



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências de Saúde

Utilização de contraceptivos orais e de emergência em alunas do ensino médio da Província de Luanda

N'suka Madalena Francisco Zione

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Ciências Biomédicas

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof^a. Doutora Olga Lourenço (UBI)

Coorientadora: Prof^a. Doutora Lurdes Monteiro (UBI)

Covilhã, julho de 2017

Dedicatória

Ao meu porto seguro, minha querida mãe pelo apoio incondicional sempre cheia de amor e compreensão.

Ao meu amado esposo pela parceria, companheirismo, incentivo e fundamentalmente pela paciência... sei que não foram dias fáceis.

Agradecimentos

À Professora Doutora Olga Lourenço por se ter disponibilizado para a orientação deste projeto de investigação.

À Professora Doutora Maria de Lurdes Paiva Monteiro a quem agradeço o entusiasmo com que abraçou esta dissertação, a sua disponibilidade, apoio, sugestões e amizade.

Ao Professor Doutor João Luís Baptista e a todos os professores e restantes colaboradores da minha formação por terem transmitido os vossos conhecimentos o que permitiu chegar até aqui.

À minha mãe, Idalina Chambula por ser a minha musa inspiradora e por não me deixar desistir nunca!

Às minhas irmãs que sempre me apoiaram e motivaram... muito obrigada por contribuírem na construção da mulher que me tornei.

Ao meu esposo pelo amor e carinho e aos nossos filhos Marcelo e Welwitschia Rodrigues, vocês são a minha vida.

A todos os colegas de curso, por me terem acolhido no vosso meio. A eles também devo imenso.

Exprimo o meu reconhecimento a direção do Instituto Superior Técnico Militar (ISTM) por me ter concedido a oportunidade de fazer parte deste curso. E à Direção dos Serviços de Saúde - Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas por me ter autorizado a frequentar o curso.

A todos meus amigos e familiares que direta ou indiretamente tenham contribuído para minha formação.

Resumo

O conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode contribuir para que os indivíduos escolham o método mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde, bem como, utilizar o método escolhido de forma correta. Devido ao aumento da atividade sexual na adolescência e à diminuição da idade da primeira relação sexual, o uso de contraceptivos para evitar a gravidez indesejada e aborto inseguro é especialmente importante nos países em desenvolvimento. A literatura sobre a sexualidade dos adolescentes em países da África, em particular lusófona, é escassa. Em Angola, não foram encontrados trabalhos, sobre a frequência do uso dos contraceptivos orais e do contraceptivo oral de emergência em alunas do ensino médio. Pela importância do tema torna-se fundamental a realização de estudos que permitam entender o fenómeno e contribuir para o desenvolvimento de programas mais adequados. Os objetivos deste estudo foram descrever, em alunas do ensino médio de Luanda, a frequência do uso dos contraceptivos orais e de emergência e avaliar o grau de conhecimento e consequências sobre a sua utilização. Foi realizado um estudo descritivo, observacional e de conveniência, em cinco escolas do ensino médio, usando um questionário adaptado ao contexto angolano e de autopreenchimento. Para a construção da base de dados e a análise dos resultados descritivos foi utilizado o programa Epi Info® e os testes qui-quadrado, odds ratio e risco relativo. A população em estudo incluiu 687 alunas com idade média de 17,8 (\pm 1,96) anos. Metade destas alunas (n: 334; 48,7%) referiu ter tido relações sexuais, sendo a média da idade da primeira relação sexual aos 16,3 (\pm 1,77) anos. Destas, a grande maioria (n: 269; 80,5%) usou algum método para evitar a gravidez. O método contraceptivo mais utilizado foi o preservativo masculino (n: 266; 85,3%). Apenas 72 (10,6%) usam ou alguma vez usaram a pílula anticoncepcional, com uma média de idade de início da utilização de 17,9 (\pm 2,22) anos. O conhecimento sobre como tomar a pílula anticoncepcional regularmente e o uso do anticoncepcional de emergência é deficiente, nomeadamente no que diz respeito aos efeitos adversos que referem, erroneamente, como sendo o aborto (n: 197; 28,4%) ou a infertilidade (n: 186; 27,1%). Em conclusão, a utilização de métodos anticoncepcionais orais é reduzida existindo pouco conhecimento sobre o seu uso correto e os principais efeitos adversos. No entanto, foi demonstrado um grande interesse por parte das inquiridas em ter informações sobre esta temática o que reforça a necessidade de se criar um plano de prevenção e aconselhamento sobre a utilização de contraceptivos orais e dos contraceptivos orais de emergência.

Palavras-Chave: contraceção de emergência; pílula anticoncepcional; pílula do dia seguinte

Abstract

Knowledge about contraceptive methods can help individuals choose the method best suited to their sexual behavior and health conditions, as well as using their chosen method in the right way. Due to increased sexual activity in adolescence and decreased age at first sexual intercourse, the use of contraceptives to prevent unwanted pregnancy and unsafe abortion is especially important in developing countries. The literature on adolescent sexuality in African countries, in particular Lusophone, is scarce. In Angola, no studies were found on the frequency of use of oral contraceptives and of the emergency oral contraceptive in high school students. Due to the importance of the theme, it is essential to carry out studies to understand the phenomenon and contribute to the development of more adequate programs. The objectives of this study were: to describe, in high school students in Luanda, the frequency of use of oral and emergency contraceptives and to evaluate the degree of knowledge and consequences on their use. A descriptive, observational and convenience study was carried out in five high schools, using a self-fulfilled questionnaire adapted to the Angolan context. The Epi Info® program was used to construct the database and chi-square, odds ratio and relative risk tests were used to analyze the descriptive results. The study enrolled 687 students with a mean age of 17.8 (\pm 1.96) years. Half of these students (n = 334, 48.7%) reported having had sexual intercourse, the average age of the first sexual intercourse being 16.3 (\pm 1.77) years. Of these, the vast majority (n = 269; 80.5%) used some method to avoid pregnancy. The contraceptive method most used was the male condom (n: 266, 85.3%). Only 72 (10.6%) use or have ever used the contraceptive pill, with a mean age of onset of use of 17.9 (\pm 2.22) years. Knowledge about how to take the contraceptive pill regularly and the use of emergency contraception is poor, particularly with regard to adverse effects that they erroneously referred as abortion (n = 197; 28.4%) or infertility (N: 186, 27.1%). In conclusion, the use of oral contraceptive methods is reduced with little knowledge about its correct use and the main adverse effects. However, there was a strong interest on the part of the respondents to have information on this topic, which reinforces the need to create a prevention and counseling plan on the use of oral contraceptives and emergency oral contraceptives.

Keywords: emergency contraception; Contraceptive pill; post-coital contraception

Índice

| | |
|--|----|
| Lista de figuras | 13 |
| Lista de tabelas | 15 |
| Lista de acrónimos | 17 |
| 1. Introdução | 19 |
| 1.1 Panorâmica de Angola | 20 |
| 1.2 Uso de contraceptivos orais | 21 |
| 1.3 Conhecimento e fontes de Informação | 24 |
| 1.4 Métodos anticoncepcionais disponíveis em Angola | 25 |
| 1.4.1 Contraceptivos Orais Combinados | 25 |
| 1.4.2 Contraceptivos Orais de Progesterona | 26 |
| 1.4.3 Contraceção Oral de Emergência | 26 |
| 2. Objetivos | 28 |
| 3. Metodologia | 29 |
| 3.1 Desenho do estudo e seleção da amostra | 29 |
| 3.2 Recolha de dados | 29 |
| 3.3 Análise estatística | 30 |
| 4. Resultados | 31 |
| 4.1 Pré-teste | 31 |
| 4.2 Dados sociodemográficos da população do estudo | 31 |
| 4.3 Dados fisiológicos e de contraceção da população do estudo | 33 |
| 4.4 Conhecimento sobre contraceção | 34 |
| 4.5 Perfis de utilização de contraceção hormonal | 38 |
| 5. Discussão | 39 |
| 6. Limitações, pontos fortes e perspetivas futuras | 43 |
| 7. Conclusão | 44 |
| 8. Bibliografia | 45 |
| 9. Anexos | 49 |

| | |
|---|----|
| Anexo I - Questionário | 49 |
| Anexo II - Autorizações para a realização do estudo | 59 |
| Anexo III - Formulário de consentimento informado | 61 |
| Anexo IV - Análise descritiva das variáveis em estudo | 63 |
| Anexo V - Análises de associação efetuadas entre as variáveis em estudo | 75 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1: Frequência de idade das participantes | 31 |
| Figura 2: Distribuição de frequências dos métodos contraceptivos que conhecem | 34 |
| Figura 3: Respostas à pergunta sobre o intervalo de tempo em que deve ser tomado o contraceptivo de emergência | 37 |
| Figura 4: Riscos dos anticoncepcionais de emergência referidos pelas participantes | 37 |

Lista de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Resumo das características sociodemográficas da população | 32 |
| Tabela 2: Respostas consideradas corretas no questionário sobre os contraceptivos orais | 35 |
| Tabela 3: Respostas sobre conhecimento sobre os contraceptivos orais hormonais | 35 |
| Tabela 4: Respostas consideradas corretas no questionário sobre os contraceptivos orais de emergência | 36 |

Lista de Acrónimos

| | |
|-------|--|
| CE | Contraceção de emergência |
| CO | Contraceptivos orais |
| COC | Contraceptivos orais combinados |
| COE | Contraceptivo oral de emergência |
| COP | Contraceptivos orais de progesterona |
| DIP | Doença inflamatória pélvica |
| DIU | Dispositivo intrauterino |
| DST | Doenças sexualmente transmissíveis |
| EFTSK | Escola de formação de técnicos de saúde do Kilamba |
| IBEP | Inquérito integrado sobre o bem-estar da população |
| IMAG | Instituto médio de administração e gestão |
| IMEL | Instituto médio de economia de Luanda |
| IMTHT | Instituto Médio Técnico de Hotelaria e Turismo |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| INEF | Escola de Formação de Professores de Educação Física |
| MINSA | Ministério da Saúde de Angola |
| OF | Ordem dos Farmacêuticos |
| OFA | Ordem dos Farmacêuticos de Angola |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| SADHS | South African Demographic and Health Survey |

1. Introdução

O conhecimento sobre métodos anticoncepcionais pode contribuir para que os indivíduos escolham o método mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde, bem como, utilizar o método escolhido de forma correta (Paniz *et al.*, 2005). Vários estudos têm sido realizados para se conhecer a utilização dos métodos contraceptivos nas populações (Corrêa, 2012). A gravidez indesejada é um problema comum em todo o mundo; estima-se que em cada ano cerca de 44 milhões de gestações terminem em aborto (Cheng *et al.*, 2012). Para além disso, estima-se que cerca de 18% da carga global de doença seja devida a problemas de saúde reprodutiva e sexual, 32% dos quais ocorrem em mulheres em idade reprodutiva (15-44). As mortes maternas podem diminuir tanto quanto 25% se as gravidezes não intencionais forem evitadas (Blackstone *et al.*, 2017). Estudos mostram que três das principais razões para gestações não planejadas se devem a falha das mulheres na utilização de um método contraceptivo corretamente, ao pouco conhecimento de fontes e métodos de contraceção e ao ineficaz ensino das mulheres em relação à contraceção por parte dos profissionais de saúde (Smith e Whitfield, 1994). Nos Estados Unidos da América, 84% das mulheres em idade reprodutiva utilizam um método contraceptivo e cerca de um terço delas refere os anticoncepcionais orais como o método mais utilizado (Corrêa, 2012). Nos países em vias de desenvolvimento, devido ao aumento da atividade sexual na adolescência e à diminuição da idade da primeira relação sexual, o uso de contraceptivos para evitar a gravidez indesejada e o aborto inseguro é especialmente importante (Tsfayet *et al.*, 2012). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006, 81% das mulheres utilizavam um método para o planejamento familiar, sendo que a esterilização feminina foi relatada como o método mais comum (29%), seguida do contraceptivo oral (25%) (Corrêa, 2012).

Evidências empíricas recentes indicam aumento no conhecimento sobre anticoncepção e planejamento familiar em África, mas em contrapartida o uso real ainda permanece sub-ótimo, com pouco efeito sobre as taxas de fertilidade total (Blackstone *et al.*, 2017). Os atuais programas de planejamento familiar têm-se centrado na satisfação do planejamento familiar através de vários mecanismos destinados a aumentar o uso de contraceptivos e a diminuir o alto risco de gravidez não intencional (Blackstone *et al.*, 2017). Segundo Marroni e colaboradores, na África do Sul, quase 20% das gravidezes são não desejadas e 36% são não intencionais no momento da concepção; o que reforça os problemas de acesso e uso efetivo da contraceção (Morrioni *et al.*, 2006). A literatura sobre a sexualidade de adolescentes em países da África, em particular lusófona, é escassa (Tavares *et al.*, 2011). Na maioria dos países da África Subsaariana, o uso de métodos contraceptivos não ultrapassa um quinto entre as adolescentes do sexo feminino casadas, embora mais de metade (60%) declare não desejar ter filhos nos primeiros anos de casamento (Tavares *et al.*, 2011). Os adolescentes africanos

têm as maiores taxas de gravidez na adolescência, atingindo os 13% na África do Sul (SADHS, 2001). Em Angola existem políticas e normas de saúde sexual e reprodutiva que contemplam o direito das pessoas a serem informadas, terem acesso a métodos de planeamento familiar eficazes e seguros e a serviços de atendimento integrais, para poderem desenvolver uma vida sexual e reprodutiva satisfatória, saudável e sem risco (Chambata, 2015). Contudo, a acessibilidade aos serviços de saúde é deficiente por existirem poucas unidades sanitárias e fraca comunicação rodoviária, tendo cada cidadão de percorrer em média 15 km para chegar a uma unidade sanitária. Outro grande fator é a insuficiência ou ausência de políticas de saúde direcionadas para os adolescentes (Chambata, 2015).

A contraceção de emergência (CE) é um método indicado para evitar a gravidez depois de uma relação sexual desprotegida, quando há falha no uso do método anticoncepcional ou em casos de violência sexual. Este tipo de anticonceção atua porque inibe ou retarda a ovulação, altera o transporte dos espermatozoides e do óvulo, modifica o muco cervical e interfere na capacitação espermática (Costa *et al.*, 2008). A sua ação faz-se, portanto, antes da fecundação, apresentando uma eficácia de 92% na prevenção da gravidez indesejada. Caso seja utilizada após a implantação do ovo não interrompe a gravidez em curso, não sendo, por esse motivo, um método abortivo (Wannmacher, 2005).

Embora os termos “pílula do dia seguinte” e “pílula pós-coital” também sejam utilizados para descrever a mesma abordagem, estes podem causar confusão sobre o momento e a finalidade, e devem ser evitados (Cheng *et al.*, 2012). O aumento da disponibilidade e promoção da contraceção de emergência tem o potencial para reduzir a incidência de gravidez indesejada se utilizada quando necessário, e por sua vez, reduz os custos sociais e de saúde associados (Myer *et al.*, 2007). Na África do Sul a CE está disponível e é fornecida gratuitamente para os utilizadores do sector público da saúde. Ter acesso à contraceção de emergência é particularmente importante para os/as adolescentes que, com frequência, têm pouca experiência na utilização da contraceção (Myer *et al.*, 2007). Os potenciais utilizadores devem estar bem informados sobre a CE, especificamente, as mulheres devem saber que existe CE, conhecer os limites de tempo em que pode ser eficaz e como pode ser obtida (Myer *et al.*, 2007).

1.1 Panorâmica de Angola

Situada na costa do Atlântico Sul da África Ocidental, Angola é um dos países de maior extensão e um dos mais ricos em recursos naturais na região. Conta com uma área de 1.246.700 km², uma costa de 1.650 km de norte a sul e está dividida em 18 províncias (Humbwavali, 2011). A população angolana é constituída por 25.789.024 habitantes, dos quais 6.945.386 vivem na capital do país, Luanda, o que representa pouco mais de um quarto (27%) da população do país. Deste universo populacional 12.499.041 são homens (48% da população

total residente) e 13.289.983 mulheres (52% da população total residente). Os dados apontam para uma população extremamente jovem sendo a idade média de 20,6 anos (CENSO, 2014). Angola é um país independente há 43 anos, mas livre da guerra civil apenas desde 2002, vivendo em paz e com possibilidade de se reorganizar há apenas 15 anos efetivos. Durante o tempo da guerra fria, houve muitas mortes (Tavares et al., 2011). A guerra afetou consideravelmente o país em todos os setores, com consequências visíveis para a vida dos angolanos. Importa realçar que inúmeras infraestruturas básicas, como escolas, estradas, pontes e unidades de saúde foram alvo de destruição, principalmente no interior do país. Associado a isso, o êxodo da população para as grandes cidades, como a capital Luanda, acelerou o processo de urbanização desordenada, contribuindo para o surgimento de enormes aglomerações, onde as pessoas vivem em condições muito precárias (Humbwaveli, 2011). Em Angola a gravidez na adolescência é um problema de Saúde Pública, como se pode constatar pelo grande número de nascimentos que se regista nas maternidades. O início das relações sexuais é por volta dos 11-12 anos de idade (Fundo das Nações Unidas para as Populações, 2002), e muitas pré-adolescentes engravidam antes de atingir a idade adulta. Na faixa etária dos 14 aos 17 anos de idade, 37% das adolescentes já engravidaram e 17% dos rapazes têm consciência de ter engravidado uma adolescente. Paralelamente, há uma alta incidência de abortos de alto risco (sem acompanhamento por profissional de saúde habilitado para tal), visto que, metade das adolescentes grávidas abortaram e a grande maioria (79%) desses abortos foram provocados ou induzidos (Tavares *et al.*, 2011). Adicionalmente, a baixa taxa de utilização de contraceção em Angola e a sua alta taxa de fertilidade, correspondem a elevadas taxas de mortalidade materna (Decker e Constantine, 2011).

