Histerectomia (remoção do útero)

4. Dos métodos acima enumerados, indique os que **não** considera como método(s) contraceptivo(s) (caso considere que todos os métodos são contraceptivos, escreva NENHUM)

ATENÇÃO: Responda às perguntas seguintes, tendo em conta **só** aqueles métodos que considerou como **métodos contraceptivos**

5. Indique os 2 métodos que lhe parecem ser os **mais eficazes**, ou seja, no uso do dia-a-dia falham menos (por ordem decrescente)

6. Indique os 2 métodos que lhe parecem ser os **menos eficazes** (por ordem decrescente)

7. Indique os 2 métodos que lhe parecem estar associados a um **maior risco** para a saúde da mulher (por ordem decrescente)

8. Indique os 2 métodos que lhe parecem dar **maior proteção** contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) (por ordem decrescente)

9. Indique os 2 métodos que lhe parecem ter **maior risco abortivo** (por ordem decrescente)

10. Indique o método que lhe parece ser o mais eficaz como método contraceptivo de emergência

11. Indique os 2 métodos que considera que devem ser **evitados em mulheres nulíparas** (que nunca tiveram filhos) (por ordem decrescente)

12. Indique os 2 métodos que lhe parecem ser mais adequados para a mulher que amamenta (por ordem decrescente)

13. Indique os 2 métodos que lhe parecem estar mais associados ao **risco tromboembólico** (por ordem decrescente)

14. Indique os 2 métodos que considere ter maior risco de **provocar cancro** (por ordem decrescente)

15. Indique os 2 métodos que considere que possam ter maior efeito **protector do cancro** (por ordem decrescente)

16. Indique os 2 métodos que considere serem mais apropriados para a **redução da gravidez na adolescência** (por ordem decrescente)

17. Indique quais os 2 métodos que entende serem os mais apropriados para utilização na **perimenopausa** (pela ordem decrescente)

18. Indique os 2 métodos que considera estarem mais associados à **diminuição da libido** (por ordem decrescente)

19. Indique os 2 métodos que lhe parece estarem mais associados ao **desconforto durante as relações sexuais** (por ordem decrescente)

Por fim, assinale a resposta que considera correta (**marque com uma cruz**):

Até quantas horas, após uma relação sexual desprotegida pode ser utilizada a chamada “pílula de dia seguinte” (assinale com uma cruz a resposta que lhe parece mais correta)

- Até 24h ou 1º dia
- Até 48h ou 2º dia
- Até 72h ou 3º dia
- Até 120h ou 5º dia

Muito obrigada pela sua colaboração!

**10.2. Anexo 2 - Autorização da Comissão de Ética do Centro
Hospitalar da Cova da Beira**



Exmo(a) Sr(a). Dr.(a)
Karolina Mohosh

Data: 03/10/2016

Assunto: Parecer da CES relativo ao estudo "Contraceção e os alunos de Medicina da FCS"

Exmos(as). Senhores(as),

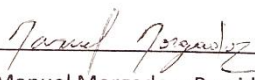
Em resposta ao V. pedido de parecer para realização do estudo supramencionado, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, ao abrigo do disposto na Lei nº 21/2014, de 16 de Abril, e em sessão plenária no dia 30/09/2016 deliberou emitir parecer, conforme documento em anexo.

A CES do CHCB opera dentro do exigido pelas boas práticas clínicas.

Na execução deste estudo qualquer informação/comunicação relevante para a segurança dos participantes tem de ser imediatamente comunicada à CES do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética para a Saúde
do Centro Hospitalar Cova da Beira


(Prof. Doutor Manuel Morgado – Presidente da CES)

CHCB.IMP.COMET.01

Ed.1

Rev.0

Sede: ☒ Quinta do Alvito 6200 – 251 Covilhã
☒ Av. Adolfo Portela 6230 – 288 Fundão

☎ 275 330 000
☎ 275 330 000

Fax: 275 330 001
Fax: 275 751 057



Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Deliberação n.º: 60/2016	Data: 30/09/2016	Órgão: Reunião plenária
Título: "Contraceção e os alunos de Medicina da FCS "		Nº. EudraCT: -----
Versão da documentação aprovada: 27/09/2016	Promotor: -----	Investigadores principais: Karolina Mohosh

Membros da CES do CHCB:

**Prof. Doutor Manuel
Passos Morgado**
(Presidente,
Farmacêutico)

**Dr.ª Ana Paula Torgal
Carreira**
(Vice-Presidente,
Assistente Social)

**Enf.ª Maria Gabriela
Ramalinho**
(Enfermeira)

**Dr.ª Maria Fátima Jesus
Simões**
(Psicóloga)

**Dr. Luis Manuel Almeida
Alves Ribeiro**
(Médico)

**Dr. Luis Manuel Carreira
Fiadeiro**
(Jurista)

Dr. António Luciano
(Teólogo)

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, em reunião realizada na data 30/09/2016, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo acima referenciado.

Ouvido o relator, o processo foi votado pelos membros da CES do CHCB presentes:

Presidente: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
Vice-Presidente: Dr.ª Ana Paula Torgal Carreira
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro
Dr. António Luciano
Enfª Maria Gabriela Ramalinho

Resultado da votação:

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada ter a opor à realização do mesmo.

Data: 03/10/2016

O Presidente da CES do CHCB:


(Prof. Doutor Manuel Morgado)