1.2 Uso de Contraceptivos Orais

Uma extensa literatura documenta as determinantes do comportamento contraceptivo do adolescente. Segundo Bruckner e colaboradores (Bruckner *et al.*, 2004) os fatores críticos associados ao uso de contraceptivos incluem características:

- ✓ sociais e demográficas (idade, raça e classe)
- ✓ familiares (educação e proximidade com os pais)
- ✓ individuais (capacidade cognitiva, idade da primeira relação sexual, história de gravidez e atitudes em relação à contraceção)

Em 2000, África teve a menor taxa de utilização de contraceptivos no mundo (28%). Devido ao mau uso dos métodos hormonais de curto prazo, na África subsaariana ocorrem cerca de 14 milhões de gravidezes e uma grande proporção de gravidezes não planeadas (Coetzee e Ngonyulu, 2015).

Apesar dos esforços atuais, existem muitas barreiras socioeconómicas no acesso aos serviços de saúde reprodutiva para as mulheres; incluindo, para o uso de contraceptivos modernos:

barreiras geográficas, falta de serviços de proximidade e mitos sobre esta temática, que desencorajam a utilização de anticoncepcionais, nomeadamente:

- ✓ a associação do uso de contraceptivos com infertilidade e/ou promiscuidade,
- ✓ a falta de apoio do parceiro,
- ✓ o conhecimento limitado dos contraceptivos,
- ✓ as oportunidades perdidas para a integração da promoção do uso de contraceptivos em serviços de saúde materno-infantil e outros serviços de saúde relacionados (Asaolu *et al.* 2017).

Na África do Sul, a atitude dos profissionais de saúde perante a contraceção também contribui para a não utilização de contraceptivos por adolescentes, uma vez que, têm o acesso negado por serem ridicularizadas, e porque, apesar de terem algum conhecimento sobre contraceptivos, acabam por engravidar (Ramathuba *et al.*, 2012). Adicionalmente, as crenças culturais no seio das comunidades negras impedem que os jovens recebam mais informação sobre sexualidade, uma vez que, os pais, culturalmente, não podem discutir a sexualidade com os filhos.

Educação sexual e informações relacionadas não são disponibilizadas às jovens, estando estas confrontados com o trauma da gravidez, complicações do parto e doenças sexualmente transmissíveis (DST), devido a decisões erradas e equívocas sobre contraceção (Ramathuba *et al.*, 2012). Na Nigéria, as decisões de fertilidade nas famílias africanas são influenciadas por valores patriarcais: a decisão de uma mulher casada de limitar ou dar espaço para a maternidade pode estar no seu marido, sogros ou outros parentes mais velhos, os quais nem sempre apoiam a decisão de não ter ou espaçar os nascimentos.

De qualquer modo, independentemente dos níveis de poder de uma mulher, a sua capacidade de aceder e usar contraceptivos pode ser influenciada por barreiras do sistema de saúde, que podem ser significativamente reduzidas com a atenção para questões de qualidade na promoção do uso de anticoncepcionais (Asaolu *et al.* 2017). Em muitas culturas da África subsaariana, em particular as mulheres jovens, estão sob grande pressão para permanecer férteis e terem filhos, sendo esta a atitude socialmente esperada. Compreensivelmente, o medo da infertilidade ou qualquer coisa que possa interferir com a capacidade de uma mulher ter filhos, coloca-a em risco, por violar o que é esperado pela sociedade. Ter filhos é necessário para manter o respeito do marido, estabilizar o relacionamento e proporcionar apoio económico. Perder a capacidade de ter filhos representa uma ameaça significativa à convivência social, económica e de relacionamento.

Por isso, para muitas jovens mulheres ou mulheres com poucos filhos, a preservação da fertilidade é de grande importância, mesmo se os métodos anticoncepcionais possam ajudar com no parto espaçado e tornem a gravidez e nascimento mais seguro para ambos, mãe e criança. Esta é outra razão pela qual muitas mulheres se voltam para o aborto antes da adoção de anticoncepcionais modernos. Apesar do aborto ser mais arriscado, é visto como uma

alternativa mais segura para a preservação da fertilidade do que o uso de contraceptivos (Blackstone *et al.* 2017). Estes resultados enfatizam a necessidade de fornecer informação objetiva sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis e esclareçam as mulheres, para superar equívocos e medos relacionados ao uso de anticoncepcionais (Blackstone *et al.* 2017).

Alguns investigadores revelam a preocupação em relação às mulheres jovens como um grupo que tem uma necessidade especial de pílulas anticoncepcionais de emergência porque são:

- ✓ especialmente vulneráveis à coerção sexual e sexo forçado,
- ✓ menos propensas a usar um método contraceptivo,
- ✓ suscetíveis de ter menor conhecimento sobre contraceção, e
- ✓ enfrentam, em alguns contextos, o aumento da discriminação de farmacêuticos e profissionais de saúde (Westley *et al.*, 2013).

As pílulas anticoncepcionais de emergência estão entre os 13 produtos essenciais no quadro de ação estabelecido pela Comissão das Nações Unidas enquadrado nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio. Apesar de terem sido introduzidas no mercado há quase 20 anos, uma série de barreiras ainda limita o acesso das mulheres a este tipo de pílula anticoncepcional em países de baixa e média renda, incluindo o conhecimento limitado e a sua fraca disponibilidade (Dawson *et al.*, 2014). A contraceção de emergência é apropriada para adolescentes que se envolvem em relações sexuais esporádicas e/ou ocasionais, e especialmente entre aqueles que acham que os contraceptivos regulares são intoleráveis ou que se devem usar com moderação (Babatunde *et al.* 2016). O medo dos efeitos adversos dos contraceptivos de emergência é a razão mais comum para a sua não utilização (Babatunde *et al.* 2016). As adolescentes precisam ter acesso e educação, para serem capazes de usar contraceptivos orais de emergência de forma eficaz (Westley *et al.*, 2013).

Em Angola existem poucos estudos sobre o uso dos contraceptivos orais.

A população angolana é extremamente jovem com idade média de 20,6 anos onde 52% da população total residente é do sexo feminino, com uma taxa de fecundidade de 5,7 filhos por mulher (CENSO, 2014). O início da vida sexual é muito precoce na população sexualmente ativa sendo que 90,2% desta população teve pelo menos uma relação sexual antes dos 18 anos (dados do Ministério da Saúde de Angola, MINSA, 2012), e com baixa prevalência contraceptiva moderna (12,8%) (MINSA, 2010). Como resultado de sexo desprotegido, disponibilidade limitada e pouco acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva existe um número muito elevado de gravidezes na adolescência. Mais de metade das mulheres (55%) tem o seu primeiro filho entre os 15 e os 19 anos (IBEP, 2011) o que contribui para uma taxa de crescimento anual da população de 2,7%. Assim, tanto a gravidez precoce como os abortos frequentemente associados à gravidez indesejada têm graves consequências sociais e de saúde. Em termos de saúde, as mães adolescentes são mais suscetíveis de sofrerem problemas durante o parto, o que pode levar a complicações graves e até mesmo à morte das grávidas,

assim como à dos respetivos bebés. Por outro lado, o início precoce da vida reprodutiva reduz, consideravelmente, as oportunidades escolares e profissionais das mulheres, além de estar associado a maiores níveis de fecundidade (INE, 2016). A taxa de fertilidade das jovens é de 152,1/1000 mulheres com idade entre 15 a 19, com alta mortalidade materna (450/100.000 nados vivos) (IBEP, 2013).

1.3 Conhecimento e fontes de informação

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) vários milhões de mulheres utilizam o planeamento familiar para evitar a gravidez, mas sem sucesso, por uma multiplicidade de razões. É possível que não tenham recebido instruções claras sobre como utilizar o método adequadamente, que não tenham tido acesso ao método mais apropriado ou que não tenham sido corretamente orientadas em relação aos efeitos adversos.

Paniz V. e colaboradores (Paniz *et al.*, 2005) realizaram um trabalho sobre o conhecimento sobre anticoncepcionais numa população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil onde concluíram que, apesar da elevada prevalência de utilização de métodos anticoncepcionais ao longo da vida (75,3%), ainda é limitado o conhecimento sobre uso correto e adequado dos métodos mais utilizados, assim como sobre o ciclo menstrual e o período fértil. A análise do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, na maioria dos estudos disponíveis, é feita de maneira muito subjetiva, não incluindo o modo de usar, os efeitos adversos, as indicações e as contra-indicações dos mesmos. Este facto pode resultar numa interpretação não verdadeira do grau de conhecimento sobre prevenção de gravidez que os adolescentes possuem e enviesar a avaliação da influência do conhecimento sobre o uso de métodos anticoncepcionais (Martins *et al.*, 2006). Os estudos indicam que o conhecimento dos homens sobre os contraceptivos é semelhante ao das mulheres, mas a forte influência que têm nas decisões das mulheres em adotar ou descontinuar o uso de contraceptivos indica a necessidade de inclusão de homens em programas de planeamento familiar, particularmente daqueles que buscam romper as barreiras culturais e o estigma em torno da contraceção (Blackstone *et al.*, 2017).

Os países desenvolvidos são conhecidos por terem melhores sistemas de informação e conscientização em relação à saúde do que os países em desenvolvimento. As campanhas de sensibilização devem ser encorajadas e instituídas para melhorar o conhecimento e a utilização da contraceção de emergência entre os adolescentes, especialmente nos países em desenvolvimento (Babatunde *et al.*, 2016). Em Angola as informações sobre métodos contraceptivos são veiculadas por programas de saúde escolar e pelos meios de comunicação social, fazendo com que a população de menores recursos tenha menor acesso a esta informação (Chipalanga, 2014). Ainda de acordo com o mais recente estudo realizado em

Angola pelo Instituto Nacional de Estatística em 2008/2009 constatou-se que o conhecimento de métodos contraceptivos é significativamente mais alto em áreas urbanas do que em áreas rurais. O nível de escolaridade está positivamente associado com um maior conhecimento das mulheres de métodos contraceptivos. Algumas diferenças são observadas atendendo ao estado civil: as mulheres pobres que são divorciadas, separadas ou viúvas têm mais conhecimento do que as mulheres que são casadas. O conhecimento de métodos contraceptivos é baixo entre as mulheres em idade reprodutiva (12-49 anos); situação que é mais grave entre as mulheres pobres, já que elas têm três vezes menos probabilidade de conhecerem algum método contraceptivo do que as mulheres não-pobres (18% e 54%, respetivamente) (IBEP, 2013).

1.4 Métodos anticoncepcionais disponíveis em Angola.

O acesso a métodos contraceptivos é mais limitado na África subsaariana do que em outros lugares. A prevalência do uso de contraceptivos em África é de aproximadamente 27%, menos de metade da média em todo o mundo (Bisika *et al.*, 2007). Em Moçambique o serviço público de saúde é o principal fornecedor de anticoncepcionais. A maior parte dos serviços de planeamento familiar é fornecido através de uma rede de clínicas de saúde materno-infantil, onde os contraceptivos orais (pílulas), Depo-provera[®] (injeções), dispositivos intrauterinos (DIU), esterilização feminina e masculina e os preservativos masculinos e femininos são oferecidos gratuitamente (Capurchande *et al.*, 2016).

As estatísticas, em Angola, são ou pouco corretas ou inexistentes, tendo em conta que os sistemas de saúde são imperfeitos com poucos recursos, fazendo com que a maioria da população escape às estatísticas oficiais por não receber assistência nos centros de saúde (Chipalanga, 2014).

Em Angola estão disponíveis os seguintes tipos de contraceção oral: contraceptivos orais combinados (COC) e contraceptivos orais de progesterona (COP). Com relação à contraceção de emergência estão disponíveis: Método de Yuzpe (combinação de progestagénio e de estrogénio), pílula combinada Microginon[®] (levonorgestrel 0,15mg e etinilestradiol 0,03 mg), dispositivo intrauterino (DIU) Tcu 380 A, e o contraceptivo oral de emergência (COE) Postinor[®] (levonorgestrel 1,5mg). Nos hospitais e centros de saúde públicos estes métodos são adquiridos com prescrição médica de forma gratuita (MINSa, 2013). Nas farmácias comunitárias encontram-se disponíveis os contraceptivos orais anteriormente citados que são comercializados mediante receita médica (dados da Ordem dos Farmacêuticos de Angola, 2011).

1.4.1 Contraceptivos Oraís Combinados (COC)

São pílulas que contêm baixas doses de duas hormonas - um progestagénio e um estrogénio. Funcionam impedindo a libertação dos óvulos pelos ovários, ou seja, inibindo a ovulação. Não há demora no retorno da fertilidade após a interrupção dos COC, mas não possuem qualquer

proteção contra as DST.

Ajudam a proteger contra os cânceros do endométrio e dos ovários, assim como, da doença inflamatória pélvica (DIP) sintomática, regulando o ciclo menstrual e prevenindo a formação de quistos nos ovários, diminuindo as perdas sanguíneas e, conseqüentemente, a incidência da DIP e da anemia por deficiência de ferro.

Praticamente todas as mulheres podem utilizar os COC com segurança e eficácia, embora o seu uso seja de evitar no período da amamentação e em mulheres fumadoras acima dos 40 anos, por aumentar o risco de acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, trombose venosa profunda ou embolia pulmonar. Entre os efeitos adversos, que por vezes desaparecem ao fim de alguns ciclos, há ainda os atribuídos aos estrogénios (cefaleias, irritabilidade, fadiga, náuseas, vômitos, cólicas abdominais, retenção hídrica, congestão varicosa, tensão mamária, aumento do risco de litíase biliar e de hepatomas) e aos progestagénios (tendências depressivas, hirsutismo, diminuição da libido, aumento de peso, aparecimento de acne).

1.4.2 Contraceptivos orais de progesterona (COP) - Microlut® (Levonorgestrel 0,03 mg)

São contraceptivos que contêm doses muito baixas de um progestogénio semelhante à hormona natural progesterona. Não contêm estrogénio e, por isso, podem ser usados durante toda a amamentação. Os COP também são conhecidos como “minipílulas”.

O seu mecanismo de ação inclui espessamento do muco cervical e interrupção do ciclo menstrual, interferindo com a ovulação.

Os efeitos adversos incluem alterações nos padrões menstruais (amenorreia pós-parto prolongada ou hemorragia frequente, irregular, ocasional, prolongada, ausência de menstruação), podendo ainda ocorrer cefaleias, tonturas, náuseas, alterações do humor, sensibilidade mamária e dor abdominal. Geralmente, não deve utilizar POCs a mulher que:

- ✓ amamenta há menos de 6 semanas após o parto,
- ✓ tem um trombo em veias profundas (membros inferiores, pulmões...),
- ✓ teve cancro da mama,
- ✓ teve infeção ou doença aguda no fígado,
- ✓ toma barbitúricos ou carbamazepina, oxcarbazepina, fenitona, primidona, topiramato ou rifampicina.

Contudo, quando outros métodos mais apropriados, não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis, um profissional de saúde qualificado, deve avaliar cuidadosamente a situação e as condições específicas em que a mulher pode decidir quanto ao seu uso. O profissional de saúde tem em consideração a gravidade de condição e, na maioria das situações, se a mulher terá acompanhamento.

1.4.3 Contraceção Oral de Emergência (COE) - Postinor® (levonorgestrel 1,5mg)

É uma contraceção que contêm só progestagénios. Funciona impedindo ou retardando a

ovulação. Não têm efeito caso a mulher já esteja grávida.

Não deve ser considerada um método contraceptivo de uso prolongado e o retorno da fertilidade após a ingestão de COE, é imediato. A mulher pode engravidar imediatamente após a toma de COE, uma vez que a sua ingestão previne somente a gravidez que pode ocorrer nos atos sexuais cometidos nas 72h anteriores. Para permanecer protegida contra a gravidez, a mulher deve iniciar outro método contraceptivo imediatamente.

Podem ocorrer alterações nos padrões de hemorragia menstrual, nomeadamente, hemorragia ligeiramente irregular, um a dois dias após a ingestão de COE ou hemorragia mensal que começa antes ou depois do esperado. Na semana posterior à ingestão de COE podem ocorrer náuseas, dores abdominais, sensação de fadiga, cefaleias, sensibilidade dos seios, tonturas e vômitos.

A COE é um recurso importante para a mulher que, não desejando engravidar, tem uma relação sexual desprotegida ou um acidente contraceptivo. Deve ser sempre oferecida, nos casos de violação através dos serviços competentes (OF, 2011).

2. Objetivos

Em Angola, não foram encontrados trabalhos, sobre a frequência do uso dos contraceptivos orais e do contraceptivo oral de emergência em alunas do ensino médio. Pela importância do tema acredita-se justificável e fundamental a realização deste estudo de modo a poder entender o fenómeno e contribuir com a divulgação dos nossos resultados para o desenvolvimento de programas mais adequados.

Objetivo geral

Com este estudo pretendeu-se descrever o uso dos contraceptivos orais e do contraceptivo oral de emergência em alunas das escolas do ensino médio de Luanda e avaliar o seu conhecimento sobre a sua toma e consequências.

Estabeleceram-se então os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever o uso dos contraceptivos orais em alunas do ensino médio de Luanda.
2. Descrever a utilização do contraceptivo oral de emergência.
3. Avaliar o grau de conhecimento sobre o uso de contraceptivos orais e as suas consequências.

3. Metodologia

3.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo, observacional, transversal e de conveniência, realizado nos meses de abril a novembro de 2015, em escolas do ensino médio da cidade de Luanda. Num universo de 31 escolas do ensino médio foram selecionadas 5 escolas.

Utilizaram-se questionários anónimos (Anexo I) e de autopreenchimento, estruturados em três secções com variáveis: 1) sociodemográficas; 2) pessoais e fisiológicas; 3) conhecimento sobre anticoncepcionais.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Ministério da Saúde de Angola e autorizado pelo Ministério da Educação e a Direção de cada escola selecionada para o estudo (Anexo II).

Pré-teste

Com o objetivo de garantir a compreensão pelas alunas de todos os itens a preencher, foram realizados dois pré-testes. O questionário foi aplicado a 47 alunas de uma das escolas selecionada para o estudo com a intenção de avaliar o nível de dificuldade no preenchimento, o grau de compreensão das perguntas e o tempo de resposta. Os dados das alunas que participaram do pré-teste não foram incluídos na análise de resultados.

3.2 Recolha de dados

Nas escolas selecionadas o projeto foi apresentado aos respetivos diretores e após a sua autorização, foi realizado um convite a todas as alunas do estabelecimento a participarem no estudo. Este convite foi acompanhado de uma explicação sobre o estudo, a sua importância e o seu carácter totalmente voluntário e anónimo. A todas as alunas que aceitaram participar no estudo foi solicitada a assinatura do formulário de consentimento informado elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia (Anexo III), tendo sido informadas da sua participação “voluntária e anónima, podendo desistir a qualquer momento”. As participantes foram agrupadas em salas de aulas vazias onde receberam uma breve explicação sobre o trabalho e como deveriam preencher o consentimento informado e o questionário

Durante a realização do questionário permanecia sempre na sala um membro da equipa de investigação que ao recebê-lo verificava se havia alguma resposta em branco. Se tal acontecesse a aluna era solicitada a terminar o preenchimento.

3.3 Análise estatística

A base de dados e a análise estatística foram realizadas com o programa Epi Info® versão 3.5.3.

A caracterização descritiva das variáveis foi feita através do cálculo de frequências absolutas e relativas (no caso das variáveis qualitativas) e pelas medidas de tendência central e de dispersão (no caso das variáveis quantitativas).

Para analisar a correlação entre variáveis qualitativas agrupadas em tabelas de contingência foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Em alternativa e quando justificado, recorreu-se ao teste exato de Fisher.

Para estudar a intensidade de associação entre variáveis utilizou-se o odds ratio com um intervalo de confiança de 95%, que pode ser interpretado como um indicador do risco relativo. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de p inferior a 0,05.

4 Resultados

4.1 Pré-teste

Dos 47 questionários realizados, só 7 foram preenchidos de forma correta. Como tal, foram alteradas algumas questões, no sentido de usar uma linguagem menos formal para melhor compreensão e adicionada a opção “NÃO SEI” nas questões relacionadas ao uso dos anticoncepcionais orais. Por estas razões, o questionário de 54 perguntas passou a ter 60 perguntas.

Após as alterações foi realizado novo pré-teste em 46 alunas das quais apenas 38 responderam de forma completa aos questionários.

Os dados das alunas que participaram do pré-teste não foram incluídos na análise de resultados.

4.2 Dados sociodemográficos da população do estudo

Houve boa aceitação da direção das escolas e responderam aos questionários 700 alunas. Na avaliação final foram excluídas 13 alunas (1 por ter idade inferior a 15 anos e 12 por terem idade superior a 24 anos). A média de idades foi de 17,8 ($\pm 1,96$) anos (Figura 1). O total de questionários analisados foi de 687.

O Anexo IV reúne a análise descritiva das variáveis efetuada com base nos questionários.

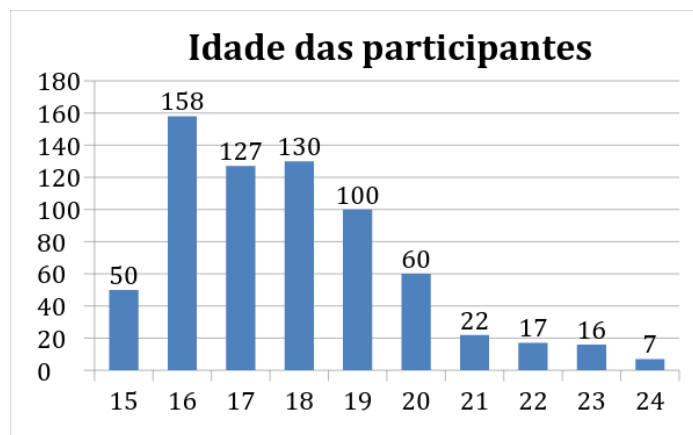


Figura 1. Frequência de idade das participantes (n=687).

A tabela 1 resume os dados sociodemográficos da população em estudo.

Tabela 1 - Resumo das características sociodemográficas da população

| Variáveis | n | % |
|---|----------|-------------|
| Município | | |
| Belas | 480 | 69,9 |
| Luanda | 107 | 15,6 |
| Viana | 56 | 8,2 |
| Cazenga | 31 | 4,5 |
| Cacuaco | 12 | 1,7 |
| Classe | | |
| 10 ^a classe | 410 | 59,7 |
| 11 ^a classe | 190 | 27,7 |
| 12 ^a classe | 71 | 10,3 |
| 13 ^a classe | 16 | 2,3 |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 678 | 98,7 |
| União de facto | 6 | 0,9 |
| Casada | 3 | 0,4 |
| Religião | | |
| Outra | 336 | 49,0 |
| Católica | 222 | 32,4 |
| Evangélica | 69 | 10,1 |
| Sem religião | 30 | 4,4 |
| Protestante | 25 | 3,6 |
| Espirita | 4 | 0,6 |
| Tempo de percurso ate ao serviço de saúde mais próximo | | |
| até 14 minutos | 162 | 23,6 |
| 15 a 29 minutos | 151 | 22,0 |
| 30 a 44 minutos | 155 | 22,6 |
| Mais de 45 minutos | 217 | 31,7 |
| Meio de transporte usado | | |
| A pé | 296 | 43,1 |
| Transporte coletivo | 193 | 28,3 |
| Carro privado | 186 | 27,1 |
| Outro | 11 | 1,6 |
| Género do chefe de família | | |
| Masculino | 512 | 74,6 |
| Feminino | 174 | 25,4 |
| Nível de ensino do chefe de família | | |
| Curso superior | 366 | 53,5 |
| Curso Médio | 165 | 24,1 |
| Secundário | 88 | 12,9 |
| Primário | 33 | 4,8 |
| Alfabetização | 32 | 4,7 |

As 687 alunas eram provenientes das seguintes escolas:

- ✓ Instituto Médio de Economia de Luanda (IMEL): 172 alunas (25,0%)

- ✓ Instituto Médio Técnico de Hotelaria e Turismo (IMTHT): 182 alunas (26,9%)
- ✓ Escola de Formação de Técnico de Saúde do Kilamba (EFTSK): 86 alunas (12,5%)
- ✓ Instituto Médio de Administração e Gestão (IMAG): 162 alunas (23,6%)
- ✓ Escola de Formação de Professores de Educação Física (INEF) 82 alunas (11,9%).
- ✓ As escolas inquiridas são da Província de Luanda. As alunas residem nos municípios de Belas (n:391; 57,0%), Kilamba Kiaxi (n:81; 12,0%), Viana (n:56; 8,0%), e outros (n:152; 22,2%). A maioria das alunas frequenta a 10^o classe (n:410; 60,0%), sendo a 13^o classe a menos representada (n:16; 2,0%).

A orientação religiosa das alunas é na sua maioria não católica (n= 434; 63,3%), sendo católica em cerca de 1/4 (n= 222; 32,4%).

A quase totalidade das alunas é solteira (n:678; 98,7%) e só 6 (0,9%) vive em união de facto, sendo 3 (0,4%) casadas. Mais da metade (n:529; 77,0%) já namorou e destas, 383 (56,0%) respondeu namorar atualmente.

A média de pessoas com que as alunas vivem no domicílio é de 6,8 ($\pm 2,4$) pessoas, sendo que 517 (75,4%) são filhas do chefe de família [estes são do sexo masculino (n:512; 74,6%) e (n:366; 53,5%) tem um curso superior].

Do local onde residem até à unidade de saúde mais próxima, a pé, as alunas (n:217; 31,7%) fazem-no em 45 min. Na unidade de saúde, a maioria (n: 495; 72,1%) recebeu atendimento, mas não relacionado com sexualidade, gravidez, DST e/ou SIDA.

Apenas 7,3% (n= 50) refere nunca ter estado num posto de saúde.

4.3 Dados fisiológicos e de contraceção da população do estudo

A quase totalidade da população já teve a primeira menstruação (n= 682; 99,4%), sendo que só 4 (0,6%) declararam que não. A média de idade do aparecimento da primeira menstruação foi 13 ($\pm 1,5$) anos.

Na população estudada, 334 alunas (48,7%) já tiveram relações sexuais e as restantes (n= 352; 51,3%) não. A média de idades na primeira relação sexual foi de 16,3 ($\pm 1,8$) anos.

Das 334 alunas que iniciaram a sua vida sexual, 269 (80,5%) usaram algum método contraceptivo, sendo que o mais usado foi o preservativo masculino (n= 266; 85,3%) e apenas 72 (10,6%) usa (ou alguma vez usou) pílula anticoncepcional (média início de utilização: 17,9 \pm 2,2 anos). Das 72 (10,6%) alunas que usam ou usaram a pílula anticoncepcional, 46 (58,3%) adquiriu-a com o farmacêutico na farmácia ou clínica particular.

Apenas 9,4% (n=64) das alunas refere ter recorrido ao uso de anticoncepcional de emergência.

Das 687 alunas apenas 69 (10,1%) declarou já ter estado grávida, com uma média de idade na primeira gravidez de 18 anos, das quais 59 (84,3%) referem ter engravidado uma vez e 3 (4,3%) mais de duas vezes. Das que referiram ter engravidado, 34 (49,3%) afirma ter sido uma

gravidez indesejada sem utilizar contraceção, e 20 (28,9%) utilizou contraceção.

Das 35 (5,1%) alunas que responderam já ter abortado, 14 (40%) afirmaram ter sido aborto espontâneo e 22 (62,8%) afirmaram ter sido aborto provocado. Das 39 (5,7%) que referiram ter filhos, a maioria tem 1 filho (n= 34; 89,5%) e apenas uma tem 3 filhos.

4.4 Conhecimento sobre contraceção

Mais de metade das alunas 547 (79,6%) conhecia métodos contraceptivos ou métodos para evitar DST. A Figura 2 mostra a distribuição de frequências das alunas que ouviram falar de algum método contraceptivo. Os mais citados foram o preservativo masculino (n=637; 92,7%) e a pílula (n= 551; 80,2%). Com relação aos métodos para evitar DST o método mais citado foi o uso de preservativo masculino (n= 646; 94,0%).

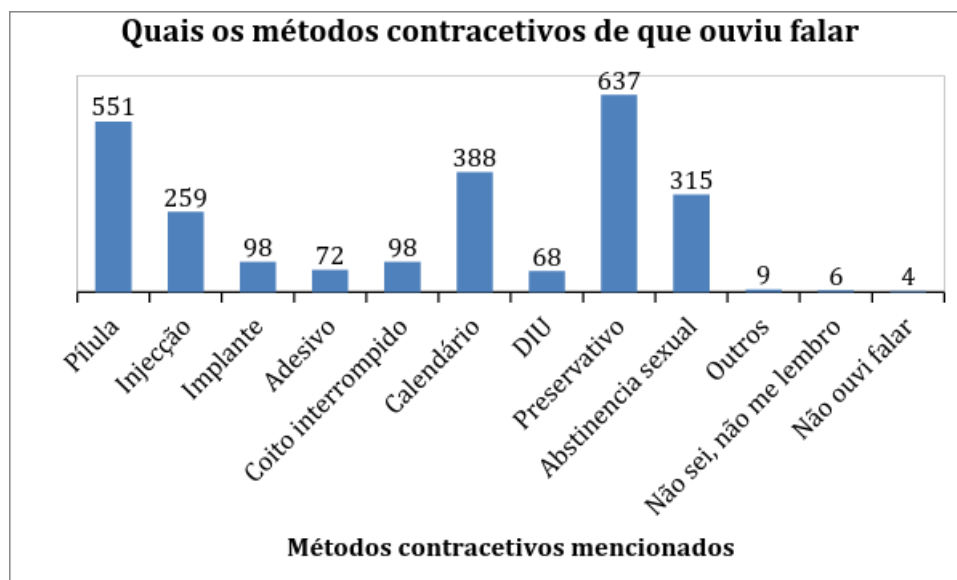


Figura 2 - Distribuição de frequências dos métodos contraceptivos que conhecem.

A principal fonte de informação sobre como evitar as DST e o SIDA foram os órgãos de difusão massiva (televisão, rádio, jornais, revistas) (n= 372; 54,1%), seguidos da fonte materna (n= 254; 37,0%).

Na escola, as aulas foram referidas como a principal fonte de informação de como evitar a gravidez (n= 530; 77,1%) das quais a maioria referiu as disciplinas de Educação Moral e Cívica (n=157; 31,9%) e de Formação de Atitudes Integradoras (n= 116; 23,6%).

As respostas consideradas como corretas nas perguntas 51 a 54 do questionário aplicado para avaliar o grau de conhecimento das alunas sobre os CO encontram-se representadas na tabela 2.

Tabela 2: Respostas consideradas corretas no questionário sobre os contraceptivos orais (CO)

| | Questões | Sim | Não |
|------------------|--|-----|-----|
| Como tomar | Se esquecer de tomar a pilula anticoncepcional um dia deve-se tomar 2 juntas no dia seguinte no mesmo horário? | | X |
| | A pílula anticoncepcional deve ser tomada somente no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual? | | X |
| Contraindicações | Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pilula anticoncepcional? | X | |
| | Mulheres que tem tensão alta ou problemas no coração podem usar a pilula anticoncepcional? | X | |

Verificou-se que as alunas demonstraram ter pouco conhecimento sobre a utilização correta dos CO, como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3: Respostas sobre conhecimento sobre os contraceptivos orais hormonais

| | Questões | Resposta Correta n (%) | Resposta Incorreta n (%) | Incerteza n (%) |
|------------------|--|------------------------|--------------------------|-----------------|
| Como tomar | Se esquecer de tomar a pilula anticoncepcional um dia deve-se tomar 2 juntas no dia seguinte no mesmo horário? | 55 (8,1) | 27 (4) | 601 (88) |
| | A pílula anticoncepcional deve ser tomada somente no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual? | 71 (10,4) | 41 (6) | 571 (83,6) |
| Contraindicações | Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula anticoncepcional? | 21 (3,1) | 63 (9,2) | 602 (87,8) |
| | Mulheres que tem tensão alta ou problemas no coração podem usar a pilula anticoncepcional? | 14 (2) | 97 (14,1) | 575 (83,8) |

Em relação ao uso de contraceptivos de emergência, e de acordo com as respostas às perguntas 59 e 60 consideradas corretas (Tabela 4), verificou-se que o conhecimento era praticamente nulo, como pode ser verificado nas Figuras 5 e 6 respectivamente.

Tabela 4: Respostas consideradas corretas no questionário sobre os contraceptivos orais de emergência.

| A. | Em que intervalo de tempo acha que deve ser tomado o contraceptivo de emergência? | Sim | Não |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Antes da relação sexual desprotegida | | X |
| 2 | Imediatamente depois da relação sexual | X | |
| 3 | Na manhã seguinte | | X |
| 4 | De 4 a 12 horas após a relação sexual | | X |
| 5 | Dois dias depois | | X |
| 6 | Uma semana após a relação sexual | | X |
| B. | Quais os principais riscos que corre uma mulher ao tomar o anticoncepcional de emergência? | | |
| 1 | Aborto | | X |
| 2 | Infertilidade | | X |
| 3 | Esterilidade | | X |
| 4 | Náuseas/enjoo e vômitos | X | |
| 5 | Gravidez ectópica | | X |

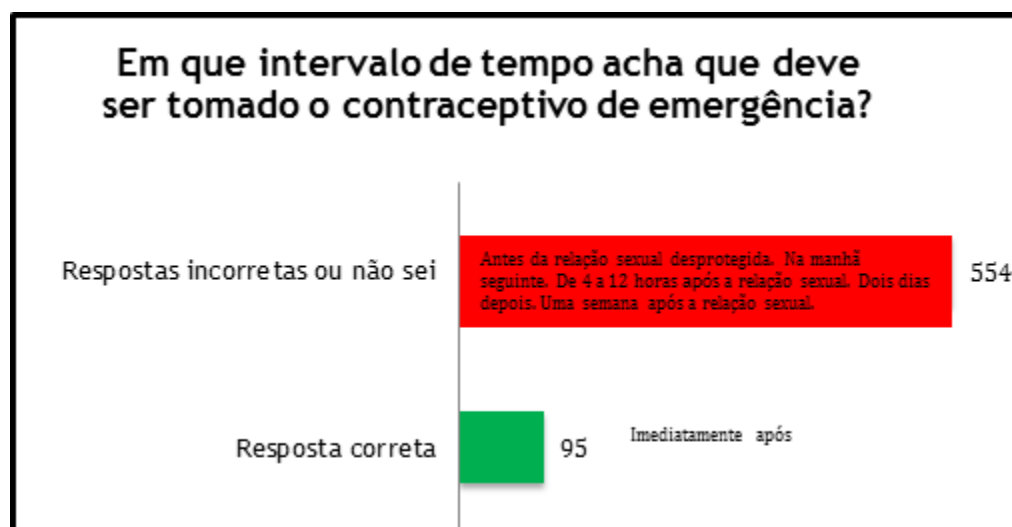


Figura 3: Respostas à pergunta “Em que intervalo de tempo deve ser tomado o contraceptivo de emergência?” (n= 649)

Apesar de 95 alunas ter respondido “sim” à opção correta em relação ao intervalo de tempo

de ser tomado o contraceptivo de emergência, quando se avaliou as respostas às outras opções verificou-se que nenhuma aluna respondeu “não” a todas as opções incorretas.

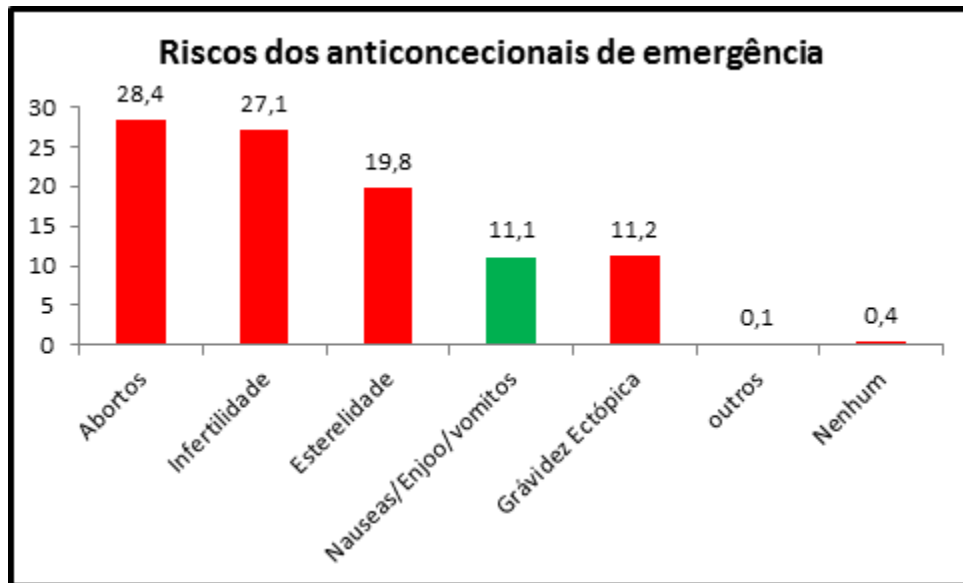


Figura 4 - Riscos dos anticoncepcionais de emergência referidos pelas participantes.

A mesma situação foi verificada em relação aos riscos: apesar de 76 alunas (11,1%) terem respondido a opção correta, apenas 8 (1,2%) assinalaram unicamente a resposta correta.

4.5 Perfis de utilização de contraceção hormonal

Na nossa análise foram traçados dois perfis: as alunas que usam ou já usaram contraceptivos orais (n= 72; 10,6%) e as que nunca usaram contraceptivos orais (n= 610; 89,4%). A análise das variáveis de associação consta do Anexo V.

As alunas que responderam usar ou já ter usado anticoncepcionais orais são adolescentes que iniciaram o seu uso na faixa etária dos 15-19 anos (n=46; 63,9%); na sua maioria frequentam a 10ª classe (n=30; 41,7%), todas namoram ou já namoram (n=72). Tiveram a sua primeira relação sexual entre os 15-19 anos (n=58; 80,5%) e perto da metade (n=34; 47,2%) tem como chefe de família alguém que frequenta ou possui o ensino superior. Foram testadas estas associações e obteve-se uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o uso de contraceção (p=0,000), sendo que as alunas mais velhas têm maior probabilidade de usar contraceção.

Também encontrámos uma associação estatisticamente significativa entre o uso de anticoncepcionais orais e a escolaridade (p=0,0011). Pelo contrário não foi encontrada uma associação entre o uso de contraceptivo oral e a idade na primeira relação sexual (p=0,38) ou

com o grau de escolaridade do chefe de família ($p=0,75$).

Em relação a contraceção de emergência podemos caracterizar o perfil das alunas que responderam já ter usado ($n=64$; 9,3%) como sendo adolescentes que iniciaram o seu uso na faixa etária dos 15-19 anos ($n=40$; 62,5%); na sua maioria frequentam a 10ª classe ($n=28$; 43,8%) e todas namoram ou já namoraram ($n=64$; 100%). Tiveram a sua primeira relação sexual entre os 15 e os 19 anos ($n=53$; 82,8%) e perto de metade ($n=28$; 43,8%) tem como chefe de família alguém que frequenta ou possui o ensino superior.

Feitas as associações foi observada uma relação estatisticamente significativa entre o uso de contraceção de emergência e a idade ($p=0,000$) e a escolaridade ($p=0,008$). Pelo contrário não há associação entre o uso de contraceção de emergência e a idade da primeira relação sexual ($p=0,2$) ou a escolaridade do chefe de família ($p=0,3$).

5. Discussão

A maior parte das alunas inquiridas é adolescente, solteira, estuda na 10^a classe, pratica uma religião não católica (67,7%) e vive com um chefe de família do sexo masculino em agregados familiares de 6,8 pessoas.

De acordo com o último recenseamento da população e habitação (CENSO, 2014) a maioria da população residente no país é jovem: a junção dos grupos etários dos 0-14 anos de idade e dos 15-24 anos de idade corresponde a cerca de 65% da população. O estado civil “solteiro” caracteriza a maior parte da população com 12 ou mais anos de idade (46%). A média de pessoas por domicílio é de 4,6 pessoas, para cada agregado familiar, sendo a maioria dos agregados familiares chefiada por homens (68%). Em relação à religião, a principal religião praticada em Angola é a religião católica (41%).

No nosso estudo 75,4% das alunas é filha do chefe de família, e 53,5% destes frequentam ou frequentaram um curso superior. Os resultados do CENSO (2014) apontam para que somente 3% dos chefes de família frequentou o ensino superior, a maioria (25%) não frequentou nenhum nível de ensino, o que contradiz os nossos resultados. Tal contradição existe pelo facto de os dados do CENSO representarem a população do país enquanto a nossa amostra apenas incluiu jovens da província de Luanda.

Do local onde reside até ao posto de saúde mais próximo a maioria das alunas vai a pé (43,1%) e leva mais de 45 min (31,7%) a chegar. Mais de metade das alunas (72,1%) recebeu ou procurou atendimento não relacionado com a sexualidade, DST e SIDA. O motivo mencionado pelas alunas para não se dirigirem ao posto de saúde em caso de problema relacionado com a sexualidade foi o facto de a equipa de saúde não tratar os adolescentes com respeito e atenção (33,9%). Este aspeto já antes foi mencionado em alguns estudos, em que os investigadores indicam que as atitudes dos profissionais de saúde também contribuem para a não utilização de contraceptivos por adolescentes (Ramathuba et al., 2012).

Cerca de metade das participantes (48,7%) respondeu já ter tido relações sexuais. A média de idade na primeira relação sexual foi de 16,3 ($\pm 1,8$) anos o que vai de encontro com os dados do IBEP (2011) que afirmou que o início da vida sexual é muito precoce na população sexualmente ativa em Angola. Quase todos os jovens tiveram pelo menos uma relação sexual antes dos 18 anos (90,2 % da população sexualmente ativa). Ainda de acordo com o IBEP (2011) as mulheres começam a vida reprodutiva muito cedo e a idade mediana do nascimento do primeiro filho é 18 anos a nível nacional.

Das participantes sexualmente ativas apenas 10,1% declarou já ter estado grávida sendo que metade (5%) teve uma gravidez indesejada sem utilizar contraceção e 2,9% (n=20) teve gravidez indesejada utilizando contraceção. Metade das adolescentes diz ter abortado e mais

da metade dos abortos foram provocados. Nos últimos anos, a incidência da gravidez na adolescência vem aumentando significativamente em todo mundo (Dadoorian, 2003). De acordo com Santos e Silva (2000), as estatísticas comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens, o que contradiz os nossos resultados. No entanto, temos de ter em conta o estudo realizado por Chipalanga (2014) que concluiu que 34% das adolescentes grávidas abandonam os estudos tendo como principal razão a gravidez, o que resulta numa concordância com os estudos de Faria e Zanetta (2008) que reforçam esta ideia ao mostrar um abandono escolar prévio à gravidez na ordem de 47%. Estes dados evidenciam ainda a relação entre gravidez e abandono escolar, onde se acredita que a gravidez leva a um agravamento da situação socioeconómica das adolescentes e limita as suas possibilidades na qualificação e inserção no mundo laboral que é cada vez mais exigente, provocando uma dependência em relação ao companheiro ou à família (Chipalanga, 2014).

Das alunas que já iniciaram a sua vida sexual, mais de metade (80,5%) diz usar algum método para evitar gravidez e de entre eles o mais usado é o preservativo masculino com 85,3%. Apenas 10,6% das jovens usam ou alguma vez usaram anticoncepcionais orais. A média de idade de início de sua utilização é de 17,9 anos. De acordo com o SANYRBS 2008 (Inquérito Sul-Africano sobre o Risco de Jovens), apenas 45% dos adolescentes sexualmente ativos usaram um preservativo durante a última relação sexual, enquanto 18% não usaram qualquer forma de contraceção.

A literatura apresenta resultados contraditórios sobre os efeitos de conhecimento sobre sexo e fertilidade na contraceção de adolescentes (Bruckner et al., 2004). Estudos no Nepal e na África do Sul mostram que a falta de conhecimento adequado e conscientização do uso de contraceptivos eficazes entre as estudantes resulta na não utilização de contraceptivos (Coetzee, 2015).

Mais de metade das alunas conhecia métodos contraceptivos ou para evitar DST na primeira relação sexual. Os mais citados foram o preservativo masculino e a pílula anticoncepcional. Com relação aos métodos para evitar DST de que ouviram falar, o método mais citado foi o uso do preservativo. As principais fontes destas informações são os órgãos de difusão massiva (televisão, rádio, jornais e revistas) e a segunda principal fonte de informação foi a mãe. Ramathuba e colaboradores (2012) obtiveram resultados semelhantes sendo as principais fontes de informação das adolescentes os seus pais e os meios de comunicação.

Apesar de conhecerem ou já terem ouvido falar dos principais métodos contraceptivos e de evitar DST, nas perguntas sobre como tomar a pílula anticoncepcional as alunas demonstraram ter pouco conhecimento e as questões foram respondidas maioritariamente com a opção “NÃO SEI”. Um dos principais problemas relacionados com o uso anticoncepcionais orais é a

falta de conhecimento sobre o procedimento correto ao esquecer-se de tomar um comprimido (Paniz et al. 2005). Pesquisas indicam que as mulheres pouco sabem a respeito dos métodos aos quais se referem espontaneamente (Moraes Filho et al. 1997). Pelo facto de as adolescentes não terem conhecimentos corretos sobre métodos contraceptivos, acabam perpetuando mitos, como a ideia de que o DIU atrapalha a relação sexual ou que o coito interrompido é eficaz na prevenção de gravidez. Dessa forma, o conhecimento inadequado sobre as diversas possibilidades contraceptivas atua como um fator de resistência ao uso. Do mesmo modo, um alto nível de conhecimento sobre contraceção não determinará nenhuma mudança de comportamento se os métodos contraceptivos não estiverem acessíveis à livre escolha dos adolescentes (Martins L, 2006).

Com relação ao uso de anticoncepcional de emergência apenas 9,4% afirma já ter usado. Este resultado é semelhante ao encontrado num estudo realizado na Nigéria por Babatunde e colaboradores (2016) que também refere a baixa prevalência no uso de contraceção de emergência (12,8%) nas adolescentes dos 10 aos 19 anos. Uma maior prevalência no uso de CE foi relatada em estudos realizados em países mais desenvolvidos uma vez que são conhecidos por terem melhores sistemas de informação e conscientização em relação à saúde em relação aos países em desenvolvimento (Babatunde et al. 2016).

Vários estudos têm demonstrado que o medo dos efeitos adversos dos contraceptivos modernos tem sido a razão mais comum para a não utilização de contraceção de emergência. As campanhas de sensibilização devem ser encorajadas e instituídas para melhorar o conhecimento e a utilização da CE entre os adolescentes, especialmente nos países em desenvolvimento (Babatunde et al. 2016).

Nos nossos resultados os fatores que mostraram ter influência no uso de contraceptivos orais e contraceptivos de emergência foram a idade e o nível de escolaridade: quanto maior a idade e o nível de escolaridade maior a probabilidade de uso de contraceptivos orais e de contraceptivos de emergência.

Entre as alunas que estavam cientes sobre CE, o conhecimento do tempo correto no qual deveria ser usado era geralmente deficiente (14,6%). Isto foi semelhante aos resultados de Babatunde e seus colaboradores (2016) no estudo realizado na Nigéria (33,3%). O fraco conhecimento do horário correto do uso do contraceptivo de emergência poderia inibir alguém que ainda pudesse prevenir uma gravidez de tomar o contraceptivo de emergência, porque achavam que haviam perdido sua "janela" de eficácia (Babatunde et al. 2016)

A maioria das alunas assinalou desconhecer os principais riscos e efeitos adversos do contraceptivo de emergência; dos mencionados erradamente destacaram-se o aborto com 28,4 % e a infertilidade com 27,1 %.

Diversos conceitos errôneos sobre CE entre adolescentes foram relatados num estudo realizado na Inglaterra, desde vê-lo como abortivo a vê-lo como um veneno (Babatunde et al. 2016). Dados da OMS (2007) referem que algumas utilizadoras relatam alterações nos padrões de sangramento, náuseas, dor abdominal, fadiga, dores de cabeça, sensibilidade dos seios, tontura e vômitos.

6. Limitações, pontos fortes e perspectivas futuras

A primeira limitação deste trabalho tem a ver com a extensão do questionário, pois nem todas as perguntas se mostraram relevantes para o estudo. Igualmente a extensão do questionário pode ter originado por um lado respostas menos pensadas e por outro o assinalar de respostas/alternativas ao acaso.

A segunda limitação é o facto de o estudo ter sido efetuado apenas em escolas da província de Luanda, o que pelas suas características particulares pode criar um viés e como tal os resultados obtidos não poderem ser aplicáveis a outros contextos e outras realidades.

Por ultimo o espaço de reunião das alunas para responderem ao questionário, ou seja, o facto de colocarmos as alunas no mesmo espaço pode indiretamente ter-lhes feito sentir alguma pressão para responder de um modo socialmente aceitável. Além disso, é possível ter ocorrido viés de informação em relação ao comportamento sexual, uma vez que o questionamento sobre vida sexual é um assunto de natureza íntima e pode causar constrangimento e desconfiança quanto ao sigilo das informações coletadas. Porém, alguns cuidados foram tomados no sentido de minimizar essa limitação: questionários anónimos, participação voluntária, compromisso verbal e escrito do carácter confidencial das informações obtidas, aplicação do questionário sem a participação de professores ou funcionários em sala de aula.

Como pontos fortes é importante referir que existem poucos dados sobre esta temática em Angola e por se ter obtido uma amostra considerável o nosso estudo poderá servir de referência para trabalhos futuros.

Perspetivas futuras

Pretende-se:

1. Reduzir o questionário para reduzir o tempo de resposta e facilitar a compreensão do mesmo;
2. Continuar o estudo em outras localidades, nomeadamente em zonas rurais para poder ter uma visão mais abrangente e representativa da população angolana;
3. Incluir as adolescentes que não estudam, e constituem um grupo extremamente vulnerável uma vez que na maioria dos estudos verificou-se que a escolaridade está fortemente associada a maior conhecimento e uso de métodos contraceptivos (Martins L, 2006);
4. Desenvolver manuais e ou folhetos para ajudar na divulgação da informação nas escolas.

7. Conclusão

Constatou-se que a utilização de métodos anticoncepcionais orais pelas alunas é reduzida sendo o método mais utilizado o preservativo masculino.

No que refere ao conhecimento mais de metade das alunas conheciam métodos contraceptivos ou métodos para evitar DST, tendo como principal fonte de informação os órgãos de difusão massiva e a fonte materna. Entretanto, apesar de os conhecer ou já ter ouvido falar, demonstraram ter pouco ou mesmo nenhum conhecimento sobre o uso correto e sobre os principais efeitos adversos e riscos.

Relativamente aos riscos da utilização da CE a maioria assinalou desconhece-los, dos mencionados erradamente destacaram-se o aborto e a infertilidade.

Salienta-se que durante a realização do trabalho foi demonstrado um grande interesse por parte das alunas em ter maior acesso a estas informações. Assim sendo há uma necessidade premente de criar um plano de prevenção e aconselhamento sobre a utilização de contraceptivos orais e do contraceptivo oral de emergência de forma a contribuir para que as adolescentes escolham o método mais adequado, bem como, utilizar de forma correta o método escolhido.

8. Bibliografia

1. Alves A, Lopes M, Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários, *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008 Agos 2: 61 (2): 170-7.
2. Asaolu IO, Okafor CT, Ehiri JC, Dreifuss HM and Ehiri JE Association between Measures of Women's Empowerment and Use of Modern Contraceptives: An Analysis of Nigeria's Demographic and Health Surveys. *Front. Public Health* Jan 2017 4:293.
3. Babatunde O A, Ibirongbe D O, Omede O, Babatunde O O, Durowade K A, Salaudeen A G, e Akande T M, Knowledge and use of emergency contraception among students of public secondary schools in Ilorin, Nigeria *Pan African Medical Journal*. 2016; 23:74
4. Blackstone S R, Nwaozuru U, and Iwelunmor J, Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *International quarterly of community health education* (2017)
5. Bruckner, H., Martin, A, Bearman S, 2004, 'Ambivalence and pregnancy: Adolescents' attitudes, contraceptive use and pregnancy', *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(6), 248-257.
6. Capurchande R, Coene G, Schockaert I, Macia M and Meulemans H, "It is challenging... oh, nobody likes it!": a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults' experiences with contraception. *BMC Women's Health* (2016) 16:48
7. Chambala E. Gravidez e maternidade na adolescência vivências de jovens angolanas (dissertação). Coimbra: Universidade de Coimbra; 2015.
8. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu A. Interventions for emergency contraception (Review): The Cochrane Collaboration and published. *The Cochrane Library* 2012.
9. Chipalanga S, Gravidez na adolescência em Angola: Estudo do funcionamento familiar e satisfação com a vida (dissertação). Coimbra: Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2014.
10. Coetzee H, e Ngunyulu N, 'Assessing the use of contraceptives by female undergraduate students in a selected higher educational institution in Gauteng'. 2015 Nov 26; 38(2):7.
11. Cooper D, Harries J, Moodley J, Constant D, Hodes R, Mathews C, Morroni C, Hoffmann M. Coming of age? Women's sexual and reproductive health after twentyone years of democracy in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2016; 24:79-89
12. Corrêa D, Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos: Inquérito populacional telefónico (dissertação). Belo Horizonte (MG): Escola de enfermagem da UFMG; 2012.
13. Costa NFP, Ferraz E, Souza C, Silva C, Almeida M. Acesso à anticoncepção de emergência. Velhas barreiras e novas questões. *Revista Brasileira Ginecologia e obstetrícia* 2008 Fev 15: 30 (2): 55-60.

14. Dadoorian D. (2003). Gravidez na adolescência:Um novo olhar. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 21(3), 84-91.
15. Dawson A, Tran N-T, Westley E, Mangiaterra V, Festin M, Improving Access to Emergency Contraception Pills through Strengthening Service Delivery and Demand Generation: A Systematic Review of Current Evidence in Low and Middle-Income Countries. 2014; 9(10).
16. Decker M and Constantine N A. Factors Associated with Contraceptive Use in Angola. *African Journal of Reproductive Health* December 2011; 15(4)
17. Department of Health, Republic of South Africa: South African Demographic and Health Survey, 1998 Pretoria: Department of Health; 2001.
18. Faria S, Zanetta T, (2008) Perfil das mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados de assistência pré-natal. *Arquivos ciências saúde*, 14(1), 17-23.
19. Humbwavali JB. Situação de saúde de mães e crianças em um município da periferia de Luanda, Angola, e a potencial contribuição dos agentes comunitários de saúde (dissertação). Porto Alegre: Universidade federal do Rio grande do sul UFRGS; Dezembro 2011.
20. Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População, IBEP Relatório Analítico - Vol. III Perfil da Pobreza. INE. Luanda, Angola - 2013
21. Instituto Nacional de Estatística (2011) *Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População* IBEP. Luanda Relatório Vol. II
22. Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSÁ), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MINPLAN) e ICF International. 2016. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016. Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA.
23. Martins L, Costa-Paiva L, Osis M, Sousa M, Neto A, e Tadini V, Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev. Saúde Pública* vol.40 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2006
24. Mda P, O'Mahony D, Yogeswaran P and Wright G. Knowledge, attitudes and practices about contraception amongst schoolgirls aged 12-14 years in two schools in King Sabata Dalindyebo Municipality, Eastern Cape. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2013; 5(1).
25. Ministério da Saúde. (2013) *Guia de Bolso de Planeamento Familiar para Trabalhadores da Saúde*. Luanda
26. Moraes Filho OB, Albuquerque RM, Hardy E. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. *Rev IMIP* 1997;11(1):32-41.
27. Morroni C, Tibazarwa K, Myer L: Combined condom and contraceptive use among South African women. *S Afr Med J* 2006, 96:620-622.
28. Myer L, Mlobeli R, Cooper D, Smit J and Morroni C. Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa: *BMC Women's*

- Health 2007 Sep; 7:14.
29. Ordem dos Farmacêuticos. (2011). Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência. OF. Lisboa.
 30. Paniz V, Fassa A, Silva M. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil: Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro 2005 Nov-Dez;21(6):1747-1760.
 31. Ramathuba D, Khoza, L, e Netshikweta M, 'Knowledge, attitudes and practice of secondary school's girls towards contraception in Limpopo Province', 2012 Jul 11; 35(1), 7.
 32. Santos M, e Silva M. (2000). Estou grávida e agora? Relato de experiência na consulta de enfermagem. Revista Projecto Acolher: Um encontro de enfermagem com adolescentes brasileiros (pp. 176- 182). Brasília.
 33. Singh S., Sedgh G., and Hussain R., 2010 Dez, 'Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes', Studies in Family Planning, 41 (4)
 34. Smith LFP, Whitfield M J, Women's knowledge of taking oral contraceptive pills correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. British Journal of General Practice, 1994 Dec; 45, 409-414.
 35. Tabane N, e Peu M, 'Perceptions of female teenagers in the Tshwane District on the use of contraceptives in South Africa' 2015 Out 22; 38(2), 7.
 36. Tavares C, Kanikadan P, Alencar A, Schor N. Início da vida sexual de adolescentes da ilha de Santiago, Cabo Verde - África Ocidental. Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano 2011 Agosto 19; 21(3): 771-779
 37. Tesfaye T, Tilahun T, Girma E. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptive among women who seek abortion care at Jimma University specialized hospital, southwest Ethiopia. BMC Women's Health 2012 Mar; 12:3.
 38. Wannmacher L, Contraceção de emergência: evidências *versus* preconceitos. Uso Racional de Medicamentos 2005 Maio: 2 (6).
 39. Westley E, Kapp N, Palermo T, Bleck J, A review of global access to emergency contraception, Int J Gynecol Obstet (2013).

7 Na casa onde vive qual é o rendimento médio mensal (AKZ):

- 5.000 – 10.000
- 10.000 – 50.000
- 50.000 – 100.000
- mais de 100.000
- Não sei

8 Qual é o seu estado civil:

- Solteira
- Casada
- Vive com companheiro
- Separada
- Divorciada
- Viúva
- Outro. Qual? _____

9 Já teve a sua primeira menstruação:

- Não
- Sim

10 Que idade tinha quando teve a primeira menstruação: _____

11 Já ficou grávida:

- Não
- Sim

12 Se já ficou grávida, qual a idade na primeira gravidez: _____ anos

13 Quantas vezes ficou grávida:

- 1
- 2
- mais de 2

14 Teve alguma gravidez indesejada:

- Não
- Sim, utilizando método anticoncepcional
- Sim, sem utilizar método anticoncepcional

15 Tem filhos:

- Não
- Sim

16 Se sim, quantos filhos tem:

- 1 filho
- 2 filhos
- 3 filhos
- 4 ou mais filhos

17 Já teve algum aborto:

- Não
- Sim

18 Se já teve algum aborto, quantos abortos espontâneos: _____

19 Se já teve algum aborto, quantos abortos provocados: _____

20 Qual o seu grau de parentesco com o Chefe de Família:

- Cônjuge (Esposa)
- Filha
- Irmã
- Neta/ Bisneta
- Sobrinha
- Enteada
- Outro. Qual: _____
- Sem parentesco

21 Qual o número total de pessoas que mora na sua casa (incluindo você e os seus pais, se moram todos na mesma casa)? _____ pessoas.

22 Qual é a idade do responsável (chefe) pela família? _____ anos.

23 Qual é o sexo do responsável (chefe) pela Família:

- Masculino
- Feminino

24 Qual é o nível de ensino mais elevado que o responsável (chefe) de família frequentou ou frequenta?

- Alfabetização
- Primário
- Secundário
- Curso médio
- Curso superior

25 Você já namorou?

- Não
- Sim,

Se sim:

Qual sua idade no primeiro namoro? _____

Ainda mantém esse relacionamento? Não Sim

| | |
|----|--|
| 26 | Hoje namora? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, há quanto tempo? _____ |
|----|--|

| | |
|----|--|
| 27 | Se sim, que idade tem o seu namorado? _____ anos |
|----|--|

| | |
|----|---|
| 28 | Se sim, ele estuda? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
|----|---|

| | |
|----|-------------------------------------|
| 29 | Se sim, em que classe estuda: _____ |
|----|-------------------------------------|

| | |
|----|---|
| 30 | Você já alguma vez teve relações sexuais? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Se sim, com que idade teve a primeira relação sexual? _____ |
|----|---|

| | |
|----|---|
| 31 | Com quem é que teve a sua primeira relação sexual? <input type="checkbox"/> Namorado <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Noivo <input type="checkbox"/> Marido <input type="checkbox"/> Outro. Quem? _____ |
|----|---|

| | |
|----|---|
| 32 | Foi de comum acordo entre os dois? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Eu forcei a situação <input type="checkbox"/> Ele forçou a situação <input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? _____ |
|----|---|

| | |
|----|--|
| 33 | Como ocorreu a sua primeira relação sexual? <input type="checkbox"/> Planeada <input type="checkbox"/> Aconteceu <input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? _____ |
|----|--|

| | |
|-----------|---|
| 34 | Quem foi a primeira pessoa a quem você contou sobre a sua primeira relação sexual? <input type="checkbox"/> Minha mãe <input type="checkbox"/> Meu pai <input type="checkbox"/> Professor <input type="checkbox"/> Meu/ minha vizinho(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Outra pessoa. Quem? _____ <input type="checkbox"/> Não contei a ninguém |
| 35 | Os seus pais sabem (sabiam) que você tem (tinha) vida sexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Só minha mãe sabia <input type="checkbox"/> Só meu pai sabia |
| 36 | Quanto tempo você poderá demorar a ir ao serviço de saúde mais próximo do seu domicílio (residência)? <input type="checkbox"/> 0 a 14 minutos <input type="checkbox"/> 15 a 29 minutos <input type="checkbox"/> 30 a 44 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 45 minutos |
| 37 | Que meio de transporte você utiliza, geralmente, para ir ao serviço de saúde mais próximo? <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Carro privado <input type="checkbox"/> Autocarro <input type="checkbox"/> Transporte colectivo (candongueiro) <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |
| 38 | Que tipo de atendimento você já recebeu no posto de saúde ou centro de saúde? (marque todas as respostas que considerar correctas) <input type="checkbox"/> Tratamento de doenças sexualmente transmissíveis <input type="checkbox"/> Informações sobre como evitar a gravidez <input type="checkbox"/> Receber método para evitar a gravidez <input type="checkbox"/> Informações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Sida <input type="checkbox"/> Consulta pré natal ou pós-parto <input type="checkbox"/> Outro tipo de atendimento não relacionado com a sexualidade, gravidez ou DST/ Sida <input type="checkbox"/> Nunca esteve no posto de saúde |
| 39 | Você conhecia métodos ou maneiras de evitar filhos ou evitar doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo Sida e outras) na sua primeira relação sexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei/ Não me lembro |

40 Quais os métodos ou maneiras de evitar filhos que você já ouviu falar? (marque todas as respostas que considerar correctas)

- Pílula
- Camisinha
- Injecção
- Implante
- Adesivo
- Coito interrompido (se vir fora)
- Calendário
- Abstinência sexual (não ter relações sexuais)
- DIU (Dispositivo Intra Uterino)
- Não sei/ não me lembro
- Não ouvi falar
- Outro. Qual? _____

41 Quais os métodos ou maneiras de evitar doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo Sida e outras que você já ouviu falar? (marque todas as respostas que considerar correctas)

- Camisinha
- Abstinência sexual (não ter relações sexuais)
- Não sei/ não me lembro
- Não ouvi falar
- Outro. Qual? _____

42 Qual o principal motivo pelo qual você NÃO IRIA A UM POSTO DE SAÚDE para problemas relacionados com sexualidade, DST/ SIDA ou gravidez? (marque todas as respostas que considerar correctas)

- O tempo de espera no posto é muito longo
- A equipe de saúde não trata os adolescentes com respeito e atenção
- Geralmente, o posto de saúde não tem os medicamentos necessários
- Pode ser que eu seja atendida por alguma pessoa que me conheça ou da minha família
- Estes problemas são mais discutidos fora do posto de saúde
- Tenho vergonha
- Outro motivo. Qual? _____
- Não sei

43 Nos últimos anos, recebeu a informações sobre sexualidade, drogas, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da SIDA e de como evitar a gravidez?

- Não
 Sim,

Se sim, como obteve a informação:

- Com meu pai
 Com minha mãe
 Com amigos
 Com profissionais do posto de saúde
 Televisão, rádio, jornais ou revistas
 Outra forma. Qual? _____

44 Nos últimos anos recebeu informações NA ESCOLA sobre sexualidade, drogas, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da SIDA e como evitar a gravidez?

- Não
 Sim,

Se sim, como obteve a informação:

- Durante as aulas, (em quais disciplinas?) _____
 Individualmente com o professor
 Conversando com os amigos na escola
 Outra forma. Qual? _____

45 Usa algum método para evitar a gravidez?

- Sim
 Não
 Não porque não tenho vida sexual activa

46 Que método usa actualmente para evitar a gravidez?

- Camisinha
 Injecção
 Pílula
 Adesivo
 Implante Hormonal
 DIU
 Diafragma
 Outro, qual? _____

47 Usa ou alguma vez usou contraceptivos orais (pílula anticoncepcional)?

- Não
 Sim

48 Se sim, com que idade iniciou a utilização?

- _____ anos
 Não me lembro

| | |
|----|--|
| 49 | Se sim, com quem costuma adquirir a pílula anticoncepcional? <input type="checkbox"/> Com pai/ mãe <input type="checkbox"/> Com amigos(as) <input type="checkbox"/> Com Farmacêutico <input type="checkbox"/> Com enfermeira/ médico <input type="checkbox"/> Com outras pessoas. Quem? _____ |
| 50 | Se sim, onde é adquirida a pílula anticoncepcional? <input type="checkbox"/> Na farmácia/ clínica particular <input type="checkbox"/> Em um posto de saúde público/ hospital <input type="checkbox"/> Em outro local. Onde? _____ <input type="checkbox"/> Não sei/ não me lembro |
| 51 | Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei |
| 52 | A pílula anticoncepcional deve ser tomada somente no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei |
| 53 | As mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei |
| 54 | Mulheres que têm tensão alta ou problemas no coração podem usar a pílula? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei |
| 55 | Você já tomou o anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |

- 56 Se sim, com quem costuma adquirir o anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte)?
- Com pai/ mãe
 - Com Farmacêutico
 - Com enfermeira/ médico
 - Com amigos (as)
 - Com outras pessoas. Quem? _____

- 57 Se sim, onde costuma adquirir o anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte)?
- Na farmácia/ clínica particular
 - Em um posto de saúde público/ hospital
 - Em outro local. Onde? _____
 - Não sei/ não me lembro

- 58 Quantas vezes já tomou o anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte)?
- 1 vez
 - 2 vezes
 - 3 vezes
 - 4 vezes ou mais

- 59 Em que intervalo de tempo acha que deve ser tomado o contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte?) (Preencha o quadro abaixo)

| | Não | Sim | Não sei |
|--|-----|-----|---------|
| Antes da relação sexual desprotegida | | | |
| Imediatamente depois da relação sexual | | | |
| Na manhã seguinte | | | |
| De 4 a 12 horas após a relação sexual | | | |
| Dois dias depois | | | |
| Uma semana após a relação sexual | | | |

- 60 Quais são os principais riscos que corre uma mulher ao tomar o anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte)? (Marque todas as respostas que considerar correctas)
- Aborto
 - Infertilidade
 - Esterilidade
 - Náuseas/ enjoo e vômitos
 - Gravidez ectópica (gravidez fora do útero)
 - Outros, qual(ais)? _____
 - Nenhum
 - Não sei

Nome do membro da equipa de Investigação:

Assinatura:

Data:

Anexo II - Autorizações para a realização do Estudo



FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS
Estado Maior General
Instituto Superior Técnico Militar
GABINETE DO DIRECTOR

A

DIRECÇÃO PROVINCIAL DE EDUCAÇÃO DE
LUANDA

Sua referência:

Nossa referência:

N.º _____ / _____, Proc. N.º 10030/GAB.DIR.DAE/ISTM/2015

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INQUÉRITO

Vimos pela presente solicitar os vossos bons ofícios no sentido de obter a autorização a favor da Senhora **N'SUKA MADALENA FRANCISCO ZIONE RODRIGUES**, Mestranda em Ciências Biomédicas no Instituto Superior Técnico Militar pela Universidade da Beira Interior, que tem como tema de Tese um estudo sobre Utilização de Contraceptivos Orais e Contraceptivos Orais de Emergência em Alunas das Escolas do Ensino Médio da Província de Luanda, para que possa realizar o inquérito de estudo aos discentes do sexo feminino dos seguintes Estabelecimentos de Ensino:

- Instituto Médio de Economia de Luanda (IMEL);
- Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Luanda (E.F.T.S.);
- Escola de Formação de Professores de Educação Física nº 2006/Kilamba;
- Instituto Médio de Hotelaria e Gestão/Kilamba;
- Instituto Médio de Administração e Gestão/Kilamba.

Em anexo enviamos o Protocolo de Estudo.

Sem outro assunto, reiteramos os nossos cumprimentos.

GABINETE DO DIRECTOR DO INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO MILITAR em
Luanda, aos 26 de Março de 2015.



| | |
|--------------|------------------------------------|
| Força: | Forças Armadas Angolanas |
| Estado: | Estado Maior General |
| Instituição: | Instituto Superior Técnico Militar |
| | Luanda |
| ENTRADA Nº: | _____/2015 |
| SAÍDA Nº: | <u>194</u> /2015 |
| ANO: | <u>Em 19 de março</u> |
| | 30 03 2015 |

ENTRADA
09/04/2015
Guedes Zuz



REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE LUANDA
INSTITUTO NORMAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (I.N.E.F) Nº 206
“MAJOR SAIDY MINGAS”

À

FORÇAS ARMADAS ANGLANAS
Estado Maior General
INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO MILITAR
(Gabinete Do Director)
LUANDA

Em resposta ao vosso ofício nº 00114/GAB.DIR.DAE/ISTM/2014, datada de 21 de Novembro, somos a informar que esta autorizada a senhora **N'SUKA MADALENA FRANCISCO ZIONE RODRIGUES** a realizar um inquerito junto dos estudantes do nosso estabelecimento de ensino, sobre a **Utilização de Contraceptivos Oraís de Emergência em alunas das Escolas do II Ciclo do Ensino Secundario da Província de Luanda.**

«Juntos para o desenvolvimento»

Luanda, aos 25 de Novembro de 2014



Anexo III - Formulário de consentimento informado

| | |
|---|--|
| Universidade da Beira Interior UBI Instituto Superior Técnico Militar ISTM | Declaração de Consentimento Informado <u>Uso dos contraceptivos orais e da pílula do dia seguinte em alunas das escolas do ensino médio da Província de Luanda</u> |
|---|--|

Código de identificação do participante _____

Estamos a fazer um estudo sobre o uso dos contraceptivos orais e da pílula do dia seguinte em alunas das escolas do ensino médio da província de Luanda. Os contraceptivos orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais, são hormonas esteroides utilizados com a finalidade básica de impedir a concepção (gravidez).

Pretendemos com este estudo obter um maior conhecimento sobre a contracepção nas jovens da Província de Luanda para tentar estabelecer um programa de Prevenção e Aconselhamento do uso e utilização de Contraceptivos Oraís.

Para o estudo necessitamos da sua colaboração, através do preenchimento de um questionário.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projecto de investigação, ser publicadas em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Caso assim o deseje, poderá recusar participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Compreendi que a minha participação é voluntária e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considere necessárias, assim consinto que me sejam aplicados os métodos propostos para o estudo actual.

| | |
|--|-------|
| Participante (Nome Completo Maiúsculas): | |
| | |
| Assinatura: | Data: |

Discuti o estudo e os seus métodos com o participante, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. O Consentimento foi assinado em duplicado, ficando uma cópia com o participante e outra com o Investigador.

| | |
|---|-------|
| Nome do membro da equipa de Investigação: | |
| | |
| Assinatura: | Data: |

Universidade da Beira Interior
UBI
Instituto Superior Técnico Militar
ISTM

Autorização do Questionário:

Uso dos contraceptivos orais e da pílula do dia seguinte em
alunas das escolas do ensino médio da Província de Luanda

Estamos a fazer um estudo sobre o uso dos contraceptivos orais e da pílula do dia seguinte em alunas das escolas do ensino médio da província de Luanda. Os contraceptivos orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais, são hormonas esteroides utilizados com a finalidade básica de impedir a concepção (gravidez).

Pretendemos com este estudo obter um maior conhecimento sobre a contracepção nas jovens da Província de Luanda para tentar estabelecer um programa de Prevenção e Aconselhamento do uso e utilização de Contraceptivos Oraís.

Para o estudo necessitamos da colaboração das alunas, através do preenchimento de um questionário.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projecto de investigação, ser publicadas em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Caso o desejem, as alunas podem-se recusar a participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Compreendi que a participação das alunas neste estudo é voluntária, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considere necessárias. Na qualidade de responsável da instituição consinto a realização do questionário na instituição, a todas as alunas que desejem participar de livre vontade, desde que o objectivo do estudo seja explicado e que todas as dúvidas sejam esclarecidas, não dispensando o preenchimento do Consentimento Informado individual de cada aluna.

| | |
|--|-------|
| Responsável da Instituição (Nome Completo Maiúsculas): | |
| | |
| Assinatura: | Data: |

Discuti o estudo e os seus métodos com o (a) responsável da instituição, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. A autorização foi assinada em duplicado, ficando uma cópia com o responsável e outra com o Investigador.

| | |
|---|-------|
| Nome do membro da equipa de Investigação: | |
| | |
| Assinatura: | Data: |

Anexo IV - Análise descritiva das variáveis em estudo

Questão nº1 - Ano de nascimento

| IDADE | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|--------------|
| 15 | 50 | 7,3% |
| 16 | 158 | 23,0% |
| 17 | 127 | 18,5% |
| 18 | 130 | 18,9% |
| 19 | 100 | 14,6% |
| 20 | 60 | 8,7% |
| 21 | 22 | 3,2% |
| 22 | 17 | 2,5% |
| 23 | 16 | 2,3% |
| 24 | 7 | 1,0% |
| Total | 687 | 100,0% |

Questão nº2 - Município de Residência

| MUNICIPIO RESIDENCIA | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|-------------|
| Belas | 480 | 69,9 |
| Luanda | 107 | 15,6 |
| Viana | 56 | 8,2 |
| Cazenga | 31 | 4,5 |
| Cacuaco | 12 | 1,7 |
| Total | 686 | 100,0% |

Questão nº 3 - Classe em que estuda

| EM QUE CLASSE ESTUDA | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| 10ª CLASSE | 410 | 59,7% |
| 11ª CLASSE | 190 | 27,7% |
| 12ª CLASSE | 71 | 10,3% |
| 13ª CLASSE | 16 | 2,3% |
| Total | 687 | 100,0% |

Questão nº 4 - Não utilizada na análise (“Já repetiu alguma classe?”)

Questão nº 5 - Não utilizada na análise (Raça)

Questão nº 6 - Religião

| QUALÉ A SUA RELIGIÃO | Frequência | Percentagem |
|-------------------------------|------------|--------------|
| CATOLICA | 222 | 32,4% |
| ESPIRITA | 4 | 0,6% |
| EVANGELICA | 69 | 10,1% |
| OUTRA | 336 | 49,0% |
| PROTESTANTE | 25 | 3,6% |
| SEM RELIGIAO ACREDITA EM DEUS | 30 | 4,4% |
| Total | 686 | 100,0% |

Questão nº7 - Não utilizada na análise (Rendimento médio mensal AKZ)

Questão nº 8 - Estado civil

| QUAL É O SEU ESTADO CIVIL | Frequência | Percentagem |
|---------------------------|------------|--------------|
| CASADA | 3 | 0,4% |
| SOLTEIRA | 678 | 98,7% |
| VIVE COM COMPANHEIRO | 6 | 0,9% |
| Total | 687 | 100,0% |

Questões nº 9 e nº 10 - Menstruação

| JÁ TEVE A 1ª MENSTRUACÃO | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|--------------|
| NÃO | 4 | 0,6% |
| SIM | 682 | 99,4% |
| Total | 686 | 100,0% |

| QUE IDADE TINHA QDO TEVE 1ª MENSTRUACÃO | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| 9 | 2 | 0,3% |
| 10 | 14 | 2,1% |
| 11 | 73 | 10,9% |
| 12 | 155 | 23,1% |
| 13 | 182 | 27,2% |
| 14 | 138 | 20,6% |
| 15 | 64 | 9,6% |
| 16 | 33 | 4,9% |
| 17 | 8 | 1,2% |
| 18 | 1 | 0,1% |
| Total | 670 | 100,0% |

Questões nº 11 a nº14 - Gravidez

| JÁ FICOU GRAVIDA | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|--------------|
| NÃO | 617 | 89,9% |
| SIM | 69 | 10,1% |
| Total | 686 | 100,0% |

| SE JA FICOU GRAVIDA QUAL A IDADE DA PRIMEIRA GRAVIDEZ | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| 14 | 3 | 4,5% |
| 15 | 5 | 7,6% |
| 16 | 11 | 16,7% |
| 17 | 10 | 15,2% |
| 18 | 10 | 15,2% |
| 19 | 11 | 16,7% |
| 20 | 7 | 10,6% |
| 21 | 2 | 3,0% |
| 22 | 2 | 3,0% |
| 23 | 4 | 6,1% |
| 26 | 1 | 1,5% |
| Total | 66 | 100,0% |

| QUANTAS VEZES FICOU GRAVIDA | Frequência | Percentagem |
|-----------------------------|------------|-------------|
| 1 | 59 | 84,3% |
| 2 | 8 | 11,4% |
| MAIS DE 2 | 3 | 4,3% |
| Total | 70 | 100,0% |

| TEVE ALGUMA GRAVIDEZ INDESEJADA | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------|------------|--------------|
| NÃO | 629 | 92,1% |
| SIM SEM UTILIZAR CONTRACEPÇÃO | 34 | 5,0% |
| SIM UTILIZANDO CONTRACEPÇÃO | 20 | 2,9% |
| Total | 683 | 100,0% |

Questões nº 15 e nº 16 - Filhos

| TEM FILHOS | Frequência | Percentagem |
|------------|------------|--------------|
| NÃO | 644 | 94,3% |
| SIM | 39 | 5,7% |
| Total | 683 | 100,0% |

| SE SIM QTOS FILHOS TEM | Frequência | Percentagem |
|------------------------|------------|--------------|
| 1 FILHO | 34 | 89,5% |
| 2 FILHOS | 3 | 7,9% |
| 3 FILHOS | 1 | 2,6% |
| Total | 38 | 100,0% |

Questões nº 17 a nº19 - Aborto

| JA TEVE ALGUM ABORTO | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| NÃO | 648 | 94,9% |
| SIM | 35 | 5,1% |
| Total | 683 | 100,0% |

Questão nº 18 - Não utilizada na análise (quantos abortos espontâneos)

Questão nº 19 - Não utilizada na análise (quantos abortos provocados)

Questão nº 20 - Grau de parentesco com o chefe de família

| QUAL GRAU PARENTESCO COM CHEFE DE FAMILIA | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| CONJUGE (ESPOSA) | 12 | 1,7% |
| ENTEADA | 10 | 1,5% |
| FILHA | 517 | 75,4% |
| IRMA | 53 | 7,7% |
| NETA/BISNETA | 23 | 3,4% |
| OUTRA | 11 | 1,6% |
| SEM PARENTESCO | 1 | 0,1% |
| SOBRINHA | 59 | 8,6% |
| Total | 686 | 100,0% |

Questão nº 21 - Pessoas por domicílio

| QUAL NUMERO TOTAL DE PESSOAS NA SUA CASA | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| 1 | 1 | 0,1% |
| 2 | 7 | 1,0% |
| 3 | 35 | 5,1% |
| 4 | 55 | 8,0% |
| 5 | 116 | 17,0% |
| 6 | 111 | 16,2% |
| 7 | 125 | 18,3% |
| 8 | 90 | 13,2% |
| 9 | 56 | 8,2% |
| 10 | 42 | 6,1% |
| 11 | 20 | 2,9% |
| 12 | 13 | 1,9% |
| 13 | 7 | 1,0% |
| 14 | 2 | 0,3% |
| 15 | 2 | 0,3% |
| 16 | 1 | 0,1% |
| 21 | 1 | 0,1% |
| Total | 684 | 100,0% |

Questão nº 22 - Não utilizada na análise (idade do chefe de família)

Questão nº 23 - Sexo do responsável pela família

| QUAL E O GÊNERO CHEFE FAMILIA | Frequência | Percentagem |
|-------------------------------|------------|--------------|
| F | 174 | 25,4% |
| M | 512 | 74,6% |
| Total | 686 | 100,0% |

Questão nº 24 - Habilitações literárias do chefe de família

| QUAL NIVEL ENSINO MAIS ELEVADO CHEFE FAMILIA FREQUENTA/FREQUENTOU | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| ALFABETIZAÇÃO | 32 | 4,7% |
| CURSO MEDIO | 165 | 24,1% |
| CURSO SUPERIOR | 366 | 53,5% |
| PRIMÁRIO | 33 | 4,8% |
| SECUNDÁRIO | 88 | 12,9% |
| Total | 684 | 100,0% |

Questões nº 25 a nº29 - Namoro

| VOCE JA NAMOROU | Frequência | Percentagem |
|-----------------|------------|--------------|
| NAO | 158 | 23,0% |
| SIM | 529 | 77,0% |
| Total | 687 | 100,0% |

Não utilizada na análise (“Ainda mantém esse relacionamento?”)

Não utilizada na análise (“Há quanto tempo começou esse relacionamento?”)

| HOJE NAMORA | Frequência | Percentagem |
|-------------|------------|--------------|
| NAO | 301 | 44,0% |
| SIM | 383 | 56,0% |
| Total | 684 | 100,0% |

Não utilizada na análise (“Há quanto tempo?”)

Questão nº 27 - Não utilizada na análise (idade do namorado)

Questão nº 28 - Não utilizada na análise (o seu namorado estuda)

Questão nº 29 - Não utilizada na análise (estuda em que classe)

Questões nº 30 a nº 35 - Sexualidade

| JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS | Frequência | Percentagem |
|--------------------------|------------|--------------|
| NAO | 352 | 51,3% |
| SIM | 334 | 48,7% |
| Total | 686 | 100,0% |

| COM QUE IDADE TEVE A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| 9 | 1 | 0,3% |
| 10 | 1 | 0,3% |
| 11 | 4 | 1,3% |
| 12 | 2 | 0,6% |
| 13 | 7 | 2,3% |
| 14 | 29 | 9,4% |
| 15 | 41 | 13,3% |
| 16 | 68 | 22,1% |
| 17 | 72 | 23,4% |
| 18 | 62 | 20,1% |
| 19 | 15 | 4,9% |
| 20 | 4 | 1,3% |
| 21 | 2 | 0,6% |
| Total | 308 | 100,0% |

Questão nº 31 - Não utilizada na análise (Com quem teve a primeira relação sexual)

Questão nº 32 - Não utilizada na análise (Foi de comum acordo entre os dois)

Questão nº 33 - Não utilizada na análise (Como ocorreu a primeira relação sexual)

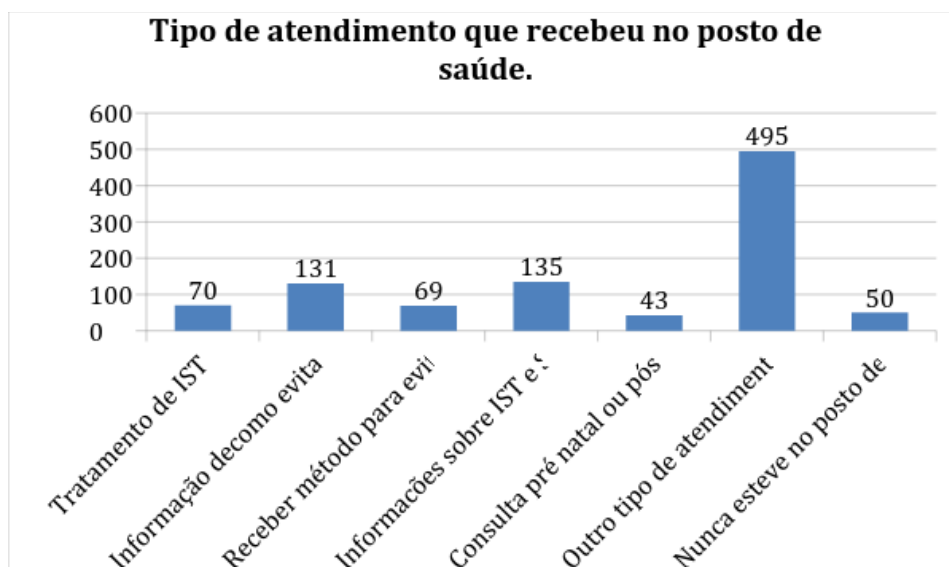
Questão nº 34 - Não utilizada na análise (Quem foi a primeira pessoa a quem contou sobre a sua primeira relação sexual)

Questão nº 35 - Não utilizada na análise (Os seus pais sabem que você tem vida sexual)

Questões nº 36 a nº 38 - Acesso aos serviços de saúde

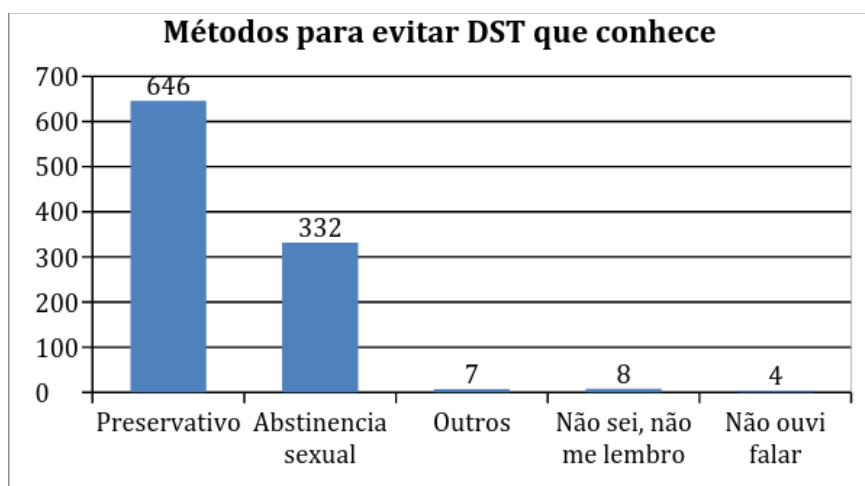
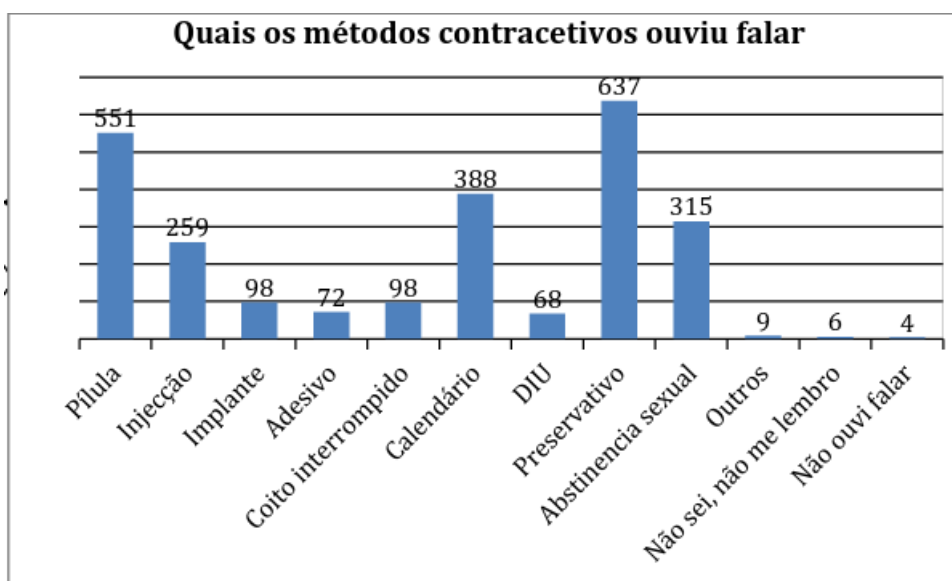
| QTO TEMPO PODE DEMORAR A IR AO SERVIÇO DE SAUDE MAIS PROXIMO DO SEU DOMICILIO | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| 0 A 14 MINUTOS | 162 | 23,6% |
| 15 A 29 MINUTO | 151 | 22,0% |
| 30 A 44 MINUTOS | 155 | 22,6% |
| MAIS DE 45 MINUTOS | 217 | 31,7% |
| Total | 685 | 100,0% |

| QUE MEIO DE TRANSPORTE UTILIZA PARA IR AO SSAUDE | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| A PÉ | 296 | 43,1% |
| TRANSPORTE COLETIVO | 193 | 28,1% |
| CARRO PRIVADO | 186 | 27,1% |
| OUTRO | 11 | 1,6% |
| Total | 686 | 100,0% |



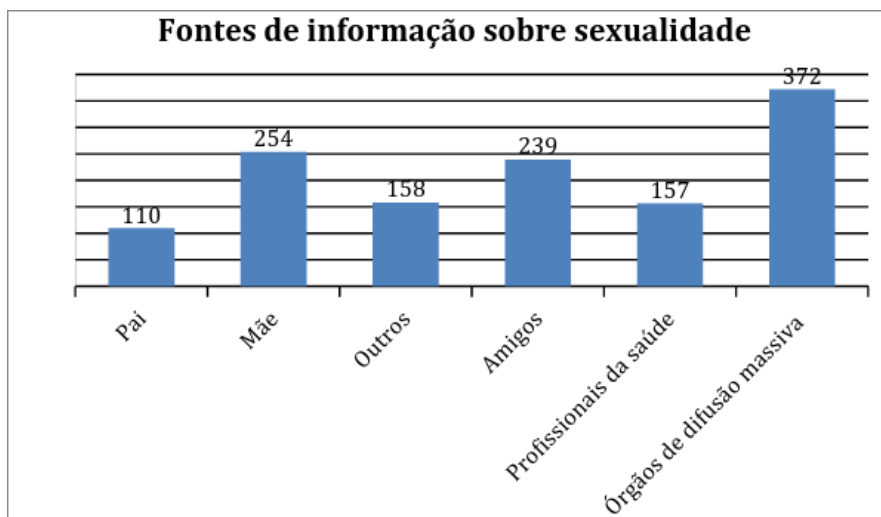
Questões nº39 a nº 59 - Conhecimento sobre sexualidade e contraceção

| CONHECIA METODOS DE EVITAR FILHOS OU DST NA 1ª RELAÇÃO SEXUAL | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| NAO | 52 | 14,0% |
| NAO SEI NAO ME LEMBRO | 24 | 6,5% |
| SIM | 296 | 79,6% |
| Total | 372 | 100,0% |

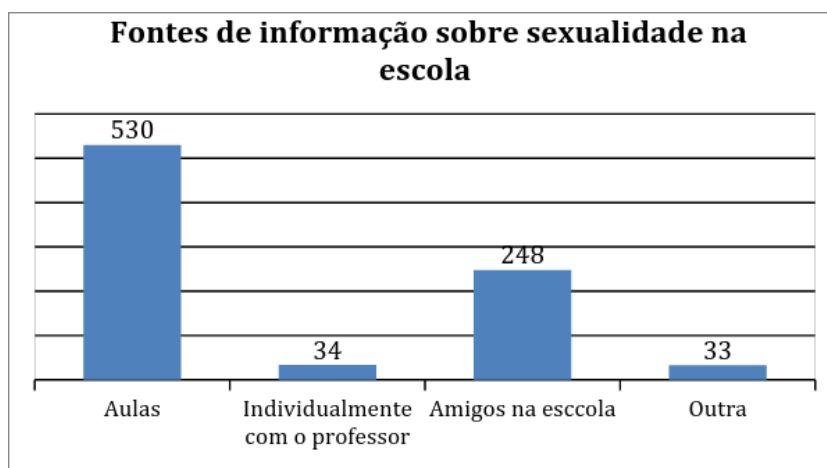


Questão nº 42 - Não utilizada na análise (“Qual o principal motivo pelo qual não iria a um posto de saúde?”)

| INFORMAÇÕES SOBRE DST, SIDA e GRAVIDEZ | Frequência | Percentagem |
|--|------------|-------------|
| SIM | 135 | 19,7% |
| NÃO | 552 | 80,3% |
| Total | 687 | 100,0% |



| INFORMAÇÕES SOBRE COMO EVITAR A GRAVIDEZ | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| Sim | 131 | 19,1% |
| Não | 556 | 80,9% |
| Total | 687 | 100,0% |



| USA METODO PARA EVITAR GRAVIDEZ? | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| NAO | 113 | 16,6% |
| NAO PORQUE NÃO TENHO VIDA SEXUAL ACTIVA | 300 | 44,0% |
| SIM | 269 | 39,4% |
| Total | 682 | 100,0% |

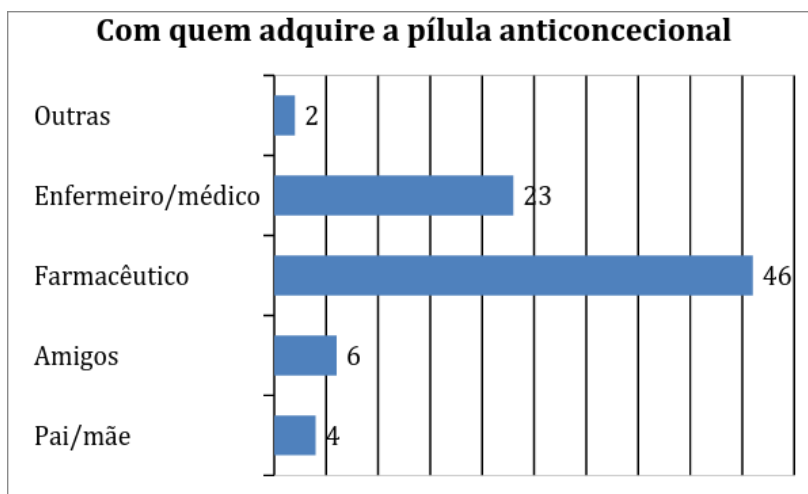
| QUE METODO USA ACTUALMENTE PARA EVITAR GRAVIDEZ? | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| PRESERVATIVO MASCULINO | 266 | 85,3% |
| IMPLANTE HORMONAL | 1 | 0,3% |
| INJECCÃO | 3 | 1,0% |
| OUTRO | 18 | 5,8% |
| PILULA | 24 | 7,7% |
| Total | 312 | 100,0% |

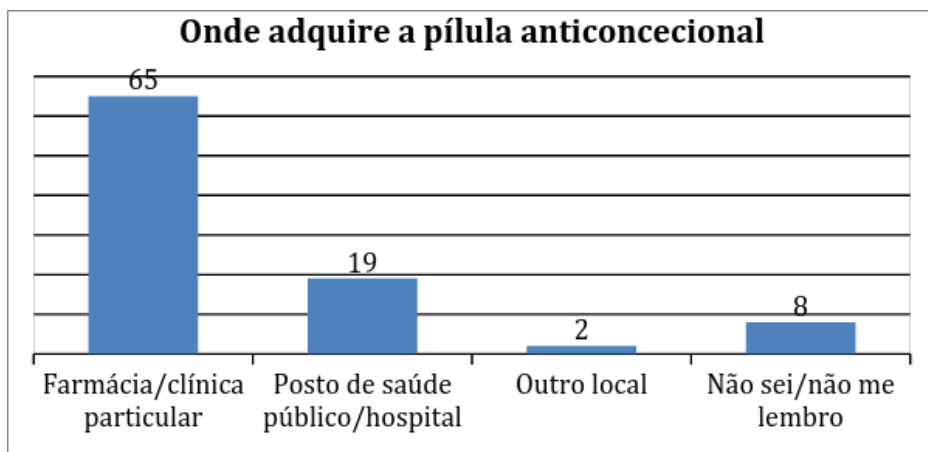
Questão nº47 - “Usa ou alguma vez usou contraceptivos orais?”

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACEPTIVOS ORIAS | Frequência | Porcentagem |
|---|------------|--------------|
| NAO | 610 | 89,4% |
| SIM | 72 | 10,6% |
| Total | 682 | 100,0% |

Questão nº48 - “Com que idade iniciou a utilização?”

| SE SIM COM QUE IDADE INICIOU A UTILIZAÇÃO? | Frequência | Porcentagem |
|--|------------|--------------|
| 14 | 1 | 1,6% |
| 15 | 3 | 4,7% |
| 16 | 9 | 14,1% |
| 17 | 19 | 29,7% |
| 18 | 15 | 23,4% |
| 19 | 7 | 10,9% |
| 20 | 5 | 7,8% |
| 21 | 3 | 4,7% |
| 22 | 1 | 1,6% |
| 30 | 1 | 1,6% |
| Total | 64 | 100,0% |





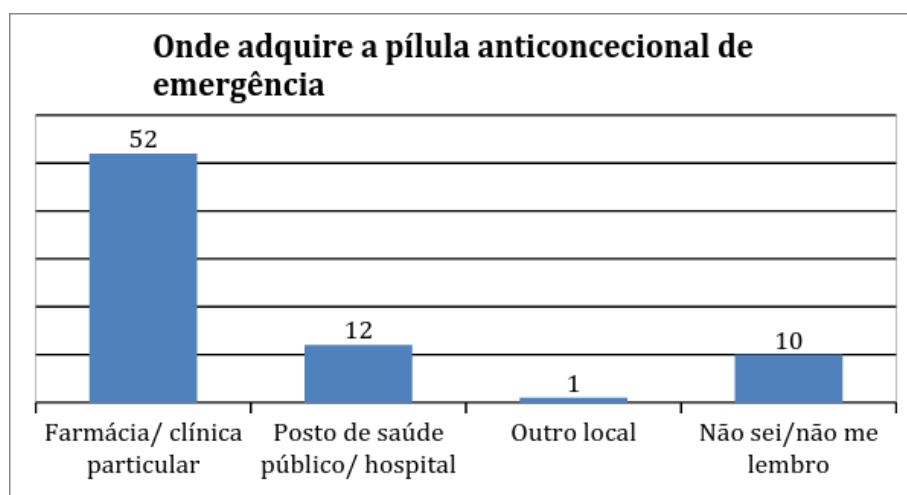
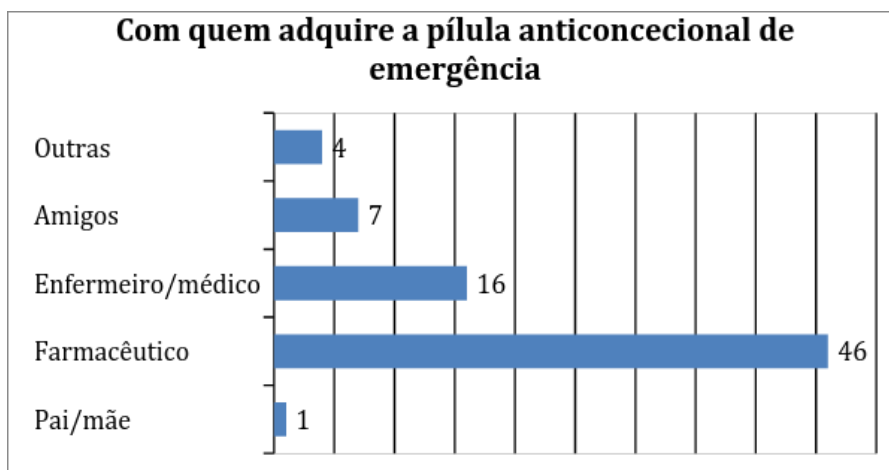
| SE ESQUECER DE TOMAR PILULA ANTECONCEPCIONAL UM DIA DEVE-SE TOMAR 2 COMP | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| NAO | 55 | 8,1% |
| NAO SEI | 601 | 88,0% |
| SIM | 27 | 4,0% |
| Total | 683 | 100,0% |

| A PILULA ANTICONCEPCIONAL DEVE SER TOMADA SOMENTE NO DIA OU NA HORA | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| NAO | 71 | 10,4% |
| NAO SEI | 571 | 83,6% |
| SIM | 41 | 6,0% |
| Total | 683 | 100,0% |

| AS MULHERES QUE FUMAM E TÊM MAIS DE 35 ANOS PODEM USAR A PILULA | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| NAO | 63 | 9,2% |
| NÃO SEI | 602 | 87,8% |
| SIM | 21 | 3,1% |
| Total | 686 | 100,0% |

| MULHERES QUE TÊM TENSÃO ALTA OU PROBLEMAS NO CORAÇÃO PODEM USAR A PILULA | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| NAO | 97 | 14,1% |
| NAO SEI | 575 | 83,8% |
| SIM | 14 | 2,0% |
| Total | 686 | 100,0% |

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA (PILULA DO DIA SEGUINTE) | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| NAO | 619 | 90,6% |
| SIM | 64 | 9,4% |
| Total | 683 | 100,0% |



Questão nº 58 - Não utilizada na análise (“Quantas vezes tomou o anticoncepcional de emergência?”)

Questão nº 59 - Intervalo de tempo em que deve ser tomado o contraceptivo de emergência

| Antes da relação sexual desprotegida | Frequência | Percentagem |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Não | 43 | 6,5% |
| Não sei | 542 | 81,6% |
| Sim | 79 | 11,9% |
| Total | 664 | 100,0% |

| Imediatamente depois da relação sexual | Frequência | Percentagem |
|--|------------|--------------|
| Não | 21 | 3,2% |
| Não sei | 533 | 82,1% |
| Sim | 95 | 14,6% |
| Total | 649 | 100,0% |

| Na manhã seguinte | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Não | 12 | 1,8% |
| Não sei | 563 | 86,5% |
| Sim | 76 | 11,7% |
| Total | 651 | 100,0% |

| De 4 a 12 horas após a relação sexual | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Não | 18 | 2,8% |
| Não sei | 584 | 91,8% |
| Sim | 34 | 5,3% |
| Total | 636 | 100,0% |

| Dois dias depois | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|--------------|
| Não | 36 | 5,7% |
| Não sei | 585 | 92,3% |
| Sim | 13 | 2,1% |
| Total | 634 | 100,0% |

| Uma semana após a relação sexual | Frequência | Percentagem |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Não | 48 | 7,5% |
| Não sei | 583 | 91,7% |
| Sim | 5 | 0,8% |
| Total | 636 | 100,0% |

| Riscos do anticoncepcional de emergência | | |
|--|-------------|------------|
| Riscos | % | n |
| Abortos | 28.4 | 195 |
| Infertilidade | 27.1 | 186 |
| Esterilidade | 20.0 | 136 |
| Náuseas/enjoo/vômitos | 11.1 | 76 |
| Gravidez ectópica | 11.2 | 77 |
| Outros | 0.1 | 1 |
| Nenhum | 0.4 | 3 |

Anexo V - Análises de associação efetuadas entre as variáveis em estudo

Associação entre a idade e gravidez

IDADE

| JÁ FICOU GRAVIDA | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | TOTAL |
|------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| NÃO | 50 8,1 100,0 | 153 24,8 96,8 | 125 20,3 98,4 | 118 19,1 90,8 | 88 14,3 88,0 | 46 7,5 78,0 | 20 3,2 90,9 | 9 1,5 52,9 | 6 1,0 37,5 | 2 0,3 28,6 | 617 100,0 89,9 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 5 7,2 3,2 | 2 2,9 1,6 | 12 17,4 9,2 | 12 17,4 12,0 | 13 18,8 22,0 | 2 2,9 9,1 | 8 11,6 47,1 | 10 14,5 62,5 | 5 7,2 71,4 | 69 100,0 10,1 |
| TOTAL | 50 7,3 100,0 | 158 23,0 100,0 | 127 18,5 100,0 | 130 19,0 100,0 | 100 14,6 100,0 | 59 8,6 100,0 | 22 3,2 100,0 | 17 2,5 100,0 | 16 2,3 100,0 | 7 1,0 100,0 | 686 100,0 100,0 |

P=0,0000

Associação entre a idade e as relações sexuais

IDADE

| JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS | 15 | 16 | 17 | 18 | TOTAL |
|--------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 42 11,9 84,0 | 123 34,9 78,3 | 76 21,6 59,8 | 61 17,3 46,9 | 352 100,0 51,3 |
| SIM | 8 2,4 16,0 | 34 10,2 21,7 | 51 15,3 40,2 | 69 20,7 53,1 | 334 100,0 48,7 |
| TOTAL | 50 7,3 100,0 | 157 22,9 100,0 | 127 18,5 100,0 | 130 19,0 100,0 | 686 100,0 100,0 |

IDADE

| JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS | 19 | 20 | 21 | 22 | TOTAL |
|--------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 29 8,2 29,0 | 13 3,7 21,7 | 4 1,1 18,2 | 3 0,9 17,6 | 352 100,0 51,3 |
| SIM | 71 21,3 71,0 | 47 14,1 78,3 | 18 5,4 81,8 | 14 4,2 82,4 | 334 100,0 48,7 |
| TOTAL | 100 14,6 100,0 | 60 8,7 100,0 | 22 3,2 100,0 | 17 2,5 100,0 | 686 100,0 100,0 |

IDADE

| JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS | 23 | 24 | TOTAL |
|--------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| NAO | 1 0,3 6,3 | 0 0,0 0,0 | 352 100,0 51,3 |
| SIM | 15 | 7 | 334 |

| | | | |
|-------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| | 4,5 93,8 | 2,1 100,0 | 100,0 48,7 |
| TOTAL | 16 2,3 100,0 | 7 1,0 100,0 | 686 100,0 100,0 |

P = 0,0000

Associação entre uso de contraceptivos orais e a idade

IDADE

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| NAO | 50 8,2 100,0 | 154 25,2 97,5 | 120 19,7 94,5 | 107 17,5 84,9 | 83 13,6 83,8 | 47 7,7 78,3 | 18 3,0 81,8 | 14 2,3 82,4 | 10 1,6 62,5 | 7 1,1 100,0 | 610 89,4 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 4 5,6 2,5 | 7 9,7 5,5 | 19 26,4 15,1 | 16 22,2 16,2 | 13 18,1 21,7 | 4 5,6 18,2 | 3 4,2 17,6 | 6 8,3 37,5 | 0 0,0 0,0 | 72 10,6 |
| TOTAL | 50 7,3 100,0 | 158 23,2 100,0 | 127 18,6 100,0 | 126 18,5 100,0 | 99 14,5 100,0 | 60 8,8 100,0 | 22 3,2 100,0 | 17 2,5 100,0 | 16 2,3 100,0 | 7 1,0 100,0 | 682 100,0 |

P = 0,0000

Associação entre uso de contraceptivos orais e a classe

EM QUE CLASSE ESTUDA

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | 10ª CLASSE | 11ª CLASSE | 12ª CLASSE | 13ª CLASSE | TOTAL |
|--|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------|--------------|
| NAO | 376 61,6 92,6 | 164 26,9 86,8 | 59 9,7 83,1 | 11 1,8 68,8 | 610 89,4 |
| SIM | 30 41,7 7,4 | 25 34,7 13,2 | 12 16,7 16,9 | 5 6,9 31,3 | 72 10,6 |
| TOTAL | 406 59,5 100,0 | 189 27,7 100,0 | 71 10,4 100,0 | 16 2,3 100,0 | 682 100,0 |

P = 0,0011

Associação entre uso de contraceptivos orais e o namoro

VOCE JA NAMOROU

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | NAO | SIM | TOTAL |
|--|----------------------|----------------------|--------------|
| NAO | 157 25,7 100,0 | 453 74,3 86,3 | 610 89,4 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 72 100,0 13,7 | 72 10,6 |
| TOTAL | 157 23,0 100,0 | 525 77,0 100,0 | 682 100,0 |

IC=95%

Associação entre uso de contraceptivos orais e o nível de escolaridade do chefe de família

QUAL NIVEL ENSINO MAIS ELEVADO CHEFE FAMILIA FREQUENTA/FREQUENTOU

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | ALFABETIZAÇÃO | CURSO MEDIO | CURSO SUPERIOR | PRIMÁRIO | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 28 4,6 87,5 | 143 23,6 87,7 | 329 54,2 90,6 | 28 4,6 84,8 | 607 100,0 89,4 |
| SIM | 4 5,6 12,5 | 20 27,8 12,3 | 34 47,2 9,4 | 5 6,9 15,2 | 72 100,0 10,6 |
| TOTAL | 32 4,7 100,0 | 163 24,0 100,0 | 363 53,5 100,0 | 33 4,9 100,0 | 679 100,0 100,0 |

QUAL NIVEL ENSINO MAIS ELEVADO CHEFE FAMILIA FREQUENTA/FREQUENTOU

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | SECUNDÁRIO | TOTAL |
|--|---------------------|-----------------------|
| NAO | 79 13,0 89,8 | 607 100,0 89,4 |
| SIM | 9 12,5 10,2 | 72 100,0 10,6 |
| TOTAL | 88 13,0 100,0 | 679 100,0 100,0 |

P = 0,7508

Associação entre conhecimento e o uso de contraceptivos orais

SE ESQUECER DE TOMAR PILULA ANTECONCECIONAL UM DIA DEVE-SE TOMAR 2 COMP

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | NAO | NAO SEI | SIM | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 33 5,4 60,0 | 562 92,4 94,1 | 13 2,1 48,1 | 608 100,0 89,5 |
| SIM | 22 31,0 40,0 | 35 49,3 5,9 | 14 19,7 51,9 | 71 100,0 10,5 |
| TOTAL | 55 8,1 100,0 | 597 87,9 100,0 | 27 4,0 100,0 | 679 100,0 100,0 |

P = 0,0000

Associação entre conhecimento e o uso de contraceptivos orais

A PILULA ANTICONCEPCIONAL DEVE SER TOMADA SOMENTE NO DIA OU NA HORA

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACEPTIVOS ORIAS | NAO | NAO SEI | SIM | TOTAL |
|---|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 40 6,6 56,3 | 546 90,0 96,3 | 21 3,5 51,2 | 607 100,0 89,4 |
| SIM | 31 43,1 43,7 | 21 29,2 3,7 | 20 27,8 48,8 | 72 100,0 10,6 |
| TOTAL | 71 10,5 100,0 | 567 83,5 100,0 | 41 6,0 100,0 | 679 100,0 100,0 |

P = 0,0000

Associação entre conhecimento e o uso de contraceptivos orais

AS MULHERES QUE FUMAM E TÊM MAIS DE 35 ANOS PODEM USAR A PILULA

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | NAO | NÃO SEI | SIM | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 55 9,0 87,3 | 536 87,9 89,6 | 19 3,1 90,5 | 610 100,0 89,4 |
| SIM | 8 11,1 12,7 | 62 86,1 10,4 | 2 2,8 9,5 | 72 100,0 10,6 |
| TOTAL | 63 9,2 100,0 | 598 87,7 100,0 | 21 3,1 100,0 | 682 100,0 100,0 |

P = 0,8385

Associação entre conhecimento e o uso de contraceptivos orais

MULHERES TÊM TENSÃO ALTA OU PROBLEMAS CARDIACOS PODEM USAR A PILULA

| USA OU ALGUMA VEZ USOU CONTRACETIVOS ORIAS | NAO | NAO SEI | SIM | TOTAL |
|--|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 85 13,9 88,5 | 513 84,1 89,7 | 12 2,0 85,7 | 610 100,0 89,4 |
| SIM | 11 15,3 11,5 | 59 81,9 10,3 | 2 2,8 14,3 | 72 100,0 10,6 |
| TOTAL | 96 14,1 100,0 | 572 83,9 100,0 | 14 2,1 100,0 | 682 100,0 100,0 |

P = 0,8503

Associação entre o uso de contraceptivos orais de emergência e a idade

IDADE

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCECIONAL DE EMERGENCIA | 15 | 16 | 17 | 18 | TOTAL |
|---|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 49 7,9 100,0 | 153 24,7 97,5 | 118 19,1 93,7 | 115 18,6 89,1 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 4 6,3 2,5 | 8 12,5 6,3 | 14 21,9 10,9 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 49 7,2 100,0 | 157 23,0 100,0 | 126 18,4 100,0 | 129 18,9 100,0 | 683 100,0 100,0 |

IDADE

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCECIONAL DE EMERGENCIA | 19 | 20 | 21 | 22 | TOTAL |
|---|----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 86 13,9 86,0 | 49 7,9 81,7 | 18 2,9 81,8 | 14 2,3 82,4 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 14 21,9 14,0 | 11 17,2 18,3 | 4 6,3 18,2 | 3 4,7 17,6 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 100 14,6 100,0 | 60 8,8 100,0 | 22 3,2 100,0 | 17 2,5 100,0 | 683 100,0 100,0 |

IDADE

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCECIONAL DE EMERGENCIA | 23 | 24 | TOTAL |
|---|--------------------|-------------------|-----------------------|
| NAO | 11 1,8 68,8 | 6 1,0 85,7 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 5 7,8 31,3 | 1 1,6 14,3 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 16 2,3 100,0 | 7 1,0 100,0 | 683 100,0 100,0 |

P = 0,0000

Associação entre o uso de contraceptivos orais de emergência e a classe

EM QUE CLASSE ESTUDA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCECIONAL DE EMERGENCIA | 10 ^a CLASSE | 11 ^a CLASSE | 12 ^a CLASSE | 13 ^a CLASSE | TOTAL |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| NAO | 379 61,2 93,1 | 169 27,3 89,4 | 58 9,4 81,7 | 13 2,1 81,3 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 28 43,8 6,9 | 20 31,3 10,6 | 13 20,3 18,3 | 3 4,7 18,8 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 407 59,6 100,0 | 189 27,7 100,0 | 71 10,4 100,0 | 16 2,3 100,0 | 683 100,0 100,0 |

P = 0,0087

Associação entre o uso de contraceptivos orais de emergência e o namoro

VOCE JA NAMOROU

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCECIONAL DE EMERGENCIA | NAO | SIM | TOTAL |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 157 25,4 100,0 | 462 74,6 87,8 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 64 100,0 12,2 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 157 23,0 100,0 | 526 77,0 100,0 | 683 100,0 100,0 |

IC: 95%

Associação entre o uso de contraceptivos orais de emergência e a idade na primeira relação sexual

SE JA TEVE REALÇÕES SEXUAIS COM QUE IDADE TEVE A PRIMEIRA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCECIONAL DE EMERGENCIA | 9 | 10 | 11 | 12 | TOTAL |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| NAO | 1 0,4 100,0 | 1 0,4 100,0 | 2 0,8 66,7 | 2 0,8 100,0 | 248 100,0 80,8 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 0 0,0 0,0 | 1 1,7 33,3 | 0 0,0 0,0 | 59 100,0 19,2 |
| TOTAL | 1 0,3 100,0 | 1 0,3 100,0 | 3 1,0 100,0 | 2 0,7 100,0 | 307 100,0 100,0 |

SE JA TEVE REALÇÕES SEXUAIS COM QUE IDADE TEVE A PRIMEIRA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | 13 | 14 | 15 | 16 | TOTAL |
|--|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| NAO | 3 1,2 42,9 | 27 10,9 93,1 | 30 12,1 73,2 | 56 22,6 82,4 | 248 100,0 80,8 |
| SIM | 4 6,8 57,1 | 2 3,4 6,9 | 11 18,6 26,8 | 12 20,3 17,6 | 59 100,0 19,2 |
| TOTAL | 7 2,3 100,0 | 29 9,4 100,0 | 41 13,4 100,0 | 68 22,1 100,0 | 307 100,0 100,0 |

SE JA TEVE REALÇÕES SEXUAIS COM QUE IDADE TEVE A PRIMEIRA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | 17 | 18 | 19 | 20 | TOTAL |
|--|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| NAO | 55 22,2 76,4 | 53 21,4 85,5 | 12 4,8 80,0 | 4 1,6 100,0 | 248 100,0 80,8 |
| SIM | 17 28,8 23,6 | 9 15,3 14,5 | 3 5,1 20,0 | 0 0,0 0,0 | 59 100,0 19,2 |
| TOTAL | 72 23,5 100,0 | 62 20,2 100,0 | 15 4,9 100,0 | 4 1,3 100,0 | 307 100,0 100,0 |

SE JA TEVE REALÇÕES SEXUAIS COM QUE IDADE TEVE A PRIMEIRA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | 21 | TOTAL |
|--|-------------------|-----------------------|
| NAO | 2 0,8 100,0 | 248 100,0 80,8 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 59 100,0 19,2 |
| TOTAL | 2 0,7 100,0 | 307 100,0 100,0 |

P = 0,2149

Associação entre o uso de contraceptivos orais de emergência e o nível de escolaridade do chefe de família.

QUAL NIVEL ENSINO MAIS ELEVADO CHEFE FAMILIA FREQUENTA/FREQUENTOU

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | ALFABETIZAÇÃO | CURSO MEDIO | CURSO SUPERIOR | PRIMÁRIO | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 30 4,9 93,8 | 143 23,2 87,2 | 336 54,5 92,3 | 30 4,9 93,8 | 616 100,0 90,6 |
| SIM | 2 3,1 6,3 | 21 32,8 12,8 | 28 43,8 7,7 | 2 3,1 6,3 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 32 4,7 100,0 | 164 24,1 100,0 | 364 53,5 100,0 | 32 4,7 100,0 | 680 100,0 100,0 |

QUAL NIVEL ENSINO MAIS ELEVADO CHEFE FAMILIA FREQUENTA/FREQUENTOU

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA (PILULA DO DIA SEGUINTE) | SECUNDÁRIO | TOTAL |
|---|---------------------|-----------------------|
| NAO | 77 12,5 87,5 | 616 100,0 90,6 |
| SIM | 11 17,2 12,5 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 88 12,9 100,0 | 680 100,0 100,0 |

P= 0,2663

ANTES DA RELAÇÃO SEXUAL DESPROTEGIDA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | NÃO | NÃO SEI | SIM | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|
| NAO | 29 4,8 69,0 | 509 84,6 94,3 | 64 10,6 81,0 | 602 100,0 91,1 |
| SIM | 13 22,0 31,0 | 31 52,5 5,7 | 15 25,4 19,0 | 59 100,0 8,9 |
| TOTAL | 42 6,4 100,0 | 540 81,7 100,0 | 79 12,0 100,0 | 661 100,0 100,0 |

P = 0,0000

IMEDIATAMENTE DEPOIS DA RELAÇÃO SEXUAL

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | NÃO | NAO SEI | SIM | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|
| NAO | 18 3,1 85,7 | 507 86,4 95,5 | 62 10,6 66,0 | 587 100,0 90,9 |
| SIM | 3 5,1 14,3 | 24 40,7 4,5 | 32 54,2 34,0 | 59 100,0 9,1 |
| TOTAL | 21 3,3 100,0 | 531 82,2 100,0 | 94 14,6 100,0 | 646 100,0 100,0 |

P = 0,0000

DE 4 A 12 HORAS APÓS A RELAÇÃO SEXUAL

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | NÃO | NÃO SEI | SIM | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NÃO | 13 2,3 72,2 | 545 94,9 93,8 | 16 2,8 47,1 | 574 100,0 90,7 |
| SIM | 5 8,5 27,8 | 36 61,0 6,2 | 18 30,5 52,9 | 59 100,0 9,3 |
| TOTAL | 18 2,8 100,0 | 581 91,8 100,0 | 34 5,4 100,0 | 633 100,0 100,0 |

P = 0,0000

DOIS DIAS DEPOIS

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | NÃO | NÃO SEI | SIM | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| NAO | 26 4,5 72,2 | 541 94,3 93,0 | 7 1,2 53,8 | 574 100,0 91,0 |
| SIM | 10 17,5 27,8 | 41 71,9 7,0 | 6 10,5 46,2 | 57 100,0 9,0 |
| TOTAL | 36 5,7 100,0 | 582 92,2 100,0 | 13 2,1 100,0 | 631 100,0 100,0 |

P = 0,0000

UMA SEMANA APÓS A RELAÇÃO SEXUAL

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | NÃO | NÃO SEI | SIM | TOTAL |
|--|--------------------|----------------------|-------------------|-----------------------|
| NAO | 33 5,7 68,8 | 539 93,6 92,9 | 4 0,7 80,0 | 576 100,0 91,0 |
| SIM | 15 26,3 31,3 | 41 71,9 7,1 | 1 1,8 20,0 | 57 100,0 9,0 |
| TOTAL | 48 7,6 100,0 | 580 91,6 100,0 | 5 0,8 100,0 | 633 100,0 100,0 |

P = 0,0000

ABORTOS

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Sim | Nao | TOTAL |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 170 27,5 87,6 | 449 72,5 91,8 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 24 37,5 12,4 | 40 62,5 8,2 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 194 28,4 100,0 | 489 71,6 100,0 | 683 100,0 100,0 |

IC 95%

INFERTILIDADE

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Yes | No | TOTAL |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 153 24,7 82,7 | 466 75,3 93,6 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 32 50,0 17,3 | 32 50,0 6,4 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 185 27,1 100,0 | 498 72,9 100,0 | 683 100,0 100,0 |

IC 95%

ESTERILIDADE

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Sim | Nao | TOTAL |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 118 19,1 86,8 | 501 80,9 91,6 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 18 28,1 13,2 | 46 71,9 8,4 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 136 19,9 100,0 | 547 80,1 100,0 | 683 100,0 100,0 |

IC 95%

NAUSEAS/ENJOO VOMITOS

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Sim | Nao | TOTAL |
|--|---------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 60 9,7 78,9 | 559 90,3 92,1 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 16 25,0 21,1 | 48 75,0 7,9 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 76 11,1 100,0 | 607 88,9 100,0 | 683 100,0 100,0 |
| | | | |

IC: 95%

GRAVIDEZ ECTÓPICA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Sim | Nao | TOTAL |
|--|---------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 66 10,7 86,8 | 553 89,3 91,1 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 10 15,6 13,2 | 54 84,4 8,9 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 76 11,1 100,0 | 607 88,9 100,0 | 683 100,0 100,0 |

IC; 95%

OUTROS

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Sim | Nao | TOTAL |
|--|-------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 0 0,0 0,0 | 619 100,0 90,8 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 1 1,6 100,0 | 63 98,4 9,2 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 1 0,1 100,0 | 682 99,9 100,0 | 683 100,0 100,0 |
| | | | |

IC; 95%

NAO SEI SE HA

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Sim | Nao | TOTAL |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 357 57,7 95,5 | 262 42,3 84,8 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 17 26,6 4,5 | 47 73,4 15,2 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 374 54,8 100,0 | 309 45,2 100,0 | 683 100,0 100,0 |
| | | | |

IC 95%

NENHUM

| VOCE JA TOMOU O ANTICONCEPCIONAL DE EMERGENCIA | Sim | Nao | TOTAL |
|--|-------------------|----------------------|-----------------------|
| NAO | 3 0,5 100,0 | 616 99,5 90,6 | 619 100,0 90,6 |
| SIM | 0 0,0 0,0 | 64 100,0 9,4 | 64 100,0 9,4 |
| TOTAL | 3 0,4 100,0 | 680 99,6 100,0 | 683 100,0 100,0 |
| | | | |

IC: 95